

## TIDLIG INTERVENTION I SPÆDBARNSFAMILIER Forebyggende rådgivning og behandling gennem tre årtier

Hanne Munck, Anne Blom Corlin & Inger Poulsen Dutton

*Med udgangspunkt i den kliniske erfaring og forskning, der er opnået ved Center for Spædbørn (CFS) igennem de sidste årtier, vil nærværende artikel reflektere over centrale aspekter ved tidlig intervention i nyblevne familier. På baggrund af en større undersøgelse foretaget i CFS, fremhæves det, at den tidlige intervention i nyblevne familier ikke kun skal rettes imod traditionelt definerede risikofamilier, men at støtten skal tilbydes bredt. I behandlingsarbejdet med spædbørnsfamilier argumenteres der for at anskue familiens vanskeligheder ud fra et normalpsykologisk udgangspunkt, hvor en gennemgribende psykologisk forandringsproces synes at være en almengyldig bestanddel af forældreudviklingen hos begge køn. Følgelig anses det for hensigtsmæssigt, at behandlingen rettes mod mor-far-spædbarn-triaden, da adskillige undersøgelser omkring faderskabet understreger den opfattelse, at begge køn ved et spædbarns fødsel er i en sensitiv og sårbar periode, hvor selv tilsyneladende mindre vanskeligheder kan udløse store problemer, som ofte også udspiller sig i eller belaster parforholdet. Endelig betones vigtigheden af at inddrage spædbarnet i behandlingen, da spædbarnet giver den trænedte observatør informationer ikke blot om dets egen tilstand, men også er en væsentlig kilde til information om forældrenes ressourcer og samspil med barnet. Ud fra CFS's erfaring har spædbarnets tilstedeværelse i behandlingsarbejdet en faciliterende og motiverende indflydelse på den samlede families udviklingsproces og udbytte af interventionen.*

### Baggrund for interessen for tidlig intervention

I 70'erne blev det i en lang række opfølgende skandinaviske undersøgelser dokumenteret, at et stort antal mødre til nyfødte børn (20-30%) havde svære psykiske vanskeligheder i perioden omkring deres barnefødsler og tiden der-

---

Hanne Munck. Lektor, cand.psych. Leder af Center for Spædbørn, Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

Anne Blom Corlin. Cand.psych. Kandidat ved Universitetets Psykologiske Klinik, Københavns Universitet.

Inger Poulsen Dutton. Socialrådgiver og psykoterapeut. Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

efter (for oversigt se: Gøtzsche, Lier & Munck, 1979). Ubehandlede kunne disse vanskeligheder fortsætte flere år med tydelige negative følger for barnets udvikling. Det var samtidig en almindelig klinisk terapeutisk erfaring, at der hos familier, som på et senere tidspunkt i barnets liv henvendte sig med problemer mellem forældre og barn, havde været problemer helt tilbage til spædbarnsperioden.

Det var ligeledes en klinisk erfaring, at meget tidlig psykologisk indsats over for familier kunne være af afgørende forebyggende betydning. Dette fremgik af samtlige kliniske redegørelser for psykologisk arbejde inden for fødsels- og spædbarnsområdet, såvel internationalt som herhjemme (Jacoby, 1973; Gøtzsche et al., 1979; Fraiberg, 1980; Brodén, 1989).

Det var blevet påpeget, at der hos forældrene var en helt speciel tilstand af åbenhed, modtagelighed og motivation for at udnytte hjælp og støtte i tiden umiddelbart omkring deres barns fødsel og inden for det første år (Bibring, 1959, 1961; Caplan, 1974; Gøtzsche et al., 1979; Hauge et al., 1982; Munck, 1977, 1982). Denne tilstand hos forældrene ansås for at være den væsentligste forklaring på, at en tidlig indsats er så virkningsfuld for familiens trivsel, såvel øjeblikkeligt som på længere sigt.

Det fremgik af den dengang nedsatte Børnekommissions arbejde, at tidlig forebyggende indsats med fokus på den psykosociale side af børns udvikling måtte anses for afgørende, og at en sådan indsats efter kommissionens udsagn var stærkt underprioriteret (Børnekommissionens Betænkning 1981). På det tidspunkt var der opstået flere indflydelsesrige græsrodsbevægelser, hvoraf den mest kendte og stadig eksisterende er Forældre og Fødsel fra 1973, der, som reaktion på hospitaliseringen af fødslerne i 60'erne foretaget udelukkende ud fra en medicinsk synsvinkel, arbejder for: »... at skabe et forum hvor forældre a) kan udveksle erfaringer b) hjælpe hinanden c) samarbejde om at forbedre forholdene omkring graviditet, fødsel og småbarnstid« (Haxthausen, 1993, p. 27).

Fra starten arbejdede denne græsrodsbevægelse tæt sammen med professionelle inden for fødsels- og spædbarnsområdet, hvilket bidrog til dens indflydelse. Siden da og især de sidste årtier har spædbarnsområdet nydt stigende politisk og professionel interesse. Op gennem 80'erne begyndte sundhedsplejerskerne at udvide deres aktivitet med at oprette mødregrupper som supplement til de individuelle besøg, og flere behandlingsinstitutioner rettet mod intervention i spædbørnsfamilier blev dannet. De første af den slags interventionsindsatser her i landet var Afsnittet for spædbørn (på Bispebjerg Hospital), Center for Spædbørn og deres familier (ved Institut for Klinisk Psykologi, Københavns Universitet) og Fødselsprojektet i Rødovre kommune alle omkring 1990 – og siden er antallet af mere eller mindre permanente spædbørnsprojekter vokset støt over hele landet. (Madsen 1996; Hansen Hagemann & Munck, 2002; Hansen et. al., 2003)

Med udgangspunkt i den kliniske erfaring og de forskningsresultater, der er opnået via arbejdet på Center for spædbørn og deres familier (CFS) og

også ved mangeårig supervision (ved H.M.) af andre behandleres arbejde i Skandinavien vil nærværende artikel reflektere over centrale aspekter ved tidlig intervention i nyblevne familier.

### **Behov for hjælp hos familier med nyfødte børn**

Som omtalt blev der i mange skandinaviske undersøgelser op gennem 70'erne rapporteret om en foruroligende stor forekomst af alvorlige psykiske reaktioner af depressiv art hos kvinder efter deres fødsler og op gennem barnets første år (Nilsson og Almgren, 1970; Uddenberg, 1974; Uddenberg & Engleson, 1978; Lagerkrantz & Hammarström, 1975; Brudal, 1979) For oversigt se: Gøtzsche, Lier & Munck, 1979.

Siden 70'erne har såvel den stigende interesse for psykologiske forhold omkring børnefødsler på hospitalernes føde- barsel- og neonatalafdelinger, bedre barselorlov for begge køn, bedre institutioner samt bredere samfundsændringer som kvindeoprør, græsrodsarbejde m.m. skabt ændringer, der både direkte og indirekte kan ses som forbedringer af nyblevne familiers situation. Forekomst af behandlingskrævende problemer i familierne synes også i nyere opgørelser at være mindre end i 70'erne.

### ***Tre danske screeningsundersøgelser***

En landsdækkende undersøgelse foretaget af Else Christensen for Socialforskningsinstituttet udført ved sundhedsplejerskers udfyldelse af et spørgeskema viser, at 10% af en årgang 0-årige kan betegnes som sociale behovsbørn, dvs. børn, der er udsat for psykosociale belastninger, som giver anledning til bekymring for barnets tarv og velfærd (Christensen, 1992).

I en større screeningsundersøgelse foretaget i Rødovre Kommune gennem 1½ år (januar 1990 – juni 1991) med 612 børnefødsler blev 54 familier (8,8%) med behandlingskrævende problemer henvist til »Fødselsprojektet« af de professionelle, der har med familier at gøre omkring graviditet, fødsel og tiden umiddelbart efter. Undersøgelsen konkluderer, at med den rette indsats bestående af tværfaglig og tværsektoriel undervisning og erfaringsudveksling kan familier, der i forbindelse med graviditet, fødsel og efterfødsel oplever behandlingskrævende psykosociale vanskeligheder, opspores i den primære social- og sundhedsservice (Madsen, 1994).

Ved CFS på Københavns Universitet blev der i 1992 foretaget en lignende undersøgelse mhp. at udforske art og mængde af problemer og dermed behov for hjælp hos familier i løbet af deres barns første leveår (Munck et al., 1992; Munck & Poulsen, 2001). Studiet omfattede alle børn født i kalenderåret – 1990 – i det lokale distrikt, hvor CFS var beliggende. Dette område har en population på 45.000 indbyggere med omkring 400 årlige fødsler. I 1990 var antallet af nyfødte 389. Studiet blev udført retrospektivt

to år efter børnenes fødsel for at muliggøre sammenligning af forskelle mellem de familier, der var blevet henvist, og de familier, der ikke havde behov for henvisning. De seks sundhedsplejersker i distriktet udfyldte et meget omfattende spørgeskema ud fra deres journaler ført gennem to år over de 389 familier. Familierne blev herudfra delt i fire grupper opdelt efter antal problemer og problemernes sværhedsgrad. De fire grupper var:

*Gruppe A:* Familier, der fulgte standardprofilen for besøg fra sundhedsplejersken (i 1990 var det anbefalede antal besøg til familier uden problemer 7 besøg i barnets første leveår). Disse familier blev beskrevet af sundhedsplejerskerne som havende børn, som var godt udviklede, og forældre, som var velfungerende og uden brug for yderligere hjælp. Antallet af familier beskrevet på denne måde var 166 = 44,7%.

