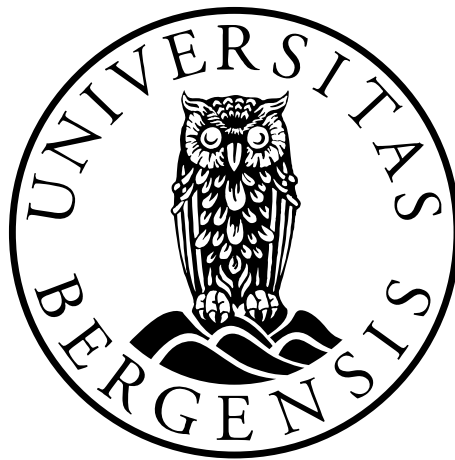


Viser spedbarn i risiko høyere grad av sosial tilbaketrekning enn spedbarn uten risiko?

Anne-Brit Sveine



MASTEROPPGAVE

Master i barnevern

Høst 2014/vår 2015

Det psykologiske fakultet
HEMIL - Senteret

Hovedveileder: Hanne Cecilie Braarud
Biveileder: Anette Christine Iversen

Forord

Interessen for spedbarnsbarnevernet ble vekket da jeg som saksbehandler ved Stovner barnevernstjeneste deltok på en fagdag om ruseksponerte spedbarn ved Aline spedbarnssenter. Åtte år senere fikk jeg jobb på Aline spedbarnssenter og fikk selv bygge opp spisskompetanse på sped- og småbarns utvikling. Etter å ha jobbet med den yngste aldersgruppen i en barnevernkontekst siden 2001, har jeg flere ganger vært vitne til spedbarns reaksjoner på mangelfull omsorg. Spedbarna har berørt meg med sin sårbarhet, men også med sin enorme kapasitet til endring og utvikling som gjør denne delen av barnevernsfeltet meningsfull å jobbe i. Det var av den grunn naturlig for meg å søke opp et masterprosjekt til masterstudiet i barnevern med fokus på de aller minste.

Gjennom dr. psychol Hanne Cecilie Braarud ble spørsmålet om aktuelle masterprosjekter introduserte for dr. psychol Vibeke Moe, som ga meg tilgang til litt av datamaterialet fra en longitudinell studie hun er prosjektleder for. Jeg retter en takk til Vibeke Moe og Torill S. Siqveland for tilgang til deler av deres innsamlede datamateriell. Datagrunnlaget er helt unikt, og studien om sosial tilbaketrekning hos spedbarn i risiko hadde ikke vært gjennomførbar uten deres positive innstilling.

Arbeidet med masteroppgaven har vært lærerikt og inspirerende. Jeg har under kyndig og omsorgsfull veiledning fra Hanne Cecilie Braarud fått opplæring i ADBB, og hjelp med å bearbeidet resultatet fra 72 samspillsopptak og ulike måleinstrument til en ferdig masteroppgave. Jeg er takknemlig for støtten og all inspirasjon jeg har fått i prosessen.

Jeg vil også takke for oppmuntring og støtte fra arbeidsplassen min, blant annet mine dyktige kollegaer som har vært nysgjerrige på arbeidsprosessen og kunnskapen jeg har ervervet meg underveis i prosessen. Familien min har vært en støtte for meg i arbeidet med oppgaven, og har vist stor forståelse for at studiedager og en god del helger har gått med til skriving. Takk til Ingvill som har organisert familien vår slik at jeg har fått tid til å studere. Du har rommet det hele.

Bergen 19.mai 2015

Anne-Brit Sveine

Sammendrag

Et spedbarn som gjentatt erfarer at dets signaler og regulerende atferd blir møtt med manglende eller feil respons fra omsorgspersonen, vil repetere en selvregulerende atferd å trekke seg vekk fra sosial kontakt. Etter kort tid vil spedbarnets kapasitet til å inngå i kontakt reduseres som følge av en vedvarende sosial tilbaketrekning. Dette er et alvorlig alarmsignal om mistriivsel hos spedbarnet. Masterstudiets formål er å måle om spedbarn i risiko viser høyere grad av sosial tilbaketrekning enn spedbarn uten risiko.

Metode

Spedbarn som har mødre med psykiske vansker i svangerskapet rekruttert fra psykiatrisk poliklinikk og mødre med rusmiddelproblemer i svangerskapet rekruttert fra behandlingsinstitusjoner utgjør risikogruppen (n=46) og spedbarn rekruttert fra helsestasjonen utgjør kontrollgruppen (n=26). Spedbarna er blitt vurdert for sosial tilbaketrekning i samspill med sine mødre ved 3 måneders alder ved bruk av Alarm Distress Baby Scale (ADBB). Mødrene rapporterte om psykiske vansker (SCL-25) i svangerskapet og etter fødsel (EPDS). Kvantitativ metode er benyttet, og dataene er analysert statistisk ved bruk av deskriptive analyser, t-test og kji-kvadrattest.

Resultater

Spedbarna i risikogruppen viste i gjennomsnitt høyere total ADBB-skår enn spedbarna uten risiko. Over 29 % av spedbarna i risikogruppen viste sosial tilbaketrekning sammenlignet med kontrollgruppen, som viste 11.4 % sosial tilbaketrekning over kuttepunktet. Risikogruppen rapporterer gjennomsnittlig høyere symptombelastning i svangerskapet. Etter fødsel rapporterer kontrollgruppen lavere symptomer på fødselsdepresjon enn risikogruppen.

Konklusjon

Studien viser at spedbarn i risiko er mer utsatt for å vise sosial tilbaketrekning enn andre barn allerede ved 3 måneders alder. Studien konkluderer med at disse barna må oppdages og få adekvat hjelp, slik at deres sosioemosjonelle utvikling sikres. Det fordrer at fagpersoner i førstelinjetjenesten har nødvendig kunnskap og redskap til å oppdage hvilke spedbarn som er i risiko og hvordan spedbarna kan hjelpes.

Innholdsfortegnelse

INNHALDSFORTEGNELSE.....	1
1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	3
1.1 FORSKNINGSSPØRSMÅL OG HYPOTESER.....	5
1.2 BEGREPSBRUK I OPPGAVEN	5
1.3 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	5
2 TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ SPEDBARNES SOSIALE UTVIKLING	7
2.1 TRANSAKSJONSMODELLEN SOM FORSTÅELSESMODELL	10
3 REGULERINGSSTØTTE OG UTVIKLING AV SELVREGULERING.....	13
3.1 SOSIAL TILBAKETREKNING SOM NORMAL REGULEREDE ATFERD	13
3.2 SOSIAL TILBAKETREKNING SOM ALARMSIGNAL.....	14
4 RISIKOFAKTORER OG BESKYTTENDE FAKTORER.....	16
4.1 RISIKOFAKTORER	16
4.2 BESKYTTENDE FAKTORER	17
4.3 RUSMIDDELMISBRUK OG PSYKISKE VANSKER I GRAVIDITET SOM RISIKOFAKTORER ...	18
4.3.1 Risikofaktorer ved barnet.....	19
4.3.2 Risikofaktorer ved omsorgspersonen.....	22
4.4 OBSERVASJON OG MÅLING AV VEDVARENDE SOSIAL TILBAKETREKNINGSATFERD I RISIKOGRUPPER	23
5 METODE.....	26
5.1 VITENSKAPSTEORI OG VITENSKAPSPARADIGMER.....	26
5.1.1 Samfunnsvitenskapelig metode	28
5.1.2 Forskning på barn.....	29
5.1.3 Plassering av egen oppgave.....	30
5.2 FORSKNINGSDESIGN	31
5.2.1 Utvalg og rekruttering	32
5.2.2 Måleinstrumenter og observasjoner i masteroppgaven.....	33
5.2.3 Prosedyre og observasjon.....	35

5.2.4	<i>Statistiske analyser</i>	36
5.2.5	<i>Hypotesetesting</i>	37
5.2.6	<i>Reliabilitet og validitet</i>	39
5.2.7	<i>Forskningsetiske vurderinger</i>	40
6	RESULTATER	42
6.1	PRESENTASJON AV UTVALGET	42
6.2	SOSIAL TILBAKETREKNINGSATFERD HOS SPEDBARN I UTVALGET	44
6.3	EMOSJONELLE VANSKER PRE- OG POSTNATALT HOS MØDRENE I UTVALGET	45
7	DISKUSJON	47
7.1	SOSIAL TILBAKETREKNING HOS SPEDBARN I STUDIEN	47
7.2	EMOSJONELLE VANSKER HOS MØDRENE	50
7.3	SOSIODEMOGRAFISKE FAKTORER	52
7.4	RISIKO HOS OMSORGSPERSON OG SPEDBARN PÅVIRKER TRANSAKSJONELLE PROSESSER 54	
7.5	STUDIENS BEGRENSNINGER OG STYRKER	55
7.6	IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	56
8	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	58
9	REFERANSER	59

1 Bakgrunn for valg av tema

Spedbarn er totalt avhengig av sine omsorgspersoner for få dekket sine behov. Spedbarn er fra fødselen av delaktig i sin egen sosiale utvikling, gjennom en aktivt og velvillig kommunikasjon med omsorgspersonen om sine omsorgsbehov. Spedbarnets kommunikasjonsferdigheter er i starten primitive, men like fullt rettet inn mot det sosiale samspillet med omsorgspersonen. Gjennom samspillet utvikler spedbarnet sin forståelse av seg selv, omsorgspersonen og verden rundt. Noen spedbarn er i spesielt risiko for å utvikle vansker som følge av medfødte sårbarheter, eller av at omsorgspersonens problemer får følger for spedbarnets omsorgssituasjon. Barnevernet skal «sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid» (Lov om barnevernstjenester § 1-1). For å klare dette, må barnevernsarbeidere kjenne godt til hvordan forhold som kan skade barns helse og utvikling viser seg på de ulike alderstrinn. Et spedbarn som er i starten på sin utvikling har ikke et verbalt språk, eller selvstendige handlinger. Tegn på omsorgssvikt og skjevutvikling kan derfor være vanskelig å få øye på. Spedbarnsalderen er en utfordring for fagfeltet i så måte.

I noen tilfeller kan spedbarn skades allerede i fosterlivet. Barnevernstjenesten har ikke mandat til å beskytte foster fra helseskade som følge av mors handlinger. Sosialtjenesten har sammen med helsevesenet fått mandat til å gripe inn med tiltak for å beskytte foster mot skadelig ruseksponering i svangerskapet. Konsekvensen av mors livsførsel gjennom rusmiddelmissbruk, realiseres først etter fødsel. For å avverge skader på spedbarnet, må beskyttelsen settes i verk i fosterlivet, og rettes mot den gravide (Søvig, 2007). Norge har som det første landet i verden et eget lovverk for å beskytte fosteret fra ruseksponering i svangerskapet. Det er hjemlet i helse og omsorgstjenesteloven § 10-3 at gravide rusmiddelmissbrukere kan holdes borte fra rusmidler i egnet institusjon med tvang dersom det er nødvendig, og sannsynlig at fosteret vil bli påført skade som følge av kvinnens rusmiddelmissbruk (Sosial- & helsedepartementet, 1997).

Vedvarende sosial tilbaketrekning er et av spedbarnets alarmsignal (Guedeney & Fermanian, 2001). Når spedbarnet, som har medfødte ferdigheter og interesse for sosial kontakt, trekker seg bort fra sosial kontakt, er dette et alarmsignal som må fanges opp. Vedvarende sosial tilbaketrekning vurderes som en alvorlig tilstand hvor det kan være nødvendig med umiddelbar intervensjon. Spesielt alvorlig er det hvis spedbarnets signaler om primære

omsorgsbehov blir så svake at omsorgsperson overser dem og unnlater eksempelvis å gi barnet kontakt, mat og ren bleie (Killén, 2009; Kvello, 2014; Slinning, Hansen, & Moe, 2010). Dersom vedvarende tilbaketrekning ikke oppdages, står spedbarnet i fare for skjevutvikling. Vedvarende sosial tilbaketrekning hos spedbarn kan utgjøre en fare for utviklingen, og er i så måte en av de tilstandene hos barnegruppen barnevernsloven er ment å beskytte for. Det er utfordrende å oppdage slike tilstander hos spedbarn, samtidig som det er avgjørende for spedbarnets videre utvikling at tilstanden identifiseres. Når tilstanden er oppdaget, kan spedbarnet få tilstrekkelig hjelp slik at den sosiale utviklingen hjelpes tilbake til rett spor.