*Gruppe B:* Disse familier havde problemer, der blev beskrevet som moderate og af en velafgrænset natur (amning, vægt/kost, usikkerhed hos forældrene). Der var behov for ekstra indsats fra sundhedsplejersken (ekstra besøg, telefonopringninger), men indsatsen var begrænset og veldefineret. Der var ingen grund til bekymring for familien eller for barnets fremtidige udvikling. Antallet af familier i denne gruppe var 141 = 34,2%.

*Gruppe C:* En mindre gruppe familier havde alvorligere problemer og behov for mere intensiv intervention. Der kunne være flere faktorer (fysiske, psykiske, sociale), der belastede familiens situation. Sundhedsplejerskerne beskrev deres hovedopgave, som det at motivere familien til at modtage yderligere hjælp ud over sundhedsplejerskens ekstra indsats. Uden denne hjælp ville familiens trivsel og barnets udvikling kunne være i fare. Antallet af familier i denne gruppe var 57 = 14,7%.

*Gruppe D:* En endnu mindre gruppe familier havde meget alvorlige og komplekse problemer, fx alkohol- eller narkotikamisbrug, vold i familien, børnemishandling, forsømmelse, alvorlige fysiske eller psykiske/emotionelle problemer. Disse familier udgjorde en højrisikogruppe, og barnets udvikling var i fare. Sundhedsplejersken opfattede sin indsats hos disse familier som væsentlig, men antog også, at den aldrig ville være tilstrækkelig. Antallet af familier i denne gruppe var 25 = 6,4%.

I denne undersøgelse var der således 21,1%, svarende til 102 familier, der havde brug for anden supplerende indsats end den, sundhedsplejersken kunne yde. Af disse blev 86 henvist til andre instanser (praktiserende læger, socialforvaltningen, høreklub, Mødrehjælpen) og 36 familier med overvejende psyko-sociale problemer, blev henvist til CFS, svarende til 9,2% af den samlede fødselsårgang. Familierne henvist til CFS var overvejende fra gruppe C. Lidt under halvdelen fra gruppe D blev ligeledes henvist, de øvrige familier herfra var allerede tilknyttet andre specielle interventionstilbud.

CFS har gennem årene haft 20-30 familier i behandling årligt. Der har gennem hele perioden været tilknyttet tværfagligt personale, der har kun-

net tilbyde afspændingsbehandling, socialrådgivning og lægelig ekspertise. (Munck et al., 1992; Munck & Poulsen 2001).

Sammenholder man beskrivelserne af de familier, som de tre forskellige undersøgelser vurderer som behandlingskrævende og/eller truede, ses det, at socialt velfungerende familier (defineret som værende i arbejde og i fast parforhold), som alligevel havde behandlingskrævende vanskeligheder uden ledsagende socioøkonomiske problemer, udgør en langt større del i CFS's undersøgelse end i Socialforskningsinstituttets og i Rødovreprojektets undersøgelse. Dette tyder på, at det samlede antal forældre med behov for en særlig indsats må anses for endnu større, end nogen af de ovennævnte undersøgelser hver for sig finder. Sammenfattende peger de tre undersøgelser på, at vanskeligheder omkring graviditet, fødsel og spædbarnstid i Danmark overvejende er knyttet til psykiske problemer samt manglende socialt netværk, der kan være kombineret med dårlige sociale forhold. Det understreges dog også i Rødovreprojektet, at en del familier med vanskeligheder omkring graviditet, fødsel og spædbarnstid ikke i forvejen er klienter i social- og sundhedssystemet, og at alvorlige vanskeligheder således også rammer i øvrigt »normalt fungerende« familier. (Madsen, 1994; Munck et al., 1992).

### ***Betragtninger over risikogrupper og primærforebyggelse***

Gennem de sidste 20 år har den forebyggende indsats i stigende grad været rettet mod målgrupper, der traditionelt anses for at være i øget risiko for at udvikle problemer, der vil kunne skade barnets udvikling. Dette er desværre ofte fulgt af en tilsvarende nedskæring i den generelle og egentlige primærprofylakse, som alle familier tilbydes. Således er standardantallet af sundhedsplejerskebesøg det første år efter et barns fødsel mange steder mere end halveret, ofte fra 7-8 i 1992 til nu 3-4 i 2008. Det er vanskeligt at opgøre, hvad der eventuelt tabes ved de færre besøg og holde det op mod, hvad der eventuelt vindes ved at satse mere på åbenlyse problemer. Til dette spørgsmål: hvilke familier skal hjælpes, og hvordan finder vi dem, der har brug for hjælp, vil vi gøre nogle betragtninger ud fra resultater fra CFS's forskning.

I CFS's ovenfor omtalte undersøgelse over familier med børn født 1990 var der flere overraskende fund. Nogle grupper, der traditionelt betragtes som risikogrupper, viste sig at klare sig fint uden anden professionel hjælp end den, der blev tilbudt alle familier af sundhedsplejersken. Dette gjaldt for næsten to tredjedele af de forældre, der levede alene med deres spædbørn (alle mødre).

Et andet uventet fund var, at ud over de familier, der havde åbenlyse og alvorlige psykosociale problemer (ofte gennem flere generationer) og som allerede var kendt af de sociale myndigheder, var der tæt på 10% af de 389 familier, hvor forældrenes psykiske tilstand i foruroligende grad

var præget af depressive reaktioner. Kun gennem sundhedsplejerskernes dengang hyppige og personlige kontakt med familierne, fik de kendskab til disse behandlingskrævende depressive tilstande, som ellers let havde kunnet overses. En stor del (40%) af disse familier havde et familienetværk, som sundhedsplejerskerne ud fra deres kendskab til familierne kunne beskrive som utilstrækkeligt, manglende eller direkte belastende og medvirkende til deres reaktioner.

Kvaliteten af familiernes netværk udgjorde den mest betydningsfulde forskel mellem de familier, der havde brug for hjælp fra CFS, og de, der ikke havde (Munck et al. 1992; Munck & Poulsen 2001).

Disse fund illustrerer to farer ved at fokusere på traditionelt definerede risikogrupper og skære ned på den primære profylaktiske og sundhedsfremmende indsats. Den ene er at overse alvorlige vanskeligheder i familier, hvis ydre omstændigheder: uddannelse, civilstand, job o.lign. er upåfaldende; den anden er at forvente problemer og dermed fastholde og stigmatisere familier, der kan have en tilsyneladende og åbenlyst mere udsat ydre situation, som traditionelt defineres som risikoforhold.

Dette sidste bekræftes af to store efterundersøgelser af meget præmature børn med fødselsvægt under 1500 g (Pedersen et al., 1990) og ekstremt præmature børn med fødselsvægt under 1000 g (Hoff et al., 2004), som CFS i samarbejde med Neonatalafdelingen på Rigshospitalet har forestået. Disse grupper betragtes traditionelt som risikogrupper, ikke kun mht. børnenes udvikling, men i lige så høj grad mht. forældrenes mulighed for at opbygge en positiv og udviklingsfremmende relation til deres børn. Hver af disse to undersøgelser omfattede omkring 400 familier (inkl. kontrolfamilier), som blev undersøgt, da børnene var henholdsvis 4 og 5 år. Her fandt vi, når vi undersøgte forældrenes relation til deres børn med hensyn til indlevelse, forståelse, anerkendelse og kærlig opmærksomhed (udtryk for sensitivitet), at forældrene til de præmaturt fødte børn var lige så velfungerende som kontrolgruppe forældre til maturt fødte børn (Petersen et al., 1990; Hoff et al., 2004). Disse resultater modsiger, hvad der oftest fremføres, at den store belastning, som en meget for tidlig fødsel udgør med lang hospitalisering, usikkerhed mht. barnets overlevelse og eventuelle skader og handicap medfører, at forældrenes relation til deres børn påvirkes negativt også på længere sigt. I ovennævnte undersøgelser viste dette sig ikke at være tilfældet. Forældre til præmaturt fødte 4-årige var lige så sensitive i deres relation som forældre til maturt fødte. I den sidst udførte undersøgelse over ekstremt tidligt fødte børn var forældrene endog statistisk signifikant mere sensitive end forældrene i kontrolgruppen (Hoff et al., 2004). Det er her værd at bemærke, at denne forældredimension (indlevelse, forståelse og anerkendelse) var det forhold, der næst efter præmaturitet og socialklasse havde den største sammenhæng med alle børnenes kognitive udviklingskvotient i 4- og 5-årsalderen (Pedersen et al., 1990; Hoff et al., 2004).

Det er i international sammenhæng et usædvanligt resultat, at forældre til de meget for tidligt og ekstremt for tidligt fødte børn, på trods af de meget store følelsesmæssige belastninger den tidlige fødsel medfører, nok har oplevet megen smerte, men at det ikke har skadet deres relation til deres børn. Dette, mener vi, kan forklares dels ved den næsten manglende sammenhæng mellem negative socioøkonomiske forhold og præmaturitet i Danmark (en sammenhæng, som ses i mange lande bl.a. i USA og UK), men nok især ved den helt markante forbedring af forældrenes betingelser på danske neonatalafdelinger. Her er det gennem de sidste årtier blevet prioriteret, at forældrene aktivt deltager i og efterhånden overtager plejen af selv deres meget for tidligt fødte børn og derved opnår en mulighed for indleven og forståelse for deres spæde børn (deres tegn på belastning og deres tegn på trivsel og velvære) under kyndig støtte fra veluddannede sygeplejersker, som anvender deres kunnen til at »supervisere« forældrene i stedet for selv at udføre den daglige pleje af barnet (Vegner et al., 1989; Munck, 1995). CFS (ved H.M.) har aktivt deltaget også i denne udvikling, som er foregået parallelt i de øvrige skandinaviske lande (Stjernqvist, 1992, 1999).

Disse resultater fra vores forskning er medtaget, fordi de understreger den mulige betydning af mere upåagtede forhold, som den primære profylakse og gode rammer på hospitaler kan have i neonatalperioden. De viser, at prioritering af støtte af forældre i den tidlige periode af deres forældreskab ved rimelige ændringer af praksis har stor betydning for hele familiens psykiske trivsel og for barnets udvikling.

### **Generelle udgangspunkter for den psykologiske behandling**

Den viden, arbejdet med nyblevne familier og deres spæde børn baserer sig på, og som gennem de sidste årtier er blevet grundigt empirisk underbygget, er som følger:

- At voksne udvikler sig – at moderskab og faderskab må betragtes som en normalpsykologisk udviklingskrise – at forældrene er sensitive over for deres børn og ofte er mere kompetente, end de selv tror. At deres psykiske tilstand, som kan anskues som en parathed til at tage imod, være lydhør og reagere sensitivt over for et spædbarn, samtidig er en sårbar tilstand, hvor selv tilsyneladende små vanskeligheder kan vælte en psykisk balance.
- At børn fødes sansende, følsomme, registrerende og aktive, parate til at indgå i og bidrage til udformningen af det sociale samvær. At spædbørns individuelle karakteristika kan observeres og beskrives, og deres udtryk for belastning og ubehag dvs. også, hvad der hæmmer og fremmer det enkelte barns trivsel i øjeblikket, kan beskrives. At det kræver en del træning og megen lydhørhed at gøre disse forhold eksplicite og at indrette interventionen herefter.



- At intervention i nyblevne familier primært handler om at være tilgængelig på familiens vilkår og tage udgangspunkt i parternes ressourcer. Interventionen bør være individuelt tilpasset og gerne »usynlig« for at skabe mulighed for at opbygge forældrenes tillid til sig selv og til deres barns fungeren. Desuden at arbejde med det, der forhindrer en positiv tilknytning og harmonisk udvikling (Munck & Poulsen, 1990)

I det følgende vil vi uddybe, hvorledes vi finder det hensigtsmæssigt at betragte forældreskabet for begge køn.

### ***Forældred udvikling i forbindelse med moderskab***

Ved et barns fødsel og dermed tilblivelsen af en familie har vi på CFS set det som hensigtsmæssigt, at vor forståelse er baseret på viden om de normale ændrings- og udviklingsprocesser, som foregår hos de enkelte medlemmer, og derefter at anvende vor klinisk terapeutiske erfaring til at få en forståelse for, hvad der hindrer og forstyrrer disse processer, og i hvilken grad og vægtning sådanne forhold indgår hos den enkelte.

Den usikkerhed, som i varierende grad er til stede hos alle nyblevne forældre, gives inden for faglitteraturen mange forklaringer. Den tilskrives ofte ændringerne i familiemønstre og kernefamiliens isolation, som medfører, at unge forældre ikke har erfaringer med spæ- og småbørn. Den engang så kendte professor Lind fra Karolinska Sygehus i Stockholm sagde i en tale, at hvis han skulle trække ét indtryk frem fra sine 25 år som børnelæge, et indtryk, der var mere tydeligt og gennemgående end andre, så ville det være den usikkerhed, den nyblevne mor udviste, når hun blev udskrevet fra barselsgangen med sit spædbarn. Den usikkerhed var, mente han, ligeså stor nu, hvor han sluttede, som da han startede – på trods af den større mængde viden, der nu fandtes (Lind, 1975). Den usikkerhed bliver stadig beskrevet og oftest opfattet, som noget der skal afhjælpes. Den ses overvejende som noget ikke-ønskværdigt. Anskues usikkerhed som en naturlig reaktion på den store eksistentielle udfordring, det er at holde så meget af, være så betydningsfuld overfor en, der betyder så meget, og hvis trivsel og velbefindende er afhængig af den voksnes indsats, så kan usikkerhed betragtes som en ikke blot forståelig men direkte hensigtsmæssig tilstand – en usikkerhed, som ikke skyldes manglende mængde information, men den store eksistentielle udfordring i sig selv.

Et vist mål af usikkerhed kan virke befordrende på en lyttende og prøvende konstruktiv tilgang til måder at lære sit barn at kende på. At være åben, lyttende og modtagelig for et spædbarns kropslige udtryk for sit befindende, på tegn på sult, mæthed, træthed og handle hensigtsmæssigt herefter er en stor udfordring for mange voksne. Det er som at skulle genfinde et glempt sprog. Den proces, den voksne gennemgår i forhold til at opnå tillid til sin egen formåen og tillid til sit barn, som en, der kan sige til og fra, er en lang-



som proces, der opstår på baggrund af oplevelser af succes eller fiasko med de helt konkrete opgaver i hvert enkelt samvær med barnet. Det er igennem de konkrete handlinger, at oplevelser og følelser får deres udformning, og relationen til barnet dannes, og dette er således at betragte som en gensidigt udviklende proces.

De udviklingsmæssige forhold i forbindelse med forældreskab er traditionelt bedst beskrevet i forhold til moderskab.

Inden for det sidste årti har Daniel Stern beskrevet sin opfattelse af moderskabets psykologi i bogen: »The Motherhood Constellation« (1995) og senere også i en mere populær form i »The Birth of a Mother« (1998). Han beskriver moderskab som en psykisk dannelse – som i sin strukturering af kvindens psyke har en gennemgribende virkning, som i perioden efter fødslen overskygger hendes tidligere mentale organisering. Hvor længe denne konstellation eller »mindset« (som han kalder det i *The Birth of a Mother*) optager den centrale plads i kvindens mentale struktur, varierer fra uger til år. I »The Motherhood Constellation« understreger Stern (i lighed med Winnicott) at den er forbigående – men i »The Birth of a Mother« understreger han, at den altid er til stede, parat til at blive fokus: »vekslende mellem at være forgrund og baggrund«. Stern beretter, at han gennem 30 år i sit virke blandt spædbørn og mødre, både i forbindelse med forskning og i klinik, havde det samme syn på moderskab som de fleste andre, nemlig at kvinden, når hun blev moder, var den samme kvinde som blot pga. nye forpligtigelser og ansvar påtog sig nye opgaver og derved udviste andre reaktioner og følelser; men han var overbevist om, at hun var den samme kvinde, som før hun blev moder. Han påpeger, at de eksisterende, traditionelle teorier ikke ser moderskab som andet end »a slight variation in the already existing mindset«. (Stern et al., 1998). Hans medforfatter og kone fik ham til at se, hvad han nu egentlig finder umiddelbart indlysende, at der sker ændringer i kvindens psyke, der varer livet ud, som undertitlen af »The Birth of a Mother« også angiver: »How the experience of motherhood changes you forever«. Stern går dog ikke nærmere ind i, hvorledes vi teoretisk kan forstå den ændring. Men med sine velskrevne bøger (og sit opgør med nulevende psykoanalytikerens mangel på anerkendelse af moderskabets indgribende virkning) giver han inspirerende og overbevisende udtryk for denne synsvinkel.

Winnicott, som også har påvirket Stern (personlig kommunikation), om end denne sjældent refererer hertil, har en lignende opfattelse af ændringer i forbindelse med kvindens moderskab. Med sin benævnelse »primary maternal preoccupation« beskriver han den psykiske indstilling hos kvinden, som »udvikles« under svangerskabet og udspiller sig i perinatalperioden, og som han mener gør hende specielt egnet til at tage sig af sit nyfødte barn. Og som »hvis det ikke var så hensigtsmæssigt ville blive opfattet som sygdom« (Winnicott, 1975).

En række ældre psykoanalytisk orienterede forfattere har dog ved deres forskning forsøgt at uddybe, hvad de mener, der foregår i kvinders psyke i forbindelse med moderskab og set det i en psykoanalytisk og ego-psykologisk referenceramme. Helene Deutsch (1944, 1945), Therese Benedek (1959, 1970) og Grethe Bibring (1959, 1961) har tankevækkende og parallelle iagttagelser ud fra deres klinik og forskning.

Bibring og hendes forskerteam har således ud fra en meget tæt udforsken af en mindre gruppe kvinder fra en svangerkonsultation konstateret, at der i perinatalperioden (tiden før, under og efter en fødsel) sker et »regressive shift with the emergence of developmentally earlier patterns of behavior, attitudes and wishes« (Bibring et al., 1961). De fandt tilstande, der var bemærkelsesværdigt lig det, man sædvanligvis finder hos psykisk alvorligt forstyrrede patienter, såsom magisk tænkning, varseltagning, depressive reaktioner, primitiv angst, introjicerede og paranoide mekanismer, ofte forbundet med patientens forhold til sin mor. I graviditeten konfronteres individet med nye og forøgede libidinøse og tilpasningsmæssige opgaver, som fører til genoplivning af uløste konflikter fra tidligere udviklingsfaser og til »løsning« af partielle eller inadækvate løsninger i fortiden. Denne forstyrrelse af ligevægten i personligheden kan temporært skabe et billede af svær disintegration. Overraskende viste det sig, at mange af disse kvinder på trods af tilsyneladende alvorlig symptomatologi alligevel klarede moderskabsfunktionen udmærket. Bibring og hendes forskerteam mener derfor, at denne tilstand snarere hænger sammen med graviditeten i almindelighed end med specifikke individuelle problemer. Graviditeten er ud fra deres forskning karakteriseret ved en dybtgående ændringsproces, som under gunstige betingelser resulterer i modningsmæssige trin mod nye funktioner. De er således fortalere for at forstå den psykiske regressive uligevægt i forbindelse med graviditet og fødsel som udtryk for et udviklingspsykologisk fænomen (Bibring et al., 1959, 1961).