Antallet spedbarn i barnevernet økte i tidsrommet 1995 – 2008. Clausen og Valset (2012) studerte registerdata om barn i barnevernet i dette tidsrommet og fant at antall sped- og småbarn i alderen 0-5 år som hadde kontakt med barnevernet hadde økt med 22 %. Det innebar en fordobling av antallet barn. Forskning viser at barn som utsettes for omsorgssvikt har en forhøyet risiko for å utvikle psykiske vansker og psykososiale problemer senere i livet (Anda et al., 2006). Disse funnene gir både begrunnelse og en økt forståelse for hvilke menneskelige og samfunnsøkonomiske gevinster det vil gi å tidlig identifisere og intervensere overfor de spedbarna som viser tegn på mistrivsel og omsorgssvikt.

For å oppdage spedbarn med vedvarende sosial tilbaketrekning, må de som treffer spedbarna ha kompetanse og måleinstrumenter som kan avdekke vanskene. Dette gjelder fortrinnsvis instanser i 1.-linjen, som helsestasjon og barnevernstjeneste. Det er også viktig at de hjelpeinstansene som har kontakt med omsorgspersonene til sped- og småbarn har nok kunnskap om spedbarn til å melde om bekymring når det er nødvendig.

Gjennom årene har det vokst fram en egen kompetanse på sped- og småbarn i barnevernsfeltet, noe som har vært helt nødvendig for å ivareta denne yngste gruppen. Øyvind Kvello (2012) har utarbeidet en rapport bestilt av Bufdir om et samlet tilbud til utsatte foreldre med sped- og småbarn i alderen 0-3 år. Rapporten konkluderer med at nødvendig kunnskap om den yngste gruppen finnes, men at det er utfordrende å finne implementeringssystemer som sikrer at kunnskapen når fram til dem som jobber med sped- og småbarn. Barnevernsfeltets kunnskap om større barn er ikke overførbart til sped- og småbarnsfeltet. Sped- og småbarnspopulasjonen i barnevernet er en så liten andel av barnevernsbarna at det ikke er ressursøkonomisk å bygge opp denne spisskompetansen i alle kommunale barnevernstjenester. Spedbarnskompetanse omfatter teoretisk kunnskap, gode

verktøy (måleinstrumenter) og nødvendig mengdetrening hos fagpersonene for å oppøve ferdigheter i å observere og forstå spedbarns signaler og behov.

1.1 Forskningsspørsmål og hypoteser

Forskningsspørsmålet for masterstudien er «Viser spedbarn i risiko mer sosial tilbaketrekning enn barn uten risiko?». Masterstudiens mål er å undersøke om spedbarn i risiko viser vedvarende tilbaketrekning så tidlig som ved tre måneders alder, og om spedbarn i risiko viser mer sosial tilbaketrekning enn andre spedbarn i denne alderen. Problemstillingen er viktig for barnevernet, slik at de kan være spesielt oppmerksomme på spedbarn i disse risikogruppene. Masterstudiens hovedhypotese er å finne mer sosial tilbaketrekning hos spedbarna i risikogruppen. Masterstudien ser også på grad av emosjonelle vansker hos mødre pre- og postnatale. Studier viser at emosjonelle vansker hos omsorgspersonen påvirker spedbarnet gjennom omsorgsutøvelsen (Apter-Levy, Feldman, Vakart, Ebstein, & Feldman, 2013). Masterstudien har derfor en sekundærhypotese om å finne høyere grad av emosjonelle vansker i risikogruppen sammenlignet med kontrollgruppen både pre- og postnatale.

1.2 Begrepsbruk i oppgaven

I masteroppgaven brukes begrepet «masterstudien» når studien av vedvarende sosial tilbaketrekning omtales. Begrepet «masteroppgaven» brukes om den skriftlige oppgaven som redegjør for masterstudien. Videre omtales utvalget med begrepene «risikogruppe» og «kontrollgruppe». Risikogruppen er den delen av utvalget som består av spedbarn med mødre med rusproblematikk i svangerskapet og spedbarn og mødre med psykiske vansker i svangerskapet. Kontrollgruppen er den delen av utvalget som er rekruttert fra helsestasjon uten kjent risiko. Utvalget redegjøres for i kapittel 5.2.1. I oppgaven brukes samlebetegnelsen emosjonelle vansker om mødrenes rapporterte psykiske problemer eller symptomer. Betegnelsen emosjonelle vansker rommer også stress og følelsesmessige vansker som påvirker omsorgspersonens fungering på kort eller lang sikt.

1.3 Oppgavens oppbygning

Først i oppgaven redegjøres det for teoretiske perspektiver på spedbarns sosiale utvikling, og hvordan forståelsen av spedbarnets sosiale utvikling har utvidet seg gjennom ny kunnskap fra spedbarnsforskningen. For å kunne identifisere avvik fra normal utvikling, må en ha kunnskap

om hvordan normal utvikling hos spedbarn forløper. Utviklingspsykologi er derfor det teoretiske grunnlaget i oppgaven. Transaksjonsmodellen ligger som forståelsesmodell, og presenteres i kapittel 2. Transaksjonsmodellen innlemmer den gjensidige påvirkningen aktørene i en interaksjon har overfor hverandre. I oppgaven bidrar transaksjonsmodellen til å forklare hvordan spedbarnet, til tross for sine begrensninger, er en aktiv aktør i egen utvikling. Masterstudien redegjør i kapittel 3 for spedbarns naturlig reguleringsbehov, blant annet hvordan spedbarnet bruker sosial tilbaketrekning som normal regulering i kontakten med omsorgspersonen, og videre når den sosiale tilbaketrekningen blir et alarmsignal.

I kapittel 4 redegjøres det for hvilken betydning risiko- og beskyttelsesfaktorer har for barns utviklingsløp, deretter hvordan rusmiddelmisbruk og psykiske vansker hos gravide utgjør en alvorlig risikofaktor for spedbarns utvikling. I kapittel 5 presenteres metoden brukt i masterstudien, med presentasjon av vitenskapsteori og forskningsdesign. Masterstudien er en kvantitativ studie med vurdering av filmopptak som datagrunnlag. Resultatene fra undersøkelsene presenteres i kapittel 6 med påfølgende diskusjon av resultatene i kapittel 7. Oppgaven avsluttes med oppsummering og konklusjon i kapittel 8.

2 Teoretiske perspektiver på spedbarns sosiale utvikling

De første teorier om barns utvikling var generelle og vurderte barnet ut fra et voksenperspektiv. Spedbarnet ble oppfattet som umodent og formbart. Lenge var den rådende oppfattelsen at spedbarnet var egosentrisk og uten sosial kapasitet. Foreldre som mente de fikk sosial kontakt med sine nyfødte spedbarn ble avvist av eksperter med en forklaring om at barnet ikke hadde slik kapasitet (Guldbrandsen, 2006).

John Bowlby (1958) utviklet teorien om tilknytning mellom omsorgsperson og barnet. Tilknytningsteorien ligger til grunn for å forstå hvordan spedbarnet bruker sine omsorgspersoner aktivt i utviklingsprosessen. Bowlby beskrev tilknytning som en prosess der spedbarnet knytter seg til omsorgsperson. Videre hvordan denne tilknytningen har betydning for utviklingen av spedbarnets personlighet. Bowlby mente at tilknytningsbåndet mellom omsorgsperson og spedbarn gav spedbarnet livsoppretholdende beskyttelse, hvor emosjonelle og praktiske behov ble dekket. Gjennom spedbarnets atferdssystem opprettholdes en indre balanse hvor spedbarnet nærmer seg eller øker avstanden til omsorgspersonen som tilknytningsperson. Trygg tilknytning (B-mønster) oppstår når spedbarnet erfarer at omsorgspersonen dekker de behov for trøst, beroligelse og støtte som spedbarnet signaliserer. Når omsorgspersonen gjennom omsorgsutøvelsen dekker disse behovene, vil spedbarnet oppleve at omsorgspersonen utgjør den trygge basen som spedbarnet kan utforske omgivelsene ut fra, og en sikker havn å søke til når spedbarnet kjenner seg utrygt. Mens Bowlby forklarte de universelle prinsipper med tilknytningsteorien, bidro Mary Ainsworth (1978) med empiri som videreutviklet tilknytningsteorien. Hun fant i sine studier funn som bekreftet at barn har ulike tilknytningsmønstre avhengig av hvor sensitivt omsorgspersonen responderer på spedbarnets signaler. Hvis omsorgspersonen ikke klarer å skape balanse mellom trygg base og sikker havn, men avviser spedbarnets behov for trøst eller opptrer ambivalent, utvikler spedbarnet et utrygt avvisende tilknytningsmønster (A-mønster) eller ambivalent tilknytningsmønster (C-mønster). Senere tilførte Main og Solomon (1990) en fjerde klassifisering; desorganisert tilknytning (D-mønster). Barn som klassifiseres under denne kategorien har erfart omsorgsgiver som skremmende, redd og desorganisert i sin kommunikasjon og omsorgsutøvelse, slik at det ikke har vært mulig for barnet å utvikle et spesielt tilknytningsmønster til den desorganiserte voksne. De ulike tilknytningsmønstrene virker inn på utviklingen av barnets indre arbeidsmodell om seg selv og relasjon til omsorgsgiver. Den indre arbeidsmodellen påvirker senere relasjoner og hvordan barnet forstår

sosiale situasjoner (Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2011). Omsorgspersonens tilknytning til barnet starter allerede i svangerskapet. Barnet blir til når omsorgspersonen kan forestille seg barnet i magen som en selvstendig person. Ut fra denne forestillingen utvikler omsorgspersonen en mental tilgjengelighet som har betydning når hun forholder seg følelsesmessig inntonet til barnets signaler (Hart & Schwartz, 2009; Pajulo et al., 2012; Skårderud & Söderström, 2009). Peter Fonagy (1991) kaller dette «mentaliseringsevne». Han definerer mentalisering som en refleksjonsfunksjon til å forestille seg mentale tilstander i seg selv og hos andre, og å forstå andres handlinger ut fra deres mentale tilstander (Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991). Tilknytningsteorien, og kunnskap om indre arbeidsmodeller, har en sentral betydning for forståelse av barns utvikling og er grunnleggende for nyere kunnskap om utviklingspsykologi og forholdet mellom foreldre og barn.

Den britiske barnelegen og psykoanalytikerens Donald W. Winnicott (1960) framholdt betydningen av forholdet mellom spedbarnet og omsorgspersonen som betingelse for sosial utvikling. Utvikling av kapasitet for å integrere og organisere erfaringer avhenger av at spedbarnet får tilstrekkelig god omsorg. Winnicott beskrev to vesentlige komponenter i tilstrekkelig god omsorg. Den første er «*holding*», når omsorgspersonen identifiserer, og lever seg inn i barnets tilstander (Gulbrandsen, 2006; Hart & Schwartz, 2009; Smith & Ulvund, 1999; Winnicott, 1960). «*Holding*» har som funksjon å holde spedbarnets tilværelse i sammen slik at det ikke blir overveldet, og på denne måten bidra til å skape mening i det som skjer for spedbarnet. I dette ligger også aksept av barnets egenart. Winnicott pekte på betydningen av omsorgspersonens speiling av barnets tilstander for utviklingen av selvoppfattelsen. Ved å få bekreftet sin egen tilstand i ansiktet til omsorgspersonen, opplever spedbarnet sin tilstand. Den andre komponenten i god nok omsorg er ifølge Winnicott omsorgspersonens «*håndtering*» av spedbarnet dvs. omsorgsutøvelsen. Betydningen av fysisk støtte av barnets kropp når det stelles, bæres og holdes gir spedbarnet en fornemmelse av sin egen kropp. «*Håndtering*» innebærer også å gi plass for spedbarnets egne initiativ, slik at spedbarnets behov for små pauser blir respektert, og spedbarnet kan komme fram med egne initiativ. Winnicott mente at barns behov for overgangsobjekt, eksempelvis en bamse, sutteklut etc. representerer konkrete symboler for primære omsorgspersoner inntil de mentalt forstår at omsorgspersonen eksisterer også når hun er utenfor synsvidde (Winnicott, 1960). Omsorgsutøvelse og omsorgsevne dannet rammen som både Bowlby og Winnicott forklarte

spedbarnets utvikling ut fra og viste hvilken betydning det har for spedbarnets sosiale utvikling å ha en kjærlig, nær og tydelig omsorgsperson.