Ud fra en psykodynamisk udviklingspsykologisk forståelse er det traditionelt i børns udvikling at opfatte regression som et normalt fænomen, ofte beskrevet netop før et spring i udviklingen mhp. at integrere nye funktioner. For de fleste har det dog en negativ klang, selv om Kries begreb regression i jeg'ets tjeneste både er videreført af Schaefer (1967) og Killingmo (1971). Hos disse forfattere ses det som en ikke-patologisk regression, som står for en lettere tilgang til det forbevidste og ubevidste, og som er relateret til skabende aktivitet som kunstnerisk udfoldelse, intens problemløsning, og kærlig intimitet, orgasme og hengivelse.

Heiman (1965) indførte begrebet »regression in the service of reproduction« også som et normalt fænomen med både adaptive og patologiudløsende aspekter. Det er et begreb, som senere Lisbeth Brudal (2000) anskuer sin forståelse ud fra.

Såvel Bibring (1959; 1961), Benedek (1959; 1970) og senere Caplan (1974) betragter med reference til Erikson (1959) forældreskabet som en

udviklingskrise. Erikson (1959) var den første, der beskrev hele livsløbet som en dynamisk udviklingsproces knyttet til forskellige faser. Caplan knyttede sin forståelse af udviklingskrise ret tæt til krise i betydningen ulykke og traume. Han refererer her til, at en krise forklares ved, at hele den psykiske balance forrykkes, og tidligere copingstrategier og bestående forsvar rækker ikke til i den opståede situation. Et menneske i krise vil imidlertid søge en ny balance. Denne psykiske omstrukturering kan, afhængig af mange forhold både nuværende og tidligere i menneskets liv, føre til yderligere disintegration eller til psykisk modning og vækst.

Mens Grete Bibring og medarbejdere først og fremmest opfatter graviditeten som en indre-psykisk udviklingsfase med mulighed for vækst, men også for fejludvikling, understreger Caplan kvindens øgede sårbarhed over for risikofyldte ydre omstændigheder også af økonomisk og social karakter.

Endnu er der dog mange spørgsmål, som vedrører hvorledes vækst, psykisk integration og udvikling i voksenalderen beskrives og forstås, omend der er stigende enighed om, at udvikling finder sted livet igennem.

Uanset hvorledes og ud fra hvilken teoretisk vinkel moderskab anskues, er det vigtigt, at vi har respekt og forståelse for den følsomhed og sårbarhed, som alle er enige om, karakteriserer kvinden i tiden efter hendes barns fødsel. Det gensidige i mor-barn-interaktionen får en helt anden betydning, når vi forudsætter en ændrende og udviklende proces også hos den voksne. Denne forståelse er nødvendig for at få øje på (og tage alvorligt) de voldsomme indre psykiske reaktioner hos den voksne, som tilsyneladende små problemer kan afstedkomme.

Ved at se vanskeligheder – selv meget alarmerende psykiske problemer – også i et normalpsykologisk perspektiv frem for primært i et sygdomsorienteret, opnår behandleren efter vort skøn store fordele, som ikke kun vedrører den umiddelbare behandlingsvirkning, men som desuden nedsætter risikoen for – og familiens angst for – tilbagefald og eller gentagelse efter behandlingsperiodens ophør. Dette kunne svare til de bedre resultater, der blev fundet ved behandling af depressive indlagte mødre med supplerende psykoterapi frem for alene ved medicinsk behandling (Frølund et al., 2002). I en ny undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen (2007) i samarbejde med Lægemiddelstyrelsen ses det dog, at kvinders forbrug af de såkaldte lykkepiller SSRI (serotonin reuptake hæmmere) i forbindelse med graviditet og fødsel i årene 1997-2006 er mangedoblet (fra 0,3% til 2,4%). En stigning, der er langt højere end blandt resten af befolkningen. Det er ikke klarlagt, hvor mange (og om nogen) af disse kvinder i samme åremål har modtaget psykologisk hjælp.

### ***Forældred udvikling i forbindelse med faderskab***

Nyere forskning i spædbarnets kapaciteter og aktive deltagelse i og påvirkning af det tidlige samspil har samtidig nuanceret synet på den voksne parts

bidrag. Fra at antage, at det var kvindens biologi og en slags moderinstinkt, der styrede kvindens handlinger, ses de nu snarere som et svar – en reaktion i den tidlige dialog, hvor den voksnes bidrag kan beskrives ud fra dimensioner af sensitivitet, lydhørhed og engageret opmærksomhed. Kvaliteter der må betragtes som almenmenneskelige, og som ikke er kønsspecifikke. Så ved at se samvær med et spædbarn som en gensidig dialog, er der samtidig i vore teorier givet plads til, at faderen også kan indgå i denne dialog. (Munck, 1999)

Faderskab omtales af mange af de ovenfor nævnte forfattere som indeholdende mange lignende psykiske omstruktureringer og dimensioner, men de beklager ofte, at mandens situation mest er beskrevet ud fra, hvilken betydning han har for kvindens tilstand, og efterlyser mere forskning, som fokuserer direkte på de psykiske processer i forbindelse med mænds overgang til deres forældreskab (Hwang, 1985).

Gennem de sidste årtier har dette dog ændret sig en del, en ændring, som er sket gennem mænds egen ændring af aktiviteter og engagement i forhold til deltagelse i fødsler, ændringer i relationen til deres børn både i familien og ved skilsmisser, ændringer, som har vakt forskningens interesse for mænds situation. Således har CFS's forskning foretaget sammen med Rigshospitalet de sidste ti år også forsøgt at indfange og beskrive mænds oplevelser og reaktioner i forbindelse med deres faderskab (Madsen et al., 1999; 2002; 2007).

I en intensiv interviewundersøgelse af 41 fædre før og fem måneder efter deres børns fødsel (Madsen et al., 2002) fremgik det, at flere af fædre i forbindelse med forældreskabet beretter om en helt ny følsomhed og sensitivitet, der ofte overrasker dem selv. Forskningsprojektet viste endvidere, at flertallet af fædre til 5 mdr. gamle spædbørn viste indlevelse og stort engagement i forhold til deres børn, og også at de deltog aktivt i deres pleje og omsorgsaktiviteter. Omfanget af fædres aktiviteter med deres 5 måneder gamle børn ses i nedenstående tabel.

*Tabel 1: Illustrerer omfanget af fædres aktiviteter med deres 5 mdr. gamle spædbørn (angivet i procent) ud fra to undersøgelser. De to undersøgelser, som indgår i ovenstående tabel, er: Center for spædbørn (CFS) N = 41. (Madsen et al. 2002) og Børneforløbsundersøgelsen (Bfu.), N = 4079-4098. (Sommer, 1999)*

| Aktiviteter              | Dagligt |      | Oft |      | Af og til |      | Aldrig |      |
|--------------------------|---------|------|-----|------|-----------|------|--------|------|
|                          | CFS     | Bfu. | CFS | Bfu. | CFS       | Bfu. | CFS    | Bfu. |
| <b>Bader barnet</b>      | 12%     | 8%   | 57% | 30%  | 24%       | 44%  | 5%     | 17%  |
| <b>Leger med barnet</b>  | 98%     | 77%  | 2%  | 17%  | 0%        | 5%   | 0%     | 0%   |
| <b>Giver barnet mad</b>  | 61%     | 30%  | 24% | 21%  | 7%        | 26%  | 7%     | 22%  |
| <b>Skifter ble</b>       | 83%     | 48%  | 15% | 22%  | 2%        | 25%  | 0%     | 4%   |
| <b>Lægge i seng</b>      | 32%     | 23%  | 39% | 33%  | 12%       | 32%  | 17%    | 12%  |
| <b>Står op om natten</b> | 20%     | 8%   | 20% | 11%  | 24%       | 36%  | 37%    | 44%  |

Undersøgelsen viser desuden, at faderens udvikling af tilknytning til spædbarnet er en proces, der fordrer aktivering af de indre repræsentationer af hans relationer til sin egen mor. Faderens tilknytningsproces til sit barn er i høj grad bestemt af hans adgang til og bearbejdning af disse indre repræsentationer. Undersøgelsen fastslår således, at der hos såvel de vordende fædre som hos spædbarnsfædre foregår en omfattende og dybtgående mental bearbejdning og tilpasning til faderskabet (Madsen et al., 2002, 2007).

En gennemgribende psykologisk forandringsproces synes således at være en almengyldig bestanddel af forældredannelsesprocessen hos begge køn. Denne forståelse anser vi for en nødvendig baggrund for at yde en tilpasset indsats i nyblevne familier.

## Den tidlige indsats

### *Målgruppe – rationale – behandlingsformer*

Tidlig indsats i spædbarnsfamilier har i DK mange forskellige former. Oversigt over 49 tiltag oplyst gennem henvendelse til alle kommuner og amter viser, at de hyppigst forekommende spædbarnsprojekter (defineret som tiltag ud over, hvad den primære profylakse tilbyder) er: Faglig opkvalificering. Særlige rådgivnings- og behandlingstilbud. Særlige mødregrupper. Vuggestuepraktik. Familiehuse. Særlig fødselsomsorg (Hansen Hagemann & Munck, 2002). En senere oversigt over 148 tiltag, hvor oplysninger er indsamlet via nøglepersoner (Hansen et al., 2003), giver et lignende mangfoldigt billede af indsatser, hvor dog begge viser, at »særlige mødregrupper« er det tiltag, der forekommer hyppigst. I denne artikel, hvor udgangspunktet er erfaringer med overvejende psykologisk behandling i spædbarnsfamilier, vil denne mangfoldighed af indsatsformer, som overvejende er en udvidelse af den allerede etablerede forebyggelse og varetaget af professioner derfra, ikke yderligere blive beskrevet.

I den psykologiske og psykoteraeutisk orienterede behandling i spædbarnsfamilier er der ligeledes forskellige beskrivelser af, hvordan rammerne organiseres omkring behandlingen af nyblevne familier, og hvem der defineres som den »egentlige klient«. Der findes forskellige tilgange til at arbejde med spædbørnsfamilier og deres vanskeligheder, og der eksisterer divergerende holdninger til, hvorvidt det eksempelvis er mor-far-barn-triaden, eller om det snarere er mor-barn-dyaden med faderen i en støttende rolle, der er den »egentlige klient«. Ligeledes er der varierende opfattelser af, hvad der bør være fokus i de enkelte tiltag, og hvilke terapiformer der med størst fordel kan anvendes. Nogle klinikere vælger at lade dette spørgsmål stå åbent som noget, der må afgøres fra sag til sag, mens andre anvender en fast behandlingstilgang.

Madsen skelner imellem forældre-fokuseret behandling, spædbarnsfokuseret intervention og samspils- eller interaktions-fokuseret intervention

(Madsen, 1996). Brodén beskriver i sit arbejde fra Victoriagården i Malmø en skelnen mellem samspilsbehandling, individuelt arbejde med mor eller barn samt mobilisering af ressourcer i familien og det sociale netværk (Brodén, 1989). Stern påpeger, at der helt overordnet kan skelnes mellem terapiformer, der sigter mod at ændre forældrenes repræsentationer, og terapiformer, der sigter mod at ændre samspilsadfærden. Ud fra denne overordnede skelnen beskriver han en række klinikers arbejde med spædbarnsfamilier. Samtidig beskriver han de forskellige indfaldsveje og de forskellige mål, disse interventionsformer har (Stern, 1995).

Selma Fraiberg, som er en af pionererne inden for behandling af spædbarnsfamilier, og som har videregivet sine erfaringer i bogen »Clinical Studies in Infant Mental Health. The First Year of Life«, opdeler sine behandlingsformer som følger: Kort kriseintervention. Udviklingsfremmende rådgivning. Spædbarn-forældre-psykoterapi (brief crisis intervention, developmental guidance-supportive treatment, infant-parent psychotherapy). Valg af intervention baseres på en analyse og vurdering af problemet mht. dimensionerne kronisk eller akut, reaktivt til ydre begivenheder eller intrapsykeiske konflikter og desuden af forældrenes psykologiske kapaciteter og behov for behandling. Desuden understreger Fraiberg, at denne opdeling er foretaget for at skabe mere klarhed i beskrivelsen; i realiteten arbejder de mere med en integration af behandling, hvor hver enkelt familie på forskellige tidspunkter eller ud fra forskellige problemstillinger modtager flere af disse tiltag (Fraiberg, 1980).

Daniel Stern har, efter sine mange års beskæftigelse med intervention i spædbarnsfamilier, den klare opfattelse, at alle terapiformer, når de anvendes med dygtighed, synes at virke (Stern 1995). Dette finder han bekræftet i en større undersøgelse (Cramer et al., 1990), hvor 80 familier med spæd- og småbørn med alvorligere psykofunktionelle problemer (spisning, søvn, tilknytning, adfærd) modtog behandling fra to meget forskellige behandlingsformer. Familierne blev randomiseret indskrevet til henholdsvis en psykoanalytisk orienteret korttidsterapi og en samspilsorienteret terapi. De terapeutiske mål for ændring var i de to terapiformer henholdsvis moderens repræsentationer og moderens manifesterede adfærd. Behandlingsperioden var kortvarig, ikke længere end 10 uger og med en session om ugen. Begge behandlingsmetoder virkede og opnåede begge forbedringer, men det der var mest bemærkelsesværdigt ved undersøgelsens resultater, var, at den psykoanalytisk orienterede terapi ændrede moderens manifesterede adfærd lige så meget som samspilsbehandlingen, og tilsvarende ændrede den samspilsorienterede terapi moderens repræsentationer i samme grad som den psykoanalytisk orienterede (Cramer et al., 1990).

Stern tilskriver disse resultater dels, at det er de nonspecifikke aspekter ved terapi, der er virksomme, og som han finder er fælles for de tiltag, han beskriver i sin bog, såsom anvendelse af en positiv terapeutisk alliance, en positiv overføring og en positiv terapeutisk holdning. Dels tilskriver han

ændringerne, hvad han på dette nye område: psykoterapi med forældre og spædbørn, kalder »dette kliniske systems egenart«. Her påpeger Stern, at begrebet system hos ham defineres noget anderledes, end man sædvanligvis gør i systemteoretiske arbejdsmåder, idet han understreger, at den konstante dynamiske og gensidige afhængighed mellem de mange elementer i systemet medfører, at systemet både består af interpersonelle og intrapsykiske elementer. Når vi beskæftiger os med en enhed af forældre og spædbarn, finder han, er det er nødvendigt at forestille sig systemer, som går på tværs af mange traditionelle grænselinjer (Stern, 1995).

### ***Psykoterapi i en utraditionel ramme***

Ved terapi med spædbørn og deres familier er der mange forhold, der er afvigende i forhold til, hvad vi traditionelt kalder terapi. Som behandlere i spædbørnesager er vi nødt til at fungere der, hvor det forgår, vi kan ikke altid afgrænse rummet på den måde, vi er vant til. Stedet og omgivelserne kan være meget vekslende – så vi har ikke den hjælp, det er at kunne være i de samme fysiske rammer. Det, det handler om, er at bruge alt, hvad vi har af terapeutisk erfaring til at skabe det terapeutiske rum. Vi kan heller ikke støtte os til et fastsat tidsrum på samme måde, som vi kan med andre terapier. At være sammen med en spædbarnsfamilie medfører en tidsmæssig uberegnelighed med utallige aktivitetsskift. Barnet skal måske have mad, ren ble, måske sove lidt, og afbrydelserne eller omskiftelsesprocesserne kan ske hele tiden. Det kræver fleksibilitet fra terapeutens side at anvende alt, hvad der er, og følge forældrene i det forløb og udnytte de terapeutiske muligheder. Det er vigtigt at se disse tilsyneladende forstyrrelser af rammen, såsom bleskift, søvn og måltider, som muligheder for at lære mere om det emotionelle indhold i interaktionen og om alles reaktioner – snarere end at se dem som forstyrrelser.

Ud over de skift, der således sker i forbindelse med aktiviteterne, når spædbarnsfamilier er i behandling, er det også karakteristisk, at der foregår hyppige og ret pludselige skift i indhold i terapien: Fra det kropslige, til handlingerne, til indholdet i samtalen, og fra forståelse af de enkelte reaktioner til dybe personlige konfliktområder hos forældrene, som vækkes af situationen. Der kan ske skift i fokus fra barn til forældre til forældres forældre til relationen mellem forældrene (Munck & Poulsen, 1990).

Det må anses for terapeutisk hensigtsmæssigt at kunne følge familiens skiftende fokus – dels fordi det kun er det, forældrene er optagne af, som det er terapeutisk meningsfuldt at beskæftige sig med – dels fordi det giver mulighed for at få de mange ændringer, udfordringer og problemer familien oplever, til at blive set i en gavnlig kompleks sammenhæng frem for i et smerteligt overvældende kaos.



Ud fra den ovenfor omtalte systemteoretiske tankegang vil det således være et hensigtsmæssigt udgangspunkt for behandlingsarbejdet, at tidlig intervention med spædbørnsfamilier indbefatter mor, far og spædbarn, da de tilsammen anses som udgørende den interpersonelle del af det, Stern betegner som et dynamisk klinisk system, hvor ændringer i *et* element i det kliniske system medfører ændringer også i andre dele. Tilbydes eksempelvis individuel terapi til en mor med fødselsdepression, vil de forandringer, der sker med hende både før og under terapien, ikke kunne undgå at influere på resten af familien, uanset om de deltager i behandlingen. Når alle deltager, giver det mulighed for at påvirke og i nogen grad styre disse indbyrdes påvirkninger i en for den samlede familie hensigtsmæssig retning. Begge forældre befinder sig i en sårbar situation med store omvæltninger i deres liv. Ved kun at have den ene part i individuel terapi har vi erfaring for, at terapien u hensigtsmæssigt kan rykke en i forvejen belastet og sårbar balance i en par-relation, der pga. forældreskabet allerede er i forandring og under pres. Det at blive forældre er for mange så uventet og voldsom en overgang, at der kan være en tilbøjelighed til at tilskrive oplevelser af smertelig forvirring, fortabthed, usikkerhed og ensomhed som noget, partneren forårsager, forværrer og/eller kunne udbedre. Således viste den tidligere omtalte undersøgelse over 389 familier, at 10% af alle forældre (n=389) oplevede parforholdsproblemer (Munck & Poulsen, 2001). Samme undersøgelse fandt ligeledes, at problemer i parforholdet gennem behandlingsforløbene blev set hos dobbelt så mange familier, end der initialt var angivet i henvisningerne (18% henholdsvis 36%), og undersøgelsen konkluderer, at problemer i spædbørnsfamilierne kun sjældent påvirker én person, men i stor udstrækning påvirker flere i familien, og at begge forældre i spædbarnsfamilier er i en meget sensitiv og sårbar udviklingsperiode med risiko for, at selv mindre vanskeligheder kan udløse større konflikter og problemer i parforholdet (Munck et al., 2000). Dette understøtter det hensigtsmæssige i, at fædre inddrages i behandlingen, således at også problemer i parforholdet kan være genstand for interventionen, og således at de positive ændringer behandlingen medfører, umiddelbart kan komme alle til gode og virke gensidigt konsoliderende.