I de siste 30 årene er det betydelig dokumentert at spedbarn har medfødte ferdigheter som det aktivt bruker i samspill med sine omsorgsgivere. Spedbarnsforskere som Daniel Stern, Andrew Meltzoff og Colwyn Trevarthen med flere, begynte på 1970-tallet å utforske spedbarnets iboende sosiale kompetanse. Det ble således en dreining fra å forstå spedbarnet ut fra voksenperspektiv til et spedbarnsperspektiv med hovedfokus på spedbarnets egne ferdigheter og som aktiv aktør, og dette utgjorde et paradigmeskifte i utviklingspsykologien (Beebe, Knoblauch, Rustin, & Sorter, 2003; Bråten, 1996; Smith & Ulvund, 1999). Ved å filme spedbarnets initiativ og responser i kontakt med omsorgspersonen, kunne spedbarnsforskerne studere detaljene i samspillet mer inngående enn hva som hadde vært mulig tidligere (Bråten, 1996; Stern, 2002). Stern, Meltzoff og Trevarthen med flere fant at nyfødte spedbarn viser en betydelig sosial kapasitet. Eksempelvis kan spedbarnet kjenne igjen mors stemme og skille henne ut fra andre kvinner allerede fra de er noen timer gamle. Spedbarnet utvikler en preferanse for mors nærhet og lukt, noe som forsterker spedbarnets søken etter nærhet og kommunikasjon med omsorgspersonen (Smith & Ulvund, 1999).

Hovedinteressen hos spedbarnsforskere som Stern, Meltzoff og Trevarthen med flere, var utviklingen av spedbarnets selvopplevelse, selvforømmelse og betydningen av relasjonen mellom spedbarnet og omsorgspersonen (Beebe et al., 2003; Stern, 2002; Trevarthen, 2010). Hvordan dannes dette intuitive opplevelsesfellesskapet mellom spedbarnet og omsorgspersonen? Hvordan kan spedbarnet vite at omsorgspersonene forstår hvordan det føler seg, og hvordan kan spedbarnet vite at omsorgspersonen vet at spedbarnet erfarer at omsorgspersonen forstår?

Andrew Meltzoff (1977) ble opptatt av spedbarnets imitasjonsevne. Etter å ha studert filmopptak registrerte han at spedbarnet imiterte både ansikt, munn og håndbevegelser i samspillet med omsorgspersonen. Gjennom å imitere andres emosjonsuttrykk, ervervet spedbarnet oppfattelse av andres intensjonelle handlinger. Videre hevdet Meltzoff at spedbarnets evne til å imitere andres emosjonsuttrykk utgjorde et vesentlig bidrag til utviklingen av spedbarnets selvforståelse (Meltzoff & Moore, 1977; Smith & Ulvund, 1999). Spedbarnet besvarer og initierer til sosial kontakt med omsorgspersonen. Når omsorgspersonen oppfatter spedbarnets tilstand og responderer ved å speile denne tilstanden, vil spedbarnet etablere en oppfatning om seg selv. Gjennom omsorgen barnet erfarer dannes

følelsen av eksistens og forventning om omsorg og respons (Stern, 2002; Tronick, 1989). Mikroanalyser av filmopptak viste hvordan spedbarnet aktivt samspiller med omsorgspersonen for å meddele sine behov og tilpasse seg omsorgsgiver. Spedbarnet reagerer på brudd i kontakten med omsorgspersonen, og tar egne initiativ for å utløse forventet respons fra omsorgspersonen. Trevarthen så at spedbarn snudde seg til omsorgspersonen for å få bekreftelse på hvordan det følte seg, og hentet bekreftelsen gjennom speilingen i omsorgspersons uttrykk (Trevarthen, 2010; Tronick & Beeghly, 2011). Den gjensidige affektive inntoningen mellom spedbarnet og omsorgspersonen er innholdet i det Bateson (1975) beskrev som «protosamtalen». Samspillet tar form som «tur-taking» mellom omsorgsperson og spedbarn, hvor de deler og utveksler emosjoner gjennom blikk, lyder og gester i en samstemt synkroni (Bråten, 1996). Spedbarnets sensitivitet overfor andres uttrykk er medfødt, antakelig som en mekanisme utviklet i hjernen før fødselen fordi det starter opp så tidlig at spedbarnet ikke har hatt mulighet for å imitere eller øve opp sensitiviteten (Trevarthen, 1979). Trevarthen hevder videre at spedbarn er aktive aktører som handler for å motivere omsorgspersonen til å investere av sine egne følelser i samspillet med dem (Trevarthen, 2010).

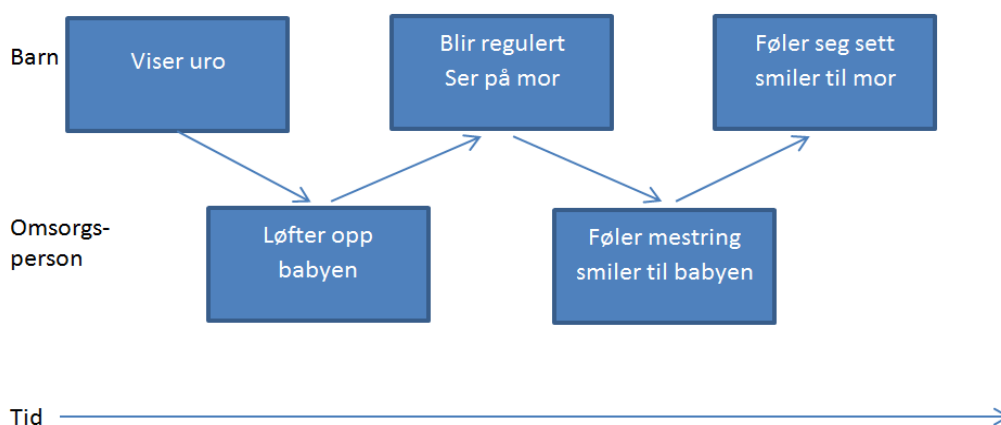
Spedbarnet formidler seg til omsorgsperson gjennom ansiktsuttrykk, lyder og bevegelser som omsorgspersonen responderer på med tilsvarende intensitet, slik at det oppstår en synkroni i samspillet hvor erfaringer deles (Gulbrandsen, 2006; Tronick & Beeghly, 2011). Spedbarnet fortsetter å være avhengig av reguleringshjelp gjennom oppveksten, selv om det utvikler nye samspillsformer og blir bedre til å regulere egne tilstander. Samspillet utvikler seg fra å opprettholde balansen mellom tilstandene til lek. Leken som foregår i et gjensidig utvekslende samspill som kontakt ansikt til ansikt når sitt høydepunkt ved 2-3 måneders alder. Lek vekker gjensidig glede, men inneholder også en stor grad av tilpasning og modulering av hva spedbarnet klarer å fordøye av sanseintrykk, blant annet gjennom naturlige pauser (Tronick, 1989).

2.1 Transaksjonsmodellen som forståelsesmodell

Ovenfor er det redegjort for flere såkalte «miniteorier» om spedbarns utvikling (Smith & Ulvund, 2004). Disse teoriene utfyller hverandre, samtidig som de reflekterer at det ikke eksisterer én utviklingsteori som forklarer hele utviklingsforløpet for barn. En rådende forståelse innenfor utviklingspsykologien er transaksjonsmodellen (Sameroff, 1975).

Transaksjonsmodellen er ikke en teori om barns utvikling, men en forståelsesmodell for hvordan en utvikling skrider frem. Modellen forklarer også hvorfor utkommet av øyensynlig like oppvekstvilkår kan gi ulikt utviklingsløp for barnet.

Transaksjonsmodellen forholder seg til at utviklingsprosesser og forandringer skjer over tid. Et spedbarn er i konstant samhandling med sine omsorgspersoner og påvirkes og tilpasser seg til omsorgspersonens variasjoner i humør og tilstander. Utviklingsprosessen drives videre gjennom erfaringer som erverves over tid, og påvirkes av stadig nye utviklingsstadier som spedbarnet vokser inn i (Sameroff, 2009). Transaksjonsmodellen ser spedbarnet i interaksjon med omsorgspersonen i konteksten de befinner seg i, og forklarer hvordan utviklingen skjer gjennom gjensidige transaksjoner med omsorgspersonen. Responsen er også avhengig av omsorgspersonens tolkning av spedbarnets reaksjon. Om spedbarnet reagerer med uro eller blir rolig får en direkte følge for hvordan omsorgspersonen vil respondere tilbake til spedbarnet. Omsorgspersonenes initiativ og responser påvirkes på denne måten av spedbarnet og konteksten de to til enhver tid befinner seg i (Sameroff, 2009; Tronick & Beeghly, 2011). Gjennom samspillet gjør spedbarnet erfaringer om seg selv og omsorgspersonen som utvides og utdypes over tid slik at utviklingen drives fremover. I et mikroperspektiv vil en transaksjon mellom spedbarnet og omsorgsperson kunne se ut som i fig 1:



Figur 1

Figur 1 illustrerer et spedbarn som viser uro. Når spedbarnet viser tegn på uro ved lyd, motorikk og ansiktsuttrykk, reagerer omsorgspersonen intuitivt ved å løfte spedbarnet opp. Spedbarnet gir en respons tilbake, avhengig av hvordan omsorgspersonens reaksjon treffer

behovet spedbarnet signaliserer. Omsorgspersonen handler ved å løfte barnet opp (motorisk regulering), og speiler spedbarnets følelse i ansiktet sitt. Ved at omsorgspersonen rommer uroen og tilbyr regulering, blir spedbarnet rolig (emosjonell regulering). Prosessen mellom spedbarnet og omsorgspersonen utvikler seg over tid. Summen av responsene er med på å påvirke spedbarnets utvikling og oppfattelse av seg selv. Når spedbarnet blir holdt, speilet og tilstrekkelig regulert, rettes oppmerksomheten mot omsorgspersonen. Omsorgspersonen ser at hennes handlinger har hjulpet barnet og smiler til spedbarnet fordi hun mestret å hjelpe spedbarnet. Spedbarnet som er både motorisk og emosjonelt regulert erfarer at omsorgspersonen forstår hans/hennes behov. Spedbarnet opplever fellesskapsfølelse og tilfredshet og smiler til omsorgspersonen (Conway et al., 2014). Utvikling skjer som et resultat av en timet tilpasning i samsillet mellom dem (Sameroff, 2000; Tronick, 1989).

Transaksjonsmodellen rommer spedbarnets medfødte sosiale kapasitet og spedbarnets enorme læreevne, slik at spedbarnet tydeliggjøres som delaktig i sin egen utvikling.

Sameroff (2000) beskriver hvordan barns utvikling kan ha større variasjoner og er mindre forutsigbare enn for eksempel lineære modeller hvor utviklingsløpet skjer i forutsigbare stadier som utelukker mye av den komplekse prosessen mellom individ og kontekst.