Idet behandlingen rettes imod mor-far-spædbarn-triaden, vil behandlingen af familierne være karakteriseret ved et komplekst overførings- og modoverføringsfelt. Der kan være mange forskellige interesser og til tider modsatrettede fokuspunkter hos de implicerede i behandlingen, og der er i hele samværet meget at være opmærksom på, og vi finder det derfor hensigtsmæssigt at være to terapeuter i behandlingsforløbene. Samtidig kan det også være nyttigt i en uddannelsessammenhæng, at en mindre erfaren terapeut kan arbejde sammen med en mere erfaren.

### **Fædre i tidlig intervention**

Inden for tidlig intervention har der traditionelt været en stor opmærksomhed på moderen og hendes samspil med spædbarnet, og interventionen har hovedsagligt været rettet imod mor-barn-samspillet. Derimod har fædre og deres reaktioner på forældreskabet og deres (eventuelle) problemer og vanskeligheder i forhold til det ventede barn, barnets fødsel og deres tidlige relation til deres spædbarn, udgjort en overordentlig beskedne plads i såvel forskning som praksis vedrørende tidlig intervention (Munck et al., 2000). Begge de tidligere omtalte kortlægninger over tidlig indsats i Danmark (Hansen Hagemann & Munck. 2002; Hansen et al., 2003) viste, at kun ganske få projekter henvendte sig til fædre og da udelukkende som støt-tepersoner. I CFS har adskillige projekter foretaget i centeret dokumenteret og betonet vigtigheden af, at fædre indgår i behandlingen. Denne forskning viser, at fædre har flere problemer, end professionelle omkring dem umiddelbart er opmærksomme på. Således viste vores førnævnte forskning, at der var en stor diskrepans imellem, hvor mange problemer hos fædre der var omtalt i henvisningerne, og hvor mange der kom frem i behandlingsforløbet. Fædres problemer er således kun omtalt i 7% af henvisningerne. Men i behandlingsforløbene viste det sig, at i 25% af familierne havde fædre psykiske problemer og vanskeligheder af behandlingskrævende karakter (Munck et al., 2000).

Det tankevækkende ved disse resultater er, at fædres problemer først bliver synlige og eksplicite i behandlingsforløbet.

I en spørgeskemaundersøgelse udgået fra Rigshospitalet i København omfattende 600 fædre, seks uger efter deres barns fødsel, fremgik, at ca. 7% af disse fædre havde en fødselsdepression. Ved undersøgelsen anvendtes to redskaber til identifikation af depression: 1) Den til mødre ofte anvendte Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Her udviste 5% af fædre tegn på depression. 2) En skala udviklet til brug for påvisning af særlig »mandlig depression« – Gotlandsskalaen – hvor 3,4% af fædre viste depression. Benyttes begge skalaer, findes det samlede tal at være 6,5%. De fædre, der udviste depression i begge skalaer, talte naturligvis kun en gang (Madsen et al., 2006).

Mange peger på det svære ved at få fædre med i terapi (Phares, 1996). Flere undersøgelser understreger, at behandlernes forventninger, holdninger og udførte praksis (tid og sted for aftalen) spiller en stor rolle for, om fædre deltager i behandlingsforløbet. En amerikansk undersøgelse, der omfattede 148 terapeuter, viste at:

- Mandlige terapeuter hyppigere tog fædre med end kvindelige.
- Terapeuter med mere akademisk uddannelse i familierapi oftere tog begge forældre med.
- Terapeuter der var i stand til at være fleksible mht. tid og sted (aftaler om aftenen, aftaler i hjemmet) involverede begge forældre.

- Terapeuter, der havde en opfattelse af en lighed af arbejdsopgaver i hjemmet som et gode, også oftere involverede begge forældre.  
(Lazar, Sagi & Fraser, 1991).

### ***Spædbarnet i den terapeutiske setting – Spædbarnet i fokus***

Når en families grund til at henvende sig er problemer hos spædbarnet, er det selvfølgelig, at barnet er i fokus fra den første kontakt. Ved CFS, som også er et certificeret internationalt Brazeltoncenter, vil der ofte initialt indgå meget tæt observation af barnet med anvendelse af den spædbarnsundersøgelse, der er mest anerkendt og anvendt til spæde børn: Brazeltons Neonatal Behavioral Assessment Scale (Brazelton & Nugent, 1995). Denne observationsmetode er udviklet i en tæt og frugtbar dialog mellem forskning og klinisk praksis mhp. at observere og beskrive spæde børns kapaciteter og individualitet. Den indeholder i sine i alt 46 items vurderet på 9-punktskalaer, og i selve sin administrering i systematisk form næsten alt, hvad vi gennem forskning ved om nyfødte og deres aktivitetsrepertoire. Samtidig udføres store dele af den som en almindelig samværsituation med barnet, hvor undersøgeren følger og støtter barnet med henblik på at udvirke barnets optimale funktion og gennem denne proces få et nuanceret indtryk af såvel barnets vanskeligheder som dets ressourcer på undersøgelsestidspunktet.

Forudsat observatøren har den fornødne træning og færdighed, vil det således gennem forholdsvis få observationer være muligt gennem barnets spontane aktivitet og reaktioner i samvær at få et reliabelt og validt billede af dimensioner som barnets grad af selvregulering, irritabilitet, gråd, trøstbarhed, opmærksomhed, kontakt, robusthed, aktivitet, anspændthed i muskeltonus, motorisk udfoldelse. (Brazelton & Nugent, 1995; Munck, 1984; Munck, 1995 B).

Når spædbørn i de første måneder frembyder kliniske problemer (søvn-, spise- og/eller grådproblemer), er det, som Stern udtrykker det (Stern 1985), ofte en præcis afspejling af den fortløbende kontakt i dets virkelighed, det vil sige at de er manifestationer af et problematisk interpersonelt samspil – ikke psykopatologi af psykodynamisk natur hos barnet.

At arbejde direkte med observation af spædbarnet i en behandlingssituation sammen med forældrene har som mål i det fælles samvær at frembringe situationer og reaktioner hos barnet, som tydeliggør dets ressourcer og vanskeligheder. Iagttagelser herfra kan så stiltødt og nøje afstemt med forældrenes oplevelser og reaktioner gives mere eksplicit opmærksomhed og gennem en bevidst tydelig beskrivelse føre til forbedringer i den indbyrdes relation.

Dette gælder ved mange af de problemstillinger, hvor de vanskeligheder, der bringer familien til at søge hjælp, ses i barnets adfærd. Ved den direkte observation er den holdning til hele situationen, som terapeuten kan udvise, ved på en afventende, lydhør og respektfuld måde at tage barnets adfærd og

udtryk alvorligt og indrette sine reaktioner som svar herpå, ofte noget af det mest virksomme.

I familier, der oplever et problematisk samspil mellem voksne og spædbarn, er det ofte, vi ser, at barnet ikke får rimelig mulighed for at forholde sig aktivt på egne betingelser. At skabe betingelser, der kan illustrere og samtidig ændre dette forhold i de terapeutiske situationer, kan have en overraskende stor indflydelse på en spædbarnsfamilies videre samspil. At etablere denne mulighed finder også Winnicott kan have en terapeutisk virkning på spædbørn. Han beskriver, hvorledes han med børn på ca. 6 måneder har etableret en »set-situation«, som består i, at han på sit skrivebord, mens barnet sidder overfor på skødet af sin mor, lægger en skinnende spatel inden for barnets rækkevidde. Derefter iagttager han nøje sammen med en aftalt ikke-indblandende mor forløbet af barnets langsomme, tøvende, men dybt koncentrerede nærmen sig denne lokkende genstand (Winnicott, 1975). Han skriver bl.a.:

»In my observations I artificially give the baby the right to complete an experience which is of particular value to him as an object-lesson«. Om værdien for barnet af en sådan erfaring skriver han: »The experience of daring to want and to take the spatula and to make it his own without in fact altering the stability of the immediate environment acts as a kind of object-lesson which has therapeutic value for the infant«. (ibid. s. 66.) og lidt senere: »What there is of therapeutics in this work lies, I think, in the fact that the full course of an experience is allowed.« (ibid. s. 67).

Dette er en væsentlig betragtning. Mange problemer med utilfredse og grædende spædbørn opstår, når forældrene i den bedste mening »hjælper« barnet og derved overtager og/eller afbryder barnets egen aktivitet mod at opnå et givet mål. Barnets egen aktivitet er ofte langt vigtigere i processen, end mange voksne er opmærksomme på.

### ***Spædbarnet i den terapeutiske setting – Forældrene i fokus***

Også når fokus ikke er på barnet, men på andre problemstillinger i familien, kan spædbarnets tilstedeværelse virke som en katalysator og en afgørende motivationskraft for den terapeutiske proces. I terapi med spædbørnsfamilier er det CFS's erfaring, at forandringer i positiv retning ofte sker overraskende hurtigt. Selma Fraiberg, som arbejdede med spædbørn i behandling i mange år, havde samme oplevelse og beskriver det således: »Når et spædbarn er deltager i behandlingen, sker der noget, som ikke har sidestykke i nogen anden form for psykoterapi. [...]. Ofte ser vi ændringer hos spædbarnet og dets forældre så tidligt som i de første uger eller måneder af behandlingen. Men hvis barnets psykiske tilstand viser positive ændringer kort tid efter

interventionen er begyndt, må vi retfærdigvis sige, at vort terapeutiske arbejde, hvad barnet angår, er blevet hjulpet af de store udviklingsmæssige kræfter som er til stede i livets første måneder. Fjern forhindringerne for udviklingen og spædbarnet går i gang!« Og hun fortsætter : »It's a little bit like having God on your side« (Fraiberg 1980. Vor oversættelse).

Her kunne vi supplerende tilføje, at vi ser forældrenes særlige tilstand af åbenhed, parathed og en grad af motivation, som er sjældnen i terapi, som en lige så vægtig grund til hurtige ændringer.