3 Reguleringsstøtte og utvikling av selvregulering

Spedbarnsforskningen som redegjort ovenfor viser at spedbarnet har en medfødt kompetanse til å være relasjonelle. Likevel er spedbarnet totalt avhengig av reguleringsstøtte for tilstander og inntrykk for å kunne vise sine sosiale ferdigheter. Når omsorgspersonen tar utgangspunkt i barnets oppmerksomhetssignaler og følelsesuttrykk, bidrar hun til å regulere spedbarnet til utholdenhet og positive følelser. Stern (2000) brukte begrepet «den selvregulerende annen» om denne form for mikroregulering. Mikroreguleringens funksjon er å opprettholde en balanse av emosjonell tilgjengelighet (Tronick, 1989). Relasjonen mellom spedbarnet og omsorgspersonen er en symmetrisk relasjon, men med et asymmetrisk ansvar. Spedbarnets evne til å regulere og kontrollere sine tilstander er således et resultat av hvor god omsorgen er. Stern mener disse reguleringsprosessene danner grunnlag for utviklingen av det subjektive selv og har betydning for at spedbarnet skal få bedre selv-reguleringskapasitet på lang sikt. Dette kapitlet vil redegjøre for sosial tilbaketrekning som normal regulerende atferd, og når vedvarende sosial tilbaketrekning blir et alarmsignal fra spedbarnet.

3.1 Sosial tilbaketrekning som normal regulerende atferd

Spedbarnets samhandlingserfaringer med omsorgspersonen danner grunnlag for å selv kommunisere følelser og affekter i intensitet, rytme og varighet. Hvis stimuleringen blir for sterk, trekker spedbarnet seg tilbake (Smith & Ulvund, 1999). Spedbarn bruker tilbaketrekning fra sosial kontakt til å balansere og regulere sanseinntrykk. Å snu seg vekk bidrar til å regulere spedbarnets affekt og virker stressdempende ved at både hjerterate og respirasjonshyppighet reduseres til et mer normalt nivå. Dette er en medfødt reguleringsferdighet hos de fleste spedbarn, som viser seg tydelig i spedbarnets første måneder etter fødselen (Tronick, 1989). Når spedbarnet blir respektert for sine signaler, også de små pausene det tar i samspillet, vil spedbarnet erverve evnen til å regulere egne tilstander og emosjoner. I samspillet, der tilstandsreguleringen blir en del av gjensidigheten og synkronien i det sosiale samspillet, opprettholdes en våken og tilgjengelig tilstand hos spedbarnet (Beeghly & Tronick, 2011). I alle samspill vil det være perioder med ubalanse eller dissynkroni, der omsorgspersonen ikke i tilstrekkelig grad justerer seg etter spedbarnets responser, men fortsetter stimulering slik at det oppstår brudd i samspillet synkroni. Spedbarn kan reagere på dissynkroni med sosial tilbaketrekning. Det er vesentlig for utviklingen at samspillet blir synkront igjen. Nå omsorgspersonen tar initiativ til å gjenopprette synkroni i samspillet, opplever spedbarnet å bli forstått og tatt vare på. Denne

prosessen utgjør fundamentet for utvikling av spedbarnets mentale representasjoner av den verden det lever i (Cohn, Cohn, & Tronick, 1989). Når spedbarnets erfaringer veksler mellom tilfredshet og mild frustrasjon, vil erfaringene integreres i nervesystemet. Forskning på spedbarnets hjerne viser at denne vekselvirkningen er viktig for dannelsen av synaptiske forbindelser i hjernen ved utvikling av det nevralt kretsløp (Schore, 1994). Prosessen har også betydning for utvikling av tilknytningsmønstre til omsorgspersonen (Hart & Gröhn, 2011).

3.2 Sosial tilbaketrekning som alarmsignal

Sosial tilbaketrekning er en normal reguleringsmekanisme, mens vedvarende sosial tilbaketrekning er et alarmsignal og utgjør en risiko for sped- og småbarns utvikling. Vedvarende sosial tilbaketrekning hos spedbarn viser seg gjennom aktiv blikkunngåelse, passivitet i kropp og ansiktsuttrykk. Ofte produserer spedbarnet minimalt med lyd eller er helt uten lydproduksjon, også i smertefulle situasjoner. Flere tilbaketrukne spedbarn kan aktivt vri seg bort fra fysisk nærhet, gråte og lage ubehagslyder. Det er også observert at tilbaketrukne spedbarn spiser dårlig og sovner/døser lett (Guedeney, 2007). Spedbarnets vedvarende tilbaketrekning blir sett på som en indikator på ubalansert emosjonell regulering som forårsakes av faktorer hos barnet, omsorgsperson eller i relasjonen mellom spedbarn og omsorgsperson (Guedeney, 1997). Gjentatt sen eller manglende inntoning fra omsorgspersonen fører til at respons som blir for intens påvirker spedbarnet til å snu seg bort eller avkoples fra den sosiale kontakten (Hart & Schwartz, 2009). I situasjoner hvor spedbarnet ikke har «flukt-mulighet» fordi omsorgsperson er for invaderende og gjennomgående overser spedbarnets signaler om reguleringspauser, vil spedbarnet feiltilpasse seg i en tvangsmessig respons. Tvangsmessige responser hos spedbarn er eksempelvis å stivne i posisjon og blick (frozen baby), ekstra årvåkenhet for omsorgsperson med stirrende blick, mens det aktivt viser motvilje for å inngå i samspill (Crittenden, 1992). Når disse reaksjonene danner spedbarnets reaksjonsmønstre i interaksjon med omsorgspersonen, bruker ikke spedbarnet sine medfødte sosiale egenskaper til å inngå i sosial kontakt, men til å avverge sosial kontakt (Guedeney, 2007). Etter kort tid vil spedbarnets sosiale kapasitet reduseres til en vedvarende sosial tilbaketrekning. Denne typen atferd utgjør et alvorlig symptom på vansker i relasjonen.

Den amerikanske psykiateren René Spitz (1946) beskrev første gang tilbaketrekningssreaksjoner hos spedbarn. Han fant at barn som ble skilt fra sine mødre viste

symptomer tilsvarende deprimerte voksne og introduserte begrepet «anaclitic depression». Bowlby (1982) gjorde også observasjoner av barn som ble adskilt fra nærmeste tilknytningsperson. Han beskrev reaksjoner hvor barna først reagerte med sjokk, deretter protest etterfulgt av fortvilelse før barna viste sosial tilbaketrekning.

Vedvarende sosial tilbaketrekning kan også sees hos spedbarn med enkelte patologiske tilstander som utviklingsforstyrrelsen autisme eller spedbarnsdepresjon. Vedvarende sosial tilbaketrekning er også observert hos spedbarn med kronisk smerte, prematur fødsel eller alvorlige reguleringsforstyrrelser (Guedeney, 1997). Også ved problematiske mor-barn-relasjoner, risikodyader, kan noen spedbarn utvikle vedvarende sosial tilbaketrekning. Vedvarende sosial tilbaketrekning er ikke en irreversibel diagnose, men et uttrykk for vansker eller tilstandsbilder hos barnet, eller som reaksjon på vansker i relasjonen til omsorgspersonen (Guedeney, 1997; Guedeney, Marchand-Martin, Cote, Larroque, & Group, 2012). Vedvarende sosial tilbaketrekning er svært alvorlig for spedbarnets videre psykologiske utvikling. Spedbarnet vil ikke i tilstrekkelig grad erverve seg den sosiale kompetanse som det koordinerte samspillet tilfører utviklingen (Brandtzæg et al., 2011). En utvikling som dette vil medføre at spedbarn lever i en økt risiko for at modningen i hjernens nevralt kretsløp hemmes (Hart & Gröhn, 2011).

4 Risikofaktorer og beskyttende faktorer

I dette kapittelet redegjøres det for risikofaktorer, og for hvordan disse virker inn på spedbarns utvikling. Risikofaktorer har tendens til å opphopes, slik at de som har mange risikofaktorer ofte er de samme som har få beskyttelsesfaktorer. Likeledes vil de som har mange beskyttelsesfaktorer ha et større fravær av risikofaktorer. Flere studier peker i retning av at det er summen av risikofaktorer som med størst sannsynlighet påvirker barns utvikling. Selv om summen av risiko ikke predikerer et sikkert utfall av utviklingsvansker, vil det likevel predikere økt sannsynlighet for å utvikle vansker knyttet til psykisk helse (Kvello, 2014; Sameroff & Rosenblum, 2006). Videre i kapittelet redegjøres det for hva som kjennetegner beskyttende faktorer for spedbarns utvikling. Deretter beskrives hvordan rusmiddelmisbruk og psykiske vansker hos omsorgspersonen utgjør fare for spedbarns utvikling. Kapittelet avsluttes med en gjennomgang av studier av spedbarn i risiko og sosial tilbaketrekning.

4.1 Risikofaktorer

Begrepet risikofaktor brukes om forhold som øker faren for å utvikle vansker (Kvello, 2014; M. Rutter, 2007). Begrepet «risiko» er hentet fra medisinske fagmiljø og brukes for å predikere sårbarheter som påvirker individet negativt (Brandt & Grenvik, 2010).

Risikofaktorer inndeles ofte i forhold ved barnet, ved omsorgspersonen eller omgivelsene. Sammenhengen mellom risikofaktorene er ikke lineær, men kumulativ, hvor risikoen for å utvikle vansker øker med antall risikofaktorer (Sameroff & MacKenzie, 2003).

Biomedisinske risikofaktorer hos spedbarn defineres som indre risikofaktorer. Sammen med individuelle forhold som temperament og intelligens, kan biomedisinske risikofaktorer påvirke barns utvikling (Brandt & Grenvik, 2010). Biomedisinsk risiko som tidlig fødsel og eksponering for rusmidler i svangerskapet er eksempler på risiko som forbindes med sårbarheter hos spedbarnet. Biomedisinsk risiko fører ikke nødvendigvis til utviklingsforsinkelser eller vansker, men tilfører barnet en sårbarhet som utgjør en økt risiko for at vansker kan oppstå (Guedeney, 1997; Smith & Ulvund, 1999). Tilstedeværende beskyttelsesfaktorer viker hvis belastningen blir for stor. Sagt på en annen måte vil risikoen for å utvikle vansker øke når spedbarnets behov for beskyttelse er større enn beskyttelsesfaktorenes gjennomslagskraft (Sameroff & MacKenzie, 2003).

Sosioøkonomiske forhold som lav bostandard og belastende nærmiljø utgjør risikofylte stressfaktorer i miljøet. Utfordringer i barnets nære familie utgjør også risiko som kan påvirke

barnets utvikling, eksempelvis psykisk sykdom eller rusmiddelmisbruk hos foreldre eller søsken men også emosjonelt, fysisk eller seksuelt misbruk (Brandt & Grenvik, 2010; Kvello, 2014).

Spedbarnets medfødte utrustning gjennom temperament og robusthet har innvirkning på hvordan spedbarnet reagerer på stress og belastninger. Noen spedbarn er lettere stressbare enn andre, slik at belastninger utløser større behov for reguleringshjelp. Som nevnt er spedbarnet avhengig av reguleringshjelp fra omsorgspersonen, og risikofaktorer knyttet til omsorgspersonen får direkte følger for spedbarnet gjennom omsorgsutøvelse (Pajulo et al., 2012; M. Rutter & Sroufe, 2000). Psykologiske og sosiale vansker hos omsorgspersonen virker direkte inn i interaksjonen mellom omsorgsperson og spedbarnet i en forsterkende transaksjonell prosess. Et sårbart spedbarn med omsorgspersoner som også har problemer lever i en dobbel risiko for å utvikle vansker, og de blir således vanskelige samspillpartnere for hverandre.

4.2 Beskyttende faktorer

Beskyttende faktorer, eller resiliens, beskrives som en vellykket tilpasning til og mestring av stressfulle erfaringer. Det finnes flere definisjoner av resiliens, men majoriteten av forskere på feltet beskriver beskyttelsesfaktorer som de faktorene som bidrar til positive utfall til tross for tilstedeværelsen av betydelige risikofaktorer (Bekkehus, Rutter, Barker, & Borge, 2011; Kvello, 2014; Rutter, 1999; 2007).

I forskningen om beskyttende faktorer for barn i belastende og risikofylte forhold benyttes også inndelingen i egenskaper ved barnet, omsorgspersonen og faktorer i omgivelsene. Egenskaper hos spedbarnet, som robusthet, positivt temperament, intelligens, fleksibilitet og godt oppvekstmiljø er blant beskyttelsesfaktorer som har størst betydning (Sameroff & Rosenblum, 2006). Foreldres omsorgskvalitet og sosiale ferdigheter er de mest sentrale beskyttelsesfaktorer for spedbarnet, og er de beskyttende faktorer som har langvarig innvirkning for at også andre beskyttende faktorer virker inn (Smith & Ulvund, 1999). Videre vil trygt oppvekstmiljø og gode sosioøkonomiske forhold også få innvirkning på omsorgssituasjonen for barn, blant annet i form av stabilitet og trivsel for spedbarn og omsorgsperson (Kvello, 2014). Graden av slike beskyttelsesfaktorer har betydning for om

biomedisinske eller andre risikofaktorer vil påvirke spedbarnets utvikling i negativ eller positiv retning.

Det regnes også som en beskyttende faktor når en livshendelse oppleves som begripelig, håndterbar og meningsfull ved at iboende ressurser tas i bruk (Antonovsky, 1996). Hvis et spedbarn med en lite responderende omsorgsperson erfarer at det er nytteløst å signalisere behov for omsorg, vil spedbarnet fort trekke seg tilbake fra sosial kontakt og kommunikasjon. Hvis spedbarnet derimot erfarer at situasjonen er påvirkelig, og har tidligere erfaringer med å få dekket sine behov fra omsorgspersonen, fortsetter spedbarnet å kommunisere for å oppnå kontakt med omsorgspersonen (Cederblad, Dahlin, Hagnell, & Hansson, 1994; Langeland, 2009). Dette skjer når spedbarnet gjentar sine signaler til en omsorgsperson som ikke er fullt ut tilgjengelig, men som responderer når spedbarnet gjentar signalene sine på en sterkere og mer tydelig måte, eller når omsorgspersonen oppdager bruddet i relasjonen og aktivt gjør noe for å komme barnet i møte.

4.3 Rusmiddelmisbruk og psykiske vansker i graviditet som risikofaktorer

Barnevernets barn har flere risikofaktorer enn andre barn. Studier viser at barnevernsbarn i ulike aldre har flere sammensatte vansker med høyere andel av psykiske problemer og skolevansker sammenlignet med barn som ikke har kontakt med barnevernet (Skilbred, Iversen, & Jacobsen, 2013).

Denne oppgaven fokuserer på risikofaktorene rusmiddelmisbruk og psykiske vansker hos omsorgspersonen, og konsekvensene for spedbarn. Tall fra SSB viser at rusmiddelmisbruk og psykiske vansker er blant de vanligste årsakene til at spedbarn kommer i kontakt med barnevernstjenesten¹. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for den betydelige risikoen rusmiddelmisbruk og psykiske vansker utgjør for spedbarn og deretter beskrive hvordan omsorgspersonen preges av disse problemene.

¹ Tall fra SSB fra 2013 viser at av 7171 bekymringsmeldinger til barnevernet om barn i alderen 0-2 år på landsbasis var 1165 av meldingene begrunnet i foreldrenes psykiske vansker og 1324 begrunnet i rusmisbruk i hjemmet. Manglende foreldreferdigheter var begrunnelse for 1636 av meldingene og mistanke om vold i hjemmet for 1057 av meldingene.

4.3.1 Risikofaktorer ved barnet

Et sårbart barn har større omsorgsbehov enn et robust barn og krever mer av sine omsorgspersoner. Fostre som eksponeres for rusmiddelmissbruk i svangerskapet vil med stor sannsynlighet ha medfødte sårbarheter. I verste fall vil en ruseksponering i fosterlivet gi behandlingstrengende Neonatalt abstinenssyndrom (NAS), som kan medføre en varig nevrologisk sårbarhet. Flere ruseksponerte spedbarn fødes for tidlig, med lav fødselsvekt og mindre hodeomkrets enn barn som ikke er eksponert for rusmidler (Moe & Slinning, 2002). Videre vil spedbarnet ha vansker med å regulere tilstander mellom våkenhet, søvn og uro, og ha en dårlig selvreguleringskapasitet (Pajulo et al., 2011). Ruseksponeringen gir ulike funksjonsforstyrrelser avhengig av omfang og i hvilken periode av fosterlivet eksponeringen skjedde. NAS gir sentralnervøse forstyrrelser med høyfrekvente skrik, søvnforstyrrelser, sitringer, økt muskeltonus og lyd- og lysskyhet hos spedbarnet (Moe & Slinning, 2002). Spedbarnet vil som følge av tilstanden streve spesielt med tilstandsreguleringene og ha behov for tilrettelagt omsorg. NAS kan forårsake både metabolske-, vasomotoriske- og respiratoriske forstyrrelser som gir svetting, marmorert hud, nesetetthet, økt nysing og hurtig respirasjonsfrekvens. Flere av barna får i tillegg gastrointestinale forstyrrelser og har økt sugebehov, men dårlig evne til å ta til seg næring på grunn av økt gulping og løs og hyppig avføring. Tilstanden til barn med NAS er alvorlig, og flere har behov for langvarig behandling med kontrollerte doser av morfin som trappes sakte ned (Sarfi, Smith, Waal, & Sundet, 2011). Det er vanskelig å vite nøyaktig hvor mye rusmidler som fører til at barnet blir født med NAS. Studier av spedbarn eksponert for medikamentene metadon eller buprenorfin i svangerskapet, som ofte gir NAS hos det nyfødte spedbarn, viser at det ikke er noen sammenheng mellom dosering av medikamentet og forekomst av behandlingstrengende abstinensproblematikk (Bakstad, Sarfi, Welle-Strand, & Ravndal, 2009). Mødre som ruser seg illegalt har som regel ikke den oversikt over dosering og type rusmidler som man får ved kontrollert substituttbehandling med metadon og buprenorfin. Et illegalt rusmiddelmissbruk fører i tillegg med seg en ustabil og helseskadelig livsførsel, hvor kvinnen i mindre grad følger opp svangerskapskontroller (Sarfi, 2012).

Rusmiddelmissbruk utgjør en dobbel risiko for spedbarnet. I tillegg til risiko for medfødte sårbarheter, utgjør omsorgsbetingelsen også en risiko. En rusmiddelmissbrukende omsorgsperson framstår som uforutsigbar i sin tilstand og mentale tilgjengelighet. Ruseksponerte spedbarn som kan ha medfødte nevrologiske sårbarheter vil være ekstra sårbare for variasjonene som et oppvekstmiljø med rusmiddelmissbruk medfører.

Kvinner som har født har en forhøyet risiko for depresjon etter fødsel. Man regner at ca 10-15 % av fødende kvinner utvikler en fødselsdepresjon. Om lag 1/3-del av tilfellene starter i svangerskapet. En depresjonsepisode er relatert til fødsel hvis den begynner mindre enn fire uker etter fødsel og fram til seks måneder etter fødsel. Fødselsdepresjon arter seg med typiske depresjonssymptomer som vansker med å glede seg over ting, nedtrykthet, gråt, søvnløshet, spiseforstyrrelser, tiltaksløshet og i alvorlige tilfeller også selvmordstanker og psykose (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Mødres psykiske vansker pre- og postnatalt utgjør både en biomedisinsk og en miljømessig risiko for spedbarnets utvikling. Det er gjennomført studier som har funnet at barn av deprimerte mødre har stor risiko for selv å utvikle psykiske vansker (Betts, Williams, Najman, & Alati, 2015; Glasheen et al., 2013; Luoma et al., 2001).

Spedbarn som er eksponert for mødres depresjon i svangerskapet blir utsatt for stresshormoner. Eksponering av stresshormoner kan blant annet føre til nevrologisk sårbarhet, som svekker spedbarnets reguleringsevne (Abrams, Field, Scafidi, & Prodromidis, 1995).

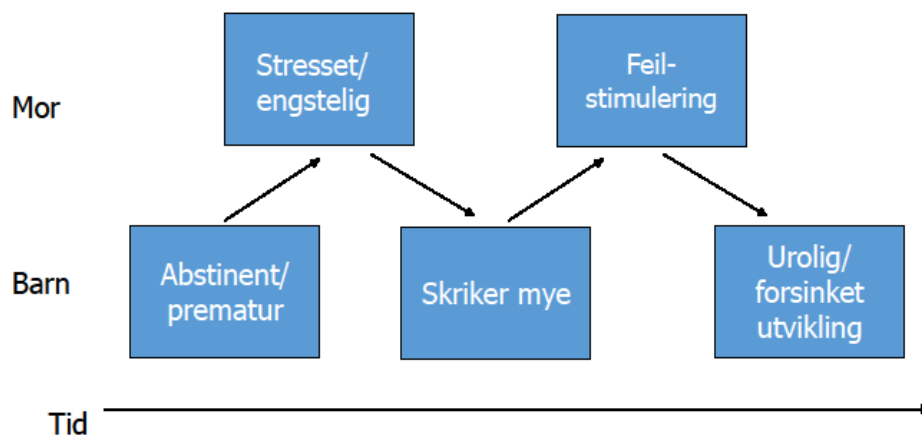
Kvinner som er engstelige og stresset i svangerskapet vil mest sannsynlig også være det etter fødsel, slik at omsorgsutøvelsen blir preget av det. Det er derfor vanskelig å skille de transaksjonelle effektene av stress i svangerskapet på barnet fra effekten av samspillsvansker (Tetzchner, 2001). Heron, O'Connor, Evans, Golding, og Glover (2004) gjennomførte en studie som viste at nær halvpartene av kvinner som rapporterte om emosjonelle vansker etter fødsel også hadde hatt disse vanskene i svangerskapet. I en forskningsgjennomgang har Ryan, Milis, og Misri (2005) redegjort for risikofaktorer hos kvinner med emosjonelle vansker pre- og postnatalt. Risikofaktorer av biologisk art omhandlet tidligere psykiske vansker. Psykososiale faktorer var blant annet lite sosial støtte, vanskelig egen oppvekst, lav utdanning og rusmisbruk.

En studie av Field, Healy, Goldstein, og Guthertz (1990) viste at spedbarn av deprimerte mødre tar opp den samme depressive samspillsstilen som omsorgsgiver, slik at spedbarnet ikke endrer samspillsstilen i kommunikasjon med personer som ikke er deprimerte. Videre viste spedbarna lavere aktivitetsnivå, mindre fornøyde uttrykk og større grad av uro. Flere spedbarn viste også tegn til utviklingsforstyrrelser og presterte dårligere på utviklingsvurderinger enn barn uten deprimerte mødre (Guedeney, Pingault, Thorr, & Larroque, 2014). Depresjon i svangerskapet assosieres med flere vansker i barnets utvikling og kan videre føre til sårbarhet for utvikle psykiske vansker senere i livet (Betts et al., 2015; Evans et al., 2012; Luoma et al., 2001). Luoma et al. (2001) gjennomførte en longitudinell

studie i Finland og fant at mors prenatal depresjon predikerte sosiale vansker hos barn i 8-9-årsalderen, noe de tolket til å ha en sammenheng med eksponeringen av stresshormoner i svangerskapet. Betts et al. (2015) sin longitudinelle studie, som fulgte barna som var eksponert for mødrenes depressive symptomer, engstelse og stress i svangerskapet fram til de var 21 år. De fant høyere effekt av emosjonelle vansker og atferdsproblemer hos de barna som hadde blitt eksponert for høy grad av mødrenes vansker sammenlignet med de som hadde blitt eksponert for lav grad av vansker. De fant også en sammenheng med økte rapporterte vansker hos barna assosiert med mødrenes emosjonelle vansker ved tilstedeværelse av soiodemografiske risikofaktorer, som lavere utdanning og samlivsproblematikk.

Spedbarn med spesielle behov kan være utfordrende og vanskelige å forholde seg til for omsorgspersonen, særlig om de har oppstått som følge av omsorgspersonens egen livsførsel, som er tilfelle ved eksempelvis rusmiddelmisbruk (Pajulo et al., 2012). Dette øker også risikoen for at omsorgspersonen finner omsorgsoppgaven vanskelig. Illustrert ved hjelp av transaksjonsmodellen kan dette utvikle seg som i figur 2.