Selv når spædbarnet ikke er den »identificerede patient«, er det meget meningsfuldt, at spædbarnet er med i interventionen. Spædbarnet giver os gennem sine aktiviteter og reaktioner oplysninger om, hvorledes det behandles, trives og indgår i kontakten med forældrene og med os som andre voksne. Det er ofte netop, når barnet er til stede, vi får mulighed for at se de ressourcer, som også findes hos forældrene og i deres parforhold, og som ikke usædvanligt helt overses af dem selv i deres bekymring over de vanskeligheder, der har bragt dem til os.

Spædbarnets tilstedeværelse i behandling er også hensigtsmæssig i familier, hvor en eller begge forældre har ambivalente følelser over for barnet. Når barnet er til stede, giver det terapeuten mulighed for at se og forstå, både hvad forældrene oplever, og – hvad der er meget terapeutisk nyttigt – hvorledes dette udmønter sig i den aktuelle relation og i den interaktion, der udspringer heraf. Dette giver mulighed for at bearbejde, rumme, styre og håndtere sådanne vanskelige følelser direkte i barnets tilstedeværelse. Det kan være vanskeligt for terapeuter at bevare den terapeutiske balance i de meget ambivalente forhold, hvor et spædbarn bliver følelsesmæssigt afvist og ikke relevant besvaret. Det kræver meget arbejde med sig selv og indbyrdes professionel supervision ikke at intervenere før det rigtige tidspunkt. Det er ofte et spørgsmål om den rigtige timing og om at kunne evne for en tid at udstå den smerte, det volder at overvære, at et barn ikke får det, som det tydeligt viser at have brug for – at overvære det, mens det foregår. Det kan være svært at styre en lyst til at bryde ind, at afbøde – sågar irttesætte. At indse, at det tager tid, og at vi ved at være der, kan mildne de skader, der sker, f.eks. fra en afvisende aggressiv mor, hvor vi langsomt kan lirke hendes aggressioner over til at kunne håndteres og væk fra barnet. Dette kan vi kun ved at fokusere på den voksne og ved at være åben for den smerte, den voksne ofte også selv føler ved sin egen ambivalente reaktion. Sådanne forældre kan være svære at nå, men viser sig ofte, når de mødes med rimelig forståelse, at være motiverede for psykologisk hjælp netop på grund af deres forpinte situation – opstået gennem konfrontation mellem den kærlighed, de håb og forventninger, de også har over for deres børn og deres frustrationer og fortvivlelse over ikke at kunne yde det, de ønsker til børnene. For terapeuten er det vigtigt at have tillid til forældrenes egen motivation og at nærme sig problemerne med ydmyghed og respekt for de kræfter, der har fået mennesket til at overleve som art. Det bliver aldrig behandlerens opgave

at få en mor til at holde af sit spædbarn; det gør hun, når hun er hjulpet med at bearbejde det, som forhindrer hende.

Winnicott svarer i et foredrag på et spørgsmål om, hvorvidt jordemødre skal eller ikke skal gå ind på psykologiens område, »ja, hvis de kan samle og rumme de personlige, familiemæssige og sociale problemer, de møder og således tillade en løsning at vise sig på egne præmisser. Dette vil betyde lidelse, det er et spørgsmål om at kunne tåle bekymringen eller endda den smerte, det kan være at høre om de enkelte tilfælde. Hvis man kan det, behøver man ikke være psykolog for at gøre nytte. Man leverer det tilbage, man kun midlertidigt har båret, og så har man gjort det bedste, man kunne for at hjælpe. Men hvis det omvendt ligger til ens temperament at handle, at give råd, at blande sig, at sørge for de forandringer, man finder nyttige, så er svaret nej, Hvis man udtrykker en moralsk fordømmelse, ødelægger man det professionelle forhold fuldstændigt og uigenkaldeligt.« (Winnicott 1965. Vor oversættelse).

Overordnet er det CFS's erfaring, at det kun i meget få tilfælde er hensigtsmæssigt at have direkte og eksplicit fokus på barnet. Vi finder det overordentlig betydningsfuldt, at den professionelle er grundigt trænet i at kunne observere spædbarnet, og herigennem har opnået kapacitet til at kunne danne sig et kvalificeret indtryk af barnet og dets tilstand, og paradoksalt nok også herved evner at kunne vente med at bruge iagttagelserne, til moderen er parat til selv at kunne rette sin interesse mod barnet. Dette gør hun efter vores mening af sig selv, hvis og når hun har opnået en alliance med behandleren, hvor hun kan arbejde med det, der forhindrer hende i at have en harmonisk relation til sit barn.

### *Interessen for nu'et*

Interessen for spædbørn i sig selv – at være observerende, registrerende, opmærksom og tilgængelig for det, der er lige nu – det er helt nødvendige forudsætninger, når et spædbarn skal observeres reliabelt. Hvad gør spædbarnet lige nu? Hvad belaster spædbarnet lige nu? Hvad gør barnet som reaktion på stimuli? Hvad gør det spontant? Hvilke måder har spædbarnet tilgængeligt lige nu for at trøste sig? Falde til ro etc. Hvad behøver det af støtte til disse måder at organisere sig på? Modtager det denne støtte fra de nære omgivelser? Kan spædbarnet bruge det, det modtager? Alt sammen lige nu – det er dette observerede »lige nu« og alle de nonverbale detaljer, der altid er til stede, der indeholder de mest centrale oplysninger om vanskeligheder og ressourcer og samtidig giver oplysninger om veje og muligheder for at udbedre vanskeligheder og forhindringer.

Interessen for spædbørn har for professionelle gennem mange årtier været så helt overvejende, ja, næsten udelukkende præget af interessen for prognose og senere udvikling. At dreje interessen hen imod opmærksomhed og forståelse for, hvorledes vi kan aflæse og beskrive, hvad der påvirker spæd-

barnet lige nu og at se dette lige nu som afgørende for mulige påvirkninger og ændringer, har været et overordentligt stort arbejde, som har trukket både på klinisk terapeutisk indsigt og erfaring og på forskningsresultater.

Stern, som er omtalt ofte i denne artikel, og som anses for at være en af vor tids mest anerkendte og anvendte inspiratorer inden for spædbarnsområdets klinik og forskning har i sin senest udgivne bog »The Present Moment« (2004) netop lagt vægt på nu'et som omdrejningspunkt for ændring også i terapisituationer generelt. Hans interesse for nu'et har været gennemgående i al hans forskning.

Både den observerende tilgang og opmærksomhed på nu'et er et ultimativt krav, når det gælder nutidig spædbørnsintervention, men det indebærer en fokusering og en indfaldsvinkel, som også er om ikke nødvendig så i al fald meget givende i al terapi, hævder Stern. I bogen binder han på mange måder det intense nærvær, som et terapeutisk samvær generelt kræver af terapeuten, sammen med interessen for det nærvær og den detaljerede observation et udviklende samvær med et spædbarn kræver.

Disse afsluttende kommentarer antyder et yderligere aspekt ved den udvikling, vi har set inden for spædbarnspsykologi og tidlig intervention de sidste tre årtier nemlig, at fra at være »stedmoderligt« behandlet og ret overset såvel i praksis som i teori, bliver erfaringer fra området nu anset for at indeholde momenter, som kan inspirere både vore handlinger og vor forståelse af processer i terapi generelt.

## REFERENCER

- BARTHOLIN, A.J. & ERICHSEN, B. (red.). (1989): *Det muliges kunst. Forebyggelse af kriser, støtte til vækst i småbørnsfamilien*. København. Hans Reitzels Forlag.
- BENEDEK, T. (1959): Parenthood as a Developmental Phase. A Contribution to the Libido Theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417.
- BENEDEK, T. (1970): Motherhood and Nurturing. In: Anthony & T. Benedek (eds.): *Parenthood. Its Psychology and Psychopathology*. Boston. Little, Brown & co.
- BIBRING, G.L. (1959): Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- BIBRING, G.L., DWYER, T.F., HUNTINGDON, D.S., & VALENSTEIN, A.F. (1961): A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and the Earliest Mother-Child Relationship. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-72.
- BRAZELTON, T.B. & NUGENT, J.K. (1995): Neonatal Behavioral Assessment Scale. 3rd ed. *Clinics in Developmental Medicine*, 137. London. MacKeith Press.
- BRODÉN, M. (1989): *Mor och barn i ingenmansland*. Stockholm. Almqvist & Wiksell.
- BRUDAL, L. F (1979): En undersøgelse af psykiske forstyrrelser post partum med særlig henblik på profylakse. *Tidsskrift for norsk psykologforening (Jan.)*.
- BRUDAL, L. (2000): *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen. Fagbokforlaget.
- BØRNEKOMMISSIONEN (1981): *Betænkning nr. 918*. København.
- CAPLAN, G. (1974): *An Approach to Community Mental Health*. London. Tavistock Publication.