Figur 2



Figur 2 viser et spedbarn som har biomedisinsk risiko (premature eller født med abstinens) og har spesielle omsorgsbehov. Omsorgspersonen framstår som engstelig og stresset overfor sitt sårbare spedbarn. Spedbarnet gråter mer som følge av sin sårbarhet, og har behov for større grad av reguleringshjelp enn andre barn. Dette kan være vanskelig å håndtere, spesielt for en omsorgsperson som har flere egne belastninger. Omsorgspersonen forsøker å få barnet til å

slutte å gråte, men siden spedbarnet med sine reguleringsvansker er vanskelig å roe, blir mor stresset av barnets gråt. Det er også vanskeligere å tone seg inn mot spedbarnets tilstand og medfører at mor feilstimulerer barnet, slik at situasjonen for barnet forverres.

Symptomet vedvarende sosial tilbaketrekning er et alarmsignal som ikke peker på en enkeltstående årsak. Årsaken til sosial tilbaketrekning kan være så vel organisk hos barnet som mangler i omsorgsutøvelsen og reaksjon på uttrykte vansker hos omsorgspersonen. Det er nødvendig at tilstanden identifiseres slik at spedbarnet kan få adekvat hjelp til rett tid. Over tid kan vedvarende sosial tilbaketrekning hos spedbarnet resultere i kognitive og emosjonelle mangler (Heim & Nemeroff, 2001).

4.3.2 Risikofaktorer ved omsorgspersonen

Rusmiddelmissbruk og psykiske vansker påvirker ulike funksjonsområder hos omsorgspersonen, og følges ofte av flere andre risikofaktorer. Det er dokumentert større forekomst av omsorgssvikt der omsorgspersonen har rus- eller psykiske problemer enn hos omsorgspersoner med andre vansker (Ammerman, Kolko, Kirisci, Blackson, & Dawes, 1999; Kvello, 2010). Rusmiddelmissbrukere har en opphopning av psykiske problemer og psykososiale vansker. De har ofte falt ut av arbeidslivet, har lite nettverk og lever i ustabile parforhold (Hans, Bernstein, & Henson, 1999). I tillegg til dette stigmatiseres rusmiddelmissbrukeren i samfunnet. Kjøp, salg og bruk av illegale rusmidler er i Norge forbudt ved lov, og den rusavhengige som bruker illegale rusmidler befinner seg i et asosialt miljø, ofte med egne normer og væremåter. Graden av rusmiddelmissbrukets innvirkning på daglige funksjoner har betydning for rusmiddelmissbrukerens fungering. Endring av følelser og tilstander er for de fleste rusmiddelmissbrukere målet for bruk av rusmidler, og konsekvensen blir manglende erfaring med å kjenne på følelser og utvikle reguleringsferdigheter (Pajulo et al., 2012; Pedersen, 2015). Rusmiddelmissbruk gir også en alvorlig helse- og tilbakefallsrisiko i flere år etter at rusmiddelmissbruket er avsluttet. Ravndalen, Lauritzen, og Gossop (2015) gjennomførte en prospektiv longitudinell studie med 481 norske rusmiddelmissbrukere. Alle mottok behandling for sitt rusmiddelmissbruk poliklinisk, og ble fulgt opp i 10 år etter mottatt behandling. Studien viste 12 ganger høyere dødelighet for menn og 6 ganger høyere dødelighet for kvinner enn i befolkningen for øvrig. Nærmere sytti prosent av dødsfallene skyldtes overdoser i utvalget totalt, men for kvinner skyltes hele nitti prosent av dødsfallene overdose.

Selv om rusmiddelmisbruket opphører, har flere studier vist at omsorgspersonens omsorgsutøvelse utgjør en risiko for spedbarnet. Pajulo et al. (2011) fulgte 34 mor-barn-dyader rekruttert fra behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmisbruk. Resultatene fra den finske studien viste at mødrene rapporterte om psykiske vansker i svangerskap og etter fødsel. Samspillsvurderinger viste at 85 % av kvinnene strevde i samspillet med sine barn på et bekymringsfullt nivå som krevde intervensjon. Vanskene gav spesielt utslag i mødrenes sensitivitet overfor spedbarnet, hvor mødrene gav for lite og mangelfull respons til barnet. Vanskene i omsorgsutøvelsen var assosiert med høy belastning av psykiske problemer. Ved 2 års alder hadde 38 % av barna i studien behov for tiltak fra barnevernet i form av varig eller midlertidig plassering begrunnet i for dårlig omsorg eller tilbakefall til rusmiddelmisbruk hos mødrene.

Psykiske vansker virker inn på emosjonell fungering hos omsorgspersonen, og går ut over evnen til oppmerksomhet, innlevelse og følelsesmessig tilgjengelighet. Med depresjon følger ofte et avflatet, trist og passivt uttrykk. Den deprimerte mister tro på egne ferdigheter, og aktiviteter man tidligere klarte virker uoverkommelige og belastende. Psykiske lidelser griper inn i omsorgspersonens daglige fungering, og vil i så måte virke inn på omsorgsutøvelsen og evnen til å opptre inntonet overfor barnet (Abrams et al., 1995; Kvello, 2014). Svekket mentaliseringsevne reduserer evnen til å leve seg inn i og tolke spedbarnets følelsesmessige tilstander, slik at omsorgsutøvelsen kan bli preget av feiltolkninger og insensitivitet. Resultatene av dette er forsinkede eller feilaktige responser til spedbarnet (Brandt & Grenvik, 2010) Det er spesielt tre faktorer som har betydning for mentaliseringsevnen; Intelligens, psykiske lidelser og tilknytningsstil. En reflekterende omsorgsperson er i stand til å se barnets atferd som uttrykk for mental tilstand, slik at hun kan hjelpe barnet med tilstanden for å regulere atferden. Videre vil en reflekterende omsorgsperson se at egne følelsesmessige tilstander kan påvirke interaksjonen med spedbarnet (Pajulo et al., 2012).

4.4 Observasjon og måling av vedvarende sosial tilbaketrekning i risikogrupper

Flere studier redegjør for omfanget og alvoret av sosial tilbaketrekning hos spedbarn i ulike former for risiko. Det er kun gjennomført én norsk studie om sosial tilbaketrekning hos spedbarn hvor man vurderte tilstanden hos spedbarn med biomedisinsk risiko (Braarud &

Richter, 2014). I den longitudinelle studien fant Braarud et al. (2013) signifikant mer sosial tilbaketrekningsatferd hos moderat premature spedbarn ved 3 og 6 måneders alder, sammenlignet med spedbarn født til termin. I en israelsk studie som vurderte tilbaketrekningsatferd hos spedbarn med reguleringsvansker knyttet til søvn, ernæring og uro fant Dollberg, Feldman, Keren og Guedeney (2006) at 39 % av spedbarna uttrykte sosial tilbaketrekning, mens 11.65 % i kontrollgruppen viste tilsvarende tilbaketrekningsreaksjon. Resultatene viste også at sosial tilbaketrekning hos spedbarn var assosiert med mindre sensitivitet, mer invadering og større grad av kontrollerende samspillatferd fra mødrenes side. Spedbarnets sosiale tilbaketrekning medførte en mer påtrengende foreldreatferd fra mødrene, som barnet igjen reagerte på ved ytterligere tilbaketrekning.

Det kan synes som at forekomsten av sosial tilbaketrekning og alvorlighetsgraden i sosial tilbaketrekning øker når omsorgsmiljøet er karakterisert med flere psykologiske belastninger. Burtchen et al. (2013) fant en forekomst av vedvarende sosial tilbaketrekning på 39.4 % ved 6 måneder hos spedbarn i et immigrasjonsutvalg av mødre med en depressiv lidelse og lav sosioøkonomisk status i en amerikansk studie. Over 18 % av mødrene i utvalget hadde en klinisk depresjon 6 måneder etter fødsel, og spedbarna hadde vært eksponert for mødrenes depresjon gjennomsnittlig 4 måneder i svangerskapet og i 6 måneder etter fødsel. Av spedbarna til de klinisk deprimerte mødrene viste 75.8 % alvorlig sosial tilbaketrekning. Hele 31 % av spedbarn av mødre uten en klinisk depresjon uttrykte sosial tilbaketrekning, noe som kan tyde på at andre belastninger hos mødrene som følge av immigrantstatus og lav sosioøkonomiske status påvirker mødrenes omsorgsevne og spedbarnets omsorgsmiljø.

En australsk studie av Matthey, Guedeney, Starakis, og Barnett (2005) fant en forekomst på 34.1 % av vedvarende sosial tilbaketrekning hos spedbarn i alderen 3 – 12 måneder med moderate vansker. Mødrene rapporterte om ustabilitet i følelsesmessig tilstand etter fødsel. Barna til disse mødrene viste signifikant høyere ADBB-skåre enn dem som hadde mødre som ikke rapporterte om ustabilitet i følelsesmessig tilstand etter fødsel.

Sosial deprivasjon som følge av institusjonalisert omsorg er også en risikofaktor for spedbarns sosiale utvikling. I en annen israelsk studie undersøkte Dollberg og Keren (2013) sped- og småbarn adoptert fra institusjon en måned etter adopsjon. I denne studien viste 22.5 % av spedbarna alvorlig sosial tilbaketrekning. Når det samme utvalget ble observert igjen 6

måneder etter adopsjon, fant man ingen tegn på sosial tilbaketrekning hos de undersøkte barna.

I en sørafrikansk studie av Molteno, Jacobson, Carter, Dodge, og Jacobson (2014) ble spedbarn med biomedisinsk risiko som følge av alkoholeksponering i svangerskapet vurdert for vedvarende sosial tilbaketrekning opp mot en kontrollgruppe med tilsvarende sosioøkonomiske belastninger uten alkoholeksponering i svangerskapet. De fant at 1/3 del (33.3 %) av spedbarn eksponert for alkohol viste vedvarende sosial tilbaketrekning og 18.6 % i kontrollgruppen. De fant også at barn som senere ble diagnostisert med føtalt alkoholsyndrom ved 5 års alder hadde vist høy grad av vedvarende sosial tilbaketrekning i spedbarnsalderen.

Studiegjennomgangen viser at det er flere spedbarn fra ulike typer av risikogrupper som viser vedvarende sosial tilbaketrekning. Studiene viser at både biomedisinsk sårbarhet hos spedbarnet og ulike type belastninger hos omsorgspersonen kan føre til sosial tilbaketrekning hos spedbarn.

5 Metode

En vitenskapelig metode er et sett av ulike prosedyrer som brukes i en forskningskontekst for å belyse et vitenskapelig problem og for nærme seg et svar på et forskningsspørsmål (Grønmo, 2004; Ringdal, 2013). Målsetningen med forskning er å kunne gi et allmenngyldig svar eller konklusjon som kan ha betydning i samfunnet eller for et gitt fenomen.

Vitenskapelige metode skal gi en systematisk og planmessig framgangsmåte for å nå denne målsetning. Hvilken metode forskningen bruker kan være avgjørende for om forskningen kan gi et allmenngyldig svar (Bjørndal & Hofoss, 2004).

Vitenskapelige teorier er forklaringsmodeller om hvordan verden er innrettet og fungerer. Vitenskapelige teorier ligger som regel til grunn for den metodiske prosedyren for hvordan vitenskapelige problem eller spørsmål skal løses (Grønmo, 2004). Hvilken metode som velges påvirkes av fagtradisjon og forskerens kunnskapssyn, men er også valgt ut fra hva studien skal svare på (Ringdal, 2013).

Nedenfor redegjøres det for vitenskapsteori og vitenskapsparadigmer før masterstudien plasseres i en vitenskapelig ramme. Videre redegjøres det for metoden brukt i masterstudien, med en mer detaljert beskrivelse av utvalg, måleinstrumenter, gjennomføring av studien og valg av statistiske analyser. Kapittelet avsluttes med en redegjørelse for reliabilitet og validitet og avsluttes med forskningsetiske betraktninger.

5.1 Vitenskapsteori og vitenskapsparadigmer

Vitenskap er avhengig av fakta som kan belyse et forskningsspørsmål. Vitenskapsteori bidrar til å sette empiriske data inn i en sammenheng som kan gi en forståelig mening som svar på et forskningsspørsmål. Ut fra forskningsspørsmålet setter forskeren opp en eller flere hypoteser. Hypotese er en antakelse som skal testes, og sier ofte mer enn det er dekning for. Ringdal (2013) definerer hypotese som: «En påstand som direkte eller indirekte gjelder saksforhold i virkeligheten» (Ringdal, 2013, s. 35). Med hypotesen som utgangspunkt undersøker forskeren om empiri bekrefter eller avkrefter hypotesen.

I vitenskapen er det vanlig å sammenligne egne funn med hva andre forskere har funnet, slik at forskjeller og likheter kan analyseres og diskuteres. Slike prosesser utdyper tidligere studier

av et fenomen, tilfører ny kunnskap og kan føre til at teorier revideres. Ofte vil nye teorier være utfyllende i forhold til tidligere teorier framfor motsetningsfulle (Tetzchner, 2001).

Kritisk holdning og tenkning står sentralt i vitenskapsteorien. Fra det 15.-16. århundret har vitenskapsmenn som Galilei, Bacon og Descartes vært talsmenn for den kritiske tolkningen av vitenskap (Gilje & Grimen, 1995; Grenness & Madsen, 2012). Aktuelle problemstillinger var for eksempel; Hva er vitenskap, og hvilke krav gjelder for vitenskapelige eksperimenter og observasjoner?

Det er i vitenskapsteorien tre overordnede krav til forskning. Det første kravet er at forskningen må være replikerbar slik at andre forskere kan gjenta forskningen med samme forskningsdesign på et senere tidspunkt og få tilsvarende resultater. Videre må forskning være intersubjektivt tilgjengelig; det vil si at resultatet blir det samme om andre forskere ser gjennom «mine briller». Forskningen skal ikke være personavhengig for å kunne gjennomføres. Det tredje kravet er at forskningen må være objektiv. For at forskning kan være objektiv, må den vise til klare mål og ha tydelige måleenheter (Gilje & Grimen, 1995). For å innfri disse kravene, må forskningen ha en holdbar metode som kan redegjøres for. De ulike metodene har knyttet til seg sin vitenskapsteori som opererer som forklaringsmodell. Vitenskapsteorier endres og avløser hverandre som følge av ny kunnskap og nye måter å forstå sammenhenger på. Forskning som fører til ny kunnskap og forståelse kan velte hele tankesett og erstatte disse med nye teorier i paradigmeskifter. Et paradigmeskifte inntreffer når en rådende vitenskapelig forståelse opphører med ny kunnskap som gir ny forståelse av en problemstilling/fenomen (Gilje & Grimen, 1995).

Det har gjennom historien eksistert flere vitenskapsparadigmer og retninger. Den moderne vitenskapsfilosofi ble innledet med den logiske positivismen i 1920-årene. Den logiske positivismen bidro til en filosofisk og kulturell dreining i retning av en mer jordnær og empirisk oppfatning enn tidligere vitenskapsteoretiske retninger, og blir flere steder i litteraturen omtalt som empirismen. Den logiske positivismen mente vitenskap bare kunne baseres på observasjoner fra virkeligheten. Observasjonene ble verifisert gjennom empiriske undersøkelser. Videre fokuserte de på forskningsspørsmålet og hvorvidt det var meningsfullt for å belyse sannheten. Et utsagn som etter analyse ikke kunne verifiseres, var etter den logiske positivismens syn meningsløst og måtte avskrives. Dette vitenskapsparadigmet ble kritisert av dem som mente observasjoner er avhengig av, og må sees i lys av, forskerens

erfaringer, kunnskap og forventninger. Eksperimenter og observasjoner lar seg ikke alltid verifisere, men de er likefullt meningsfulle og bør ikke forkastes slik de logiske positivistene framholdt (Ringdal, 2013).

Karl Popper var en sterk kritiker til positivismen, og bidro selv med viktig ny teori for vitenskapelig praksis og forståelse. Popper mente at sannhet aldri kan oppnås ved å verifisere et utsagn, et forskningsfunn eller en teori slik at den blir stående alltid og alle steder, som en lov. En objektiv vitenskap var etter Popper et uoppnåelig mål. I følge Popper kan man kun oppnå foreløpige svar som står til de blir falsifisert. Når en hypotese falsifiseres, må det lages en ny hypotese som prøves ut og eventuelt faller som følge av nye eksperimenter og observasjoner (Gilje & Grimen, 1995). Popper fremhevet betydningen av kritikk og motargumenter for forskningen som et ledd i å undersøke om svaret var holdbart. Popper var kritisk til blant annet til Freuds psykoanalyse. Psykoanalysen hadde forklaringer på de fleste fenomener den ble presentert for, og hevdet å kunne verifiseres gjennom kliniske observasjoner. Popper mente imidlertid at den ensidige verifiseringen av psykoanalysen var det som svekket teorien (Ringdal, 2013).

Imre Lakatos hadde innvendinger mot Poppers synspunkter og mente at vitenskap omhandler mer enn å falsifisere teorier (Lakatos & Feyerabend, 2000). Vitenskap har en verdi i seg selv, og må sees i lyset av historien. Historien har vist oss at ny kunnskap bygger på gammel kunnskap, på samme måte som en ny teori bygger på gamle teorier. Lakatos kritiserte Poppers strenge falsifiseringsprinsipp som i realiteten innebar å forkaste teorien når den ikke stemte med observasjoner eller eksperimenter. Lakatos hevdet at et forskningsprosjekt har en kjerne som ikke røkkes ved, og som består av grunnleggende ideer og prinsipper som det ikke stilles spørsmål ved, selv om hypotesen som følger av teorien må forkastes (Ringdal, 2013).

5.1.1 Samfunnsvitenskapelig metode

Samfunnsvitenskapelig tradisjon samler vitenskap om samfunnet og om hvordan mennesker lever sammen i samfunnet. Den omfatter menneskers sosiale bakgrunn, relasjoner, reaksjoner, meninger og handlinger. Samfunnsvitenskapen skiller mellom empiriske og normative studier. Empiriske studier undersøker faktiske forhold med utgangspunkt i innhentet fakta, mens normative studier tar utgangspunkt i verdier når de drøfter og analyserer forhold i samfunnet (Grønmo, 2004).

I samfunnsvitenskapelig tradisjon brukes både kvalitativ og kvantitativ metode for å behandle og analysere data. Kvantitative metoder har sitt utspring fra naturvitenskapen og forsøker å beskrive, analysere og forklare fenomener ut fra kvantitet målt i variabler og kvantitative størrelser. Variablene uttrykkes i tall. Ved å måle om et funn er signifikant, kan man oppgi hva som med størst sannsynlighet kan oppfattes som riktig (Guneriussen, 1999). De kvalitative metodene har utspring fra humanistiske forskningstradisjoner og har som formål å finne ut hvordan fenomener kan forstås. Data behandles med en analytisk og fortolkende tilnærming (Grønmo, 2004).

Metoden som velges påvirker forskningsdesignet og i mange tilfeller hvorvidt forskningsresultatet kan brukes for en større populasjon enn det konkrete utvalget for forskningen (Bjørndal & Hofoss, 2004). Det har vært et skille mellom de ulike metodene med fronter som har hevdet at det er mer hold i kvantitativ metode enn kvalitativ, blant annet fordi kvalitative studier som regel har et langt mindre utvalg som basis for sine studier enn kvantitative studier. Små utvalg gjør det vanskelig å generalisere resultatene til en populasjon slik kvantitative studier søker å gjøre (Grønmo, 2004).

5.1.2 Forskning på barn

Darwins detaljerte beskrivelser av eget barns utvikling i 1877 anses som starten for forskning på barns utvikling. Preyer og Piaget benyttet også en biografisk tilnærming når de studerte egne barns atferdsmessig og kognitive utvikling (Smith & Ulvund, 1999).

De første utviklingspsykologiske teorier forklarte barns utvikling gjennom faser og lovmessigheter. Freud hadde et deterministisk syn og mente spedbarnet var styrt av lystprinsippet og at betydning av tidlige erfaringer ble lagret i underbevisstheten som kunne føre til vansker i voksen alder. Piaget var opptatt av den kognitive utviklingen og så spedbarnet som kontaktløst og egosentrisk. De mente begge at barnets utvikling kunne deles inn i ulike stadier som hadde sine særpreg (Santrock, 1999). Både Freud og Piagets teorier om barns utvikling fikk stor betydning for utformingen av utviklingspsykologien, men er også blitt kritisert for å være generelle og uten videre empirisk støtte. I dag støtter ikke utviklingspsykologien seg til generelle teorier, men til miniteorier som kan belyser ulike deler av barnets utvikling mer detaljert og på andre måter enn hva som var mulig med generelle teorier (Lerner, 1998; Smith & Ulvund, 1999).

I utviklingspsykologien skjedde som tidligere nevnt et betydningsfullt paradigmeskifte på 1970-tallet. Inntil da hadde spedbarnet blitt sett på som kontaktløse individer, som utvikler seg ved at de blir formet av omgivelsene. Den «nye» spedbarnsforskningen dokumenterte medfødt sosial kompetanse hos spedbarnet. Spedbarnet ble anerkjent som en aktiv deltaker i egen utvikling (Bråten, 1996). Denne nye forståelsen brøt med det dominerende synet fra Freud og Piaget, som blant annet hevdet at sosial kompetanse ble utviklet på et senere tidspunkt. Den «nye» spedbarnsforskningen endret synet på spedbarns utvikling totalt ved å anerkjenne spedbarnets intersubjektive evner som en medfødt ferdighet som varer og utvikler seg gjennom livet. Bråten (1996) hevdet at noe av grunnen for at paradigmeskiftet oppsto kom fra empiri dokumentert på film, slik at funn ikke kunne avvises og bortforklares.

5.1.3 Plassering av egen oppgave

Masterstudien bygger på en samfunnsvitenskapelig tradisjon. Studien fokuserer på spedbarn i en barnevernkontekst, hvor utviklingspsykologi og studier av barns tidlige utvikling danner teoretisk bakgrunn. Masterstudien er en komparativ studie, der likheter og forskjeller i risikogruppen analyseres opp mot en kontrollgruppe for å undersøke om det er større forekomst av vedvarende sosial tilbaketrekning hos spedbarn i risiko enn hos spedbarn uten risiko (Grønmo, 2004). Studien benytter materiale fra en prospektiv longitudinell studie. Studiens målsetting er å observere spedbarnets sosiale atferd under samspill med mor og vurdere sosial tilbaketrekningssatferd ut fra en observasjonsskala.