- CRAMER, B., ROBERT-TISSOT, C., STERN, D.N., SERPA-RUSCONI, S., DE MURALT, M., BESSON, G., PALACIO-ESPASE, F., BACHMANN, J.-P., KNAUER, D., BERNEY, C. & DÁRCIS, U. (1990): Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 278-300.
- CHRISTENSEN, E. (1992): *Omsorgssvigt? En rapport om de 0-3-årige baseret på sundhedsplejerskers viden*. København. Socialforskningsinstituttet.
- DEUTSCH, H. (1944-1945): *The Psychology of Women. A psychoanalytic interpretation*, Vol. 1-2, New York. Grune & Stratton.
- ERIKSON, E.H. (1959): Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, Vol. 1, 50-100.
- FRAIBERG, S. (1980): *Clinical Studies in Infant Mental Health. The First Year of Life*. in collaboration with Louis Fraiberg. New York. Basic Books.
- FRØLUND, L. & BECHGAARD, B. (2002): Psykologisk behandling af kvinder med psykisk lidelse i forbindelse med graviditet og fødsel. *Nordisk Psykologi*, 54 (3), 217-232.
- GÖTZSCHE, V., LIER, L. & MUNCK, H. (1979): Graviditet, fødsel og det første leveår. Forældres og børns behov i periode omkring graviditet, fødsel og barnets første leveår, specielt med henblik på barselsorlov. Stockholm: *Nordisk Utredningsserie B* 1979:10.
- HANSEN HAGEMANN B. & MUNCK, H. (2002): *En bedre start på livet – kortlægning og beskrivelse af 49 spædbørnsprojekter i Danmark*. Forskningsrapport No. 2. Københavns Universitet. Institut for Psykologi.
- HANSEN, J., HAMMERSHØJ, A. & BOSSI-ANDERSEN, G. (2003): *Tidlig indsats overfor særligt sårbare gravide og spædbørnsfamilier*. En rapport udarbejdet af UFC Børn og Unge for Indenrigs- og sundhedsministeriet.
- HAUGE, I.M., NÆSS, O.P., EVENSEN, Å.R. & SUNDBY, S.H. (1982): *Helsestasjonen og Familien med det Nyfødte Barn*. Oslo. Universitetsforlaget.
- HAXTHAUSEN, S. (1993): *Noget af historien om foreningen forældre og fødsler*. København. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.
- HEIMANN, M.A. (1965): A psychoanalytic view of pregnancy. In: Robinsky, J. & Guttmacher, A. (red.) *Medical, Surgical and Gynecologic Complications of Pregnancy*. Baltimore. Williams & Wilkins Co.
- HOFF, B., MUNCK, H. & GREISEN, G. (2004): Assessment of Parental Sensitivity towards Pre-school Children born prematurely. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 85-89.
- HWANG, P. (red.): *Faderskap*. Stockholm. Natur och Kultur.
- JACOBY, H. (1973): Betragtninger vedrørende psykologiske problemer i forbindelse med svangerskab, fødsel og den tidlige mor-barn relation. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, 51, 165-190.
- KILLINGMO, B. (1971): *Den psykoanalytiske behandlingsmetode – Prinsipper og begreper*. Oslo. Universitetsforlaget.
- LAGERKRANTZ, E. & HAMMARSTRÖM, M. (1975): *Förstföderskan och hennes barn*. DNR 19:36. Socialstyrelsen. Stockholm.
- LAZAR, A., SAGI, A. & FRASER, M.W. (1991): Involving fathers in social services. *Children and Youth Services Review*, 13, 287-300.
- LIND, J. (1975): Familjens födelse. *Sv. Läkartidn*, 72, 1545-1548.
- MADSEN, S.AA. (1994): *Når det ikke er lykken at blive mor. Psykosociale forstyrrelser under svangerskab, fødsel og spædbarnstid: udbredelse, årsager og behandling*. Ph.d.-afhandling. Københavns Universitet. Institut for Klinisk Psykologi.
- MADSEN, S.AA. (1996): *Bånd der brister – bånd der knyttes*. København. Hans Reitzels Forlag.
- MADSEN, S.AA., MUNCK, H. & TOLSTRUP, M. (1999): *Fædre og fødsler*. København. Frydenlund Grafisk.

- MADSEN, S.AA., LIND, D. & MUNCK, H. (2002): *Fædres tilknytning til spædbørn*. København. Hans Reitzels Forlag.
- MADSEN, S.AA. & JUHL, T. (2005): *Mænd og fødselsdepressioner. En guide til arbejdet med mænd med psykiske vanskeligheder under graviditet, fødsel og spædbarnstid*. Psykologisk og Psykosocial Forskningsenhed, Rigshospitalet. København.
- MADSEN, S.AA., LIND, D. & MUNCK, H. (2007): Men's Abilities to Reflect Their Infants' States of Mind. Interviews with 41 new fathers on experiences of parenthood. *Nordic Psychology*, 59 (2), 149-163.
- MUNCK, H. (1977): *Graviditet og tidligt moderskab: Krise, traume og udvikling?* Upubliceret afh. Københavns Universitet.
- MUNCK, H. (1982): Fødsel og forebyggelse. *Nordisk Psykologi*, 34, 114-121.
- MUNCK, H. (1983): Spædbørnsforskning – historisk rids, aktual tænkning og nutidig empiri. I: Munck, H., Gøtzsche, V. & Mærner, L. (red.): *Nyfødt og deres nære miljø – teori, forskning og praksis*. Småbørnsforskning i Danmark, VIII. København.
- MUNCK, H. (1984). Psykologisk anvendelse af Brazeltonskalaen. *Tidsskrift for jordemødre*, 6.
- MUNCK, H. (1995) (A): *Intervenção Hospitalar con Pais de Bebés Prematuros*. In: *BEBÉ XXI, Criança e Família na viragem do Século*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkain.
- MUNCK, H. (1995) (B): Using the NBAS with families: A Psychotherapeutic approach. IN: BRAZELTON, T. B., & NUGENT, J. K. (1995): *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. 3rd ed. *Clinics in Developmental Medicine*, 137. London. MacKeith Press.
- MUNCK, H. (1999): Moderskab. I: *Den store danske Encyklopædi*. bind 13, København: Gyldendal.
- MUNCK, H. (2009): Early intervention and Fatherhood: A Danish Model. In: Nugent, J. Kevin, Petrauskas, Bonnie & Brazelton, T. Berry (eds.): *The Newborn as a Person: Enabling Healthy Infant Development Worldwide*. New York. John Wiley & Sons. (In press).
- MUNCK, H., POULSEN, I. DUTTON, MATEJKA, P., GREISEN, G., ALVARES, M. OLSSON, E. & STEFFANSEN, M. (1992): *An Early Clinical Intervention Project with »Newborn Families« at the University Clinic in Copenhagen*. Fifth World Congress of Infant Psychiatry and Allied Disciplines, Chicago.
- MUNCK, H., LIND, D. & MADSEN, S.AA. (2000): Fædre og tidlig intervention – empirisk forskning og klinisk refleksion. I: Peter Elsass og Susanne Lunn (red.): *Psykologi i forvandling – et jubilæumsskrift fra Institut for Klinisk Psykologi*. Københavns Universitet.
- MUNCK, H. & POULSEN, I. DUTTON (1990): Et center for spædbørn 0-1 år og deres familier. I: P. Schultz Jørgensen & O. Alstrup (red.): *Børn og terapi. Universitetets børnepsykologiske klinik – 40 år*, s. 159-173. København. Dansk Psykologisk Forlag.
- MUNCK, H. & POULSEN, I. DUTTON (2001): Intern rapport. Center for Spædbørn. Københavns Universitet.
- NILSSON, Å. & ALMGREN, P.E. (1970): Paranatal emotional adjustment. A prospective investigation of 165 women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 220.
- PEDERSEN, M.B., GREISEN, G., KOVACS, R., MUNCK, H. & FRIIS-HANSEN, B. (1990): Status at four years of age in 280 children weighing 2,300 or less at birth. *Danish Medical Bulletin*. Vol. 37, No.6/December. København.
- PHARES, V. (1996): *Fathers and Developmental Psychopathology*. New York. Wiley.
- SCHAFFER, R. (1967): Projective Testing and Psychoanalysis. In: *Regression in the Service of the Ego: The Relevance of Psychoanalytic Concept for Personality Assessment*. New York. International Universities Press.

- SOMMER, D. (1999): Faderskab i den radikaliserede modernitet. En undersøgelse af fader-spædbarn-relationen. I: Dencik, L. & Schultz-Jørgensen, P. (red.): *Børn og familie i det postmoderne samfund*. København. Hans Reitzels Forlag.
- STERN, D. (1985): *The Interpersonal World of the Infant*. New York. BasicBooks.
- STERN, D. (1995): *The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York. BasicBooks.
- STERN, D. (2004): *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York. W.W. Norton & Co.
- STERN, D., BRUSCHWEILER-STERN, N. & FREELAND, A. (1998): *The Birth of a Mother – How the Experience Of Motherhood Changes You For Ever*. New York. Perseus Books.
- STJERNQVIST, K. (1992): *Extremely Low Birth Weight Infants – Development, Behaviour and Impact on the Family*. University of Lund. Lund. Wallin & Dalholm Boktryckeri AB.
- STJERNQVIST, K. (1999): *Född för tidigt – Hur går det sedan?* Borås. Bokförlaget Natur och Kultur.
- SUNDHEDSSTYRELSEN (2007): Forbrug af antidepressive midler i forbindelse med graviditet og fødsel 1997-2006. *Nye tal. nr. 20*.
- UDDENBERG, N. (1974): Reproductive adaption in mother and daughter. *Acta Psychiat. Scand.* suppl. 254.
- UDDENBERG, N. & ENGLSON. (1978): Prognosis of post partum mental disturbance. A prospective study of primiparous Women and their 4 1/2-year-old children. *Acta Psychiat. Scand.*, 78, 201-212.
- VEGNER, A., RAHBEK, C. & SPANGGAARD, S.W. (1989): Plejen af det præmature barn. IN: BARTHOLIN, A.J. & ERICHSEN, B. (red.). (1989): *Det muliges kunst. Forebyggelse af kriser; støtte til vækst i småbørnsfamilien*. København. Hans Reitzels Forlag.
- WINNICOTT, D.W (1965): *The Maturation Processes and the Facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development*. London. The Hogarth Press.
- WINNICOTT, D.W. (1975): *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London. Hogarth Press.
- WINNICOTT, D.W. (1987): *Babies and Their Mothers* (ed. C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis) Reading, MA. Addison-Wesley.