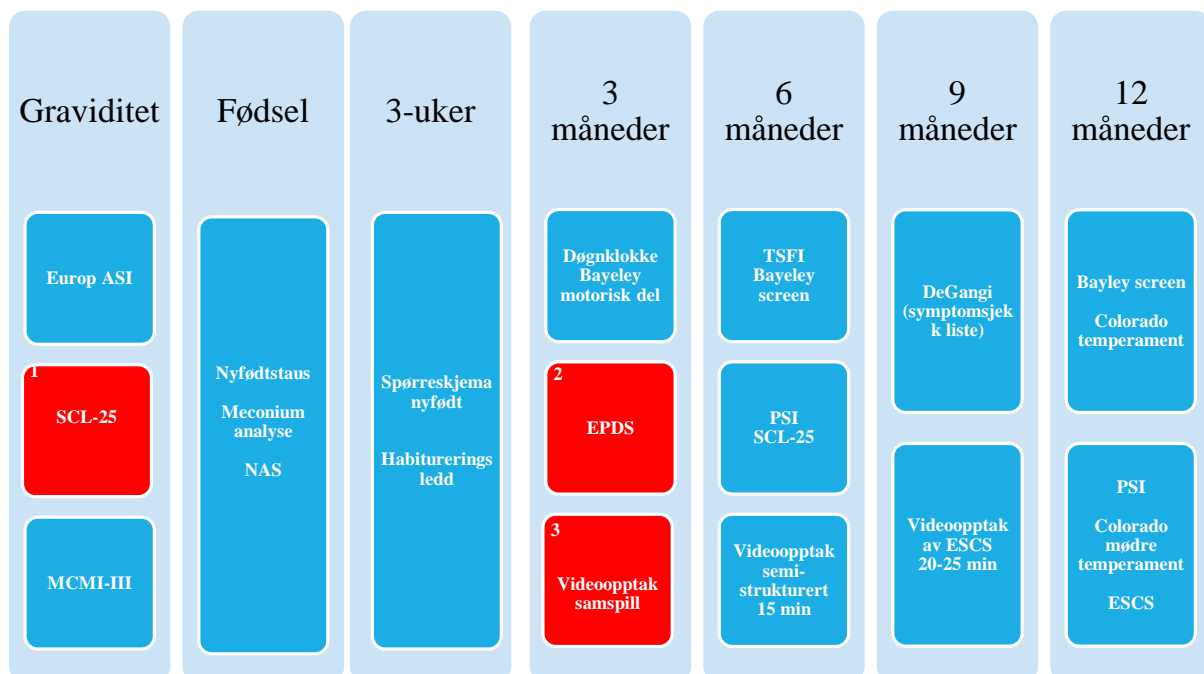
Transaksjonsmodellen (Sameroff, 1975; Sameroff & MacKenzie, 2003) er valgt som forklaringsmodell for studien, fordi den innlemmer den gjensidige påvirkningen som skjer i interaksjon mellom spedbarnet og omsorgspersonen i deres kontekst. Kvantitativ metode er valgt for å sammenligne og analysere funnene mellom gruppene, blant annet hvilke tendenser man finner i materialet, og hvorvidt resultatene kan brukes til å forstå tilsvarende populasjoner (Guneriusen, 1999).

I studien benyttes univariate analyser hvor oversikt over demografiske opplysninger og psykiske belastninger analyseres mellom gruppene. Videre tas det i bruk bivariate analyser hvor variablene sammenlignes mellom de to gruppene.

5.2 Forskningsdesign

Masterstudien er en del av en større prospektiv longitudinell undersøkelse hvor man har fulgt en gruppe spedbarn av mødre behandlet for rusproblemer i svangerskapet, en gruppe spedbarn av mødre behandlet for psykiske vansker i svangerskapet (risikogruppen), og spedbarn av mødre som er rekruttert fra helsestasjon (kontrollgruppen). Prosjektleder for den longitudinelle studien er dr. psychol og forsker Vibeke Moe ved R-Bup Øst og Sør. Studien er stor, og masteroppgaven baserer seg på kun en liten del av innsamlet materiale, markert med rødt i figur.3

Figur 3



¹ Hopkins Symptom Checklist (SCL-25)

² Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

³ Videopptak til vurdering med The Alarm Distress Baby Scale (ADBB)

Hensikten med undersøkelsen var å undersøke om spedbarn fra risikogrupper hyppig representert i barnevernet viste mer sosial tilbaketrekning enn barn uten risiko.

For å undersøke hvorvidt spedbarn i risiko viser større sosial tilbaketrekning enn barn uten risiko, har det vært vesentlig å rekruttere et utvalg med kjent risiko. Risikogrupper med rusmiddelmissbruk og psykiske vansker er hyppig representert i barnevernspopulasjonen. De to risikogruppene ble slått sammen til en risikogruppe. Fordelen med å ha en større

risikogruppe er at den kan sikre funnene i gruppene bedre enn om utvalget er lite. Ulempen er at det ikke er mulig å se hvorvidt det er ulikt resultat mellom spedbarn av rusmisbrukene mødre og spedbarn av mødre med psykiske vansker. ADBB er valgt som vurderingsskala, og som hovedutfallsmål for sosial tilbaketrekning hos spedbarna. ADBB redegjøres for i pkt 5.2.2. Funn fra risikogruppen vil sammenlignes med kontrollgruppen av helsestasjonsrekrutterte barn.

Det er en styrke for studien at svangerskapsoppfølgingen er temmelig lik i Norge. Det har gjort det mulig til å gi spesiell oppfølging til risikogrupper. Risikogruppene i datamaterialet var i behandling for sine vansker i svangerskapet. Det er ikke målt hvilken betydning behandlingstilbudet har hatt for omsorgsutøvelsen for den enkelte deltakers fungering i studien. Mødrene mottok behandling i ulik lengde, med ulikt innhold på forskjellige steder i Norge.

Emosjonelle vansker hos mødre er kartlagt pre- og postnatale for alle deltakerne i studien. Resultatene analyseres og sammenlignes mellom gruppene i forhold til sosial tilbaketrekning hos spedbarnet.

5.2.1 Utvalg og rekruttering

Utvalget, som er hentet fra en prospektiv longitudinell undersøkelse om barn av mødre med rusproblemer eller psykiske vansker i svangerskapet, består av totalt 92 mødre og 94 barn, alle etnisk norske (Siqveland, 2012; Siqveland, Olafsen, & Moe, 2013). Utvalget ble rekruttert til studien i tidsrommet 2004 – 2009. Ti mødre trakk seg fra studien i løpet av svangerskapet og de 3 første måneder etter fødsel. Disse ble ekskludert fra studien (n=8 rusavhengige og 2 med psykiske vansker). I tillegg ble 5 ekskludert av andre grunner (n=4 barn ble fosterhjemsplassert, en kvinne startet i LAR-behandling og ble ekskludert).

I masterstudien deltar totalt 72 mor-barn-dyader, fordelt på gruppene risiko (n=46) og kontrollgruppe (n=26). Det ble foretatt ADBB-vurderinger av 70 spedbarn. To opptak ble ikke benyttet som følge av feil på film (manglende lyd på en og manglende bilde på den andre).

Inklusjonskriteriene for de gravide med rusmiddelmissbruk var deltakelse i behandling og rusfrihet i svangerskapet. Kvinnene ble rekruttert fra flere institusjoner i Norge.

Inklusjonskriteriet for de gravide med psykiatriske vansker var psykiatrisk behandling i svangerskapet. Alle ble rekruttert fra samme klinikk. Kontrollgruppen ble rekruttert fra helsestasjoner i Oslo. Disse mødrene mottok ikke behandling på rekrutteringstidspunktet. Det er ikke innhentet data om lengde og innhold i behandlingstilbudet kvinnene mottok.

5.2.2 Måleinstrumenter og observasjoner i masteroppgaven

Sosiodemografiske forhold ble kartlagt med spørsmål om sivilstatus, bosituasjon, utdanning og yrkessituasjon for alle deltakere. Antropometriske målinger inkluderte barnas kjønn, gestasjonsalder (GA), fødselsvekt og hodeomkrets. Utdannelsesnivå ble delt inn i grunnskole og høgskole/universitet med spørsmål om hvor mange år gjennomført. Grunnskoleutdanning ble besvart fra 9-14 år uten ytterligere spesifisering og innbefatter i så måte barne- og ungdomsskole i tillegg til videregående skole og vil derfor rapporteres som variabelen grunn- og videregående skole. Høgskole/universitet ble besvart med antall år på høgskole/universitet.

Hopkins Symptom Checklist (SCL-25) er en selv-rapporteringskala som måler angst og depresjon hos voksne, men ikke psykiske vansker generelt (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974; Reme & Eriksen, 2010). SCL-25 er en kortversjon av Hopkins Symptom Checklist (SCL-90). SCL-25 består av 25 spørsmål hvor ti av spørsmålene måler angstsymptomer og de resterende femten av spørsmålene måler depresjonssymptomer med utgangspunkt i de siste to uker. Hvert spørsmål rangeres på en 4-punkts skala på 1- 4, der høy skåre viser høy belastning. I denne studien brukes totalskåren som et uttrykk for emosjonelle vansker i svangerskapet, hvor en totalskåre på ≥ 1.76 indikerer emosjonell lidelse (Strand, Dalgard, Tambs, & Rognerud, 2003). Den interne konsistens for SCL-25 er rapportert å være innenfor et akseptabelt nivå ($\alpha = .84-.87$). Resultater fra SCL-25 oppgis som emosjonelle vansker i masteroppgaven.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) er et selv-rapporteringskjema for å kartlegge symptomer på depresjon etter fødsel (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Skjemaet består av 10 spørsmål om depressive symptomer de siste 7 dager. Spørsmålene rangeres på en 4-punkts skala på 0-3 som gir en total EPDS skåre på 0-30, der høyere skåre viser høy belastning av depressive symptomer. EPDS er validert i to norske studier og har vist en høy

sensitivitet og spesifisert i den ene studien med et kuttepunkt på ≥ 11 (Berle, Aarre, Mykletun, Dahl, & Holsten, 2003). I den andre valideringsstudien gjennomført av Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Schei, and Opjordsmoen (2001) brukes kuttepunktet på ≥ 10 . I denne studien brukes totalskåren som et uttrykk for emosjonelle vansker etter fødsel hvor en totalskåre på ≥ 10 indikerer emosjonelle vansker etter fødsel. Resultatene rapporteres som emosjonelle vansker.

The Alarm Distress Baby Scale (ADBB) er en klinisk anvendbar skala utviklet for å vurdere sosial atferd og tidlig tegn på sosial tilbaketrekning. Skalaen ble utviklet av den franske barnepsykiateren Guedeney sammen med Fermanian (2001). Skalaen er beregnet for vurdering av små barn i alderen 2-24 måneder. Skalaen er utviklet for å kunne brukes i ordinære undersøkelser av barn eksempelvis under rutinekontroll på helsestasjon eller i legekonsultasjon. Skalaen kan brukes av helsesøstre, barneleger, psykologer og andre spesialister etter opplæring. Det tar cirka 10–15 minutter å gjennomføre en undersøkelse som danner grunnlaget for observasjonen som danner grunnlag for vurdering med ADBB. Skåringen kan skje fortløpende eller og rett i etterkant av undersøkelsen.

I skalaen vurderes 8 elementer; (1) ansiktsuttrykk, (2) blikkontakt, (3) generelt aktivitetsnivå, (4) selvstimulerende bevegelser, (5) vokalisering, (6) respons hurtighet ved stimulering, (7) evne til å inngå i et samspill og (8) barnets evne til å tiltrekke seg, og holde på oppmerksomhet. De observerte elementene skal vurderes og skåres gradert fra 0 – 4, hvor 0 gir ingen tegn på atypisk atferd. 1. poeng til lite, men antydning til atypisk atferd. 2. poeng til tydelig atypisk atferd. 3. poeng til åpenbar atypisk atferd. 4. poeng til betydelig og massiv atypisk atferd. Graderingen skjer etter kvantitet og alvorlighetsgrad av det elementet som blir observert. Dette gir en minimumsskåre på 0 og en maksimumsskåre på 32. I de fleste studiene brukes et kuttepunkt ≥ 5 , hvor en skåre på 5 eller mer viser tegn på sosial tilbaketrekning hos spedbarnet.

Gjennom flere internasjonale studier er skalaen validert og funnet reliabel. Guedeney og Fermanian (2001) fant at et kuttepunkt på ≥ 5 gav en sensitivitet på 0,82, en spesifisitet på 0,78 (Guedeney & Fermanian, 2001). Lignende resultater er funnet i andre internasjonale studier hvor skalaen er brukt, som i Israel (Dollberg, Feldman, Keren, & Guedeney, 2006), Australia (Matthey et al., 2005) og Finland (K. Puura et al., 2010). Den interne konsistens er

rapportert å være innenfor et akseptabelt nivå ($\alpha = .75-.80$) (Dollberg et al., 2006; Guedeney & Fermanian, 2001). Den norske versjonen av ADBB-skalaen er ennå ikke validert.

Skalaen er utformet for vurdering av barnet i interaksjon med en undersøker, men flere studier har benyttet ADBB-skalaen i samspill med omsorgspersonen i stedet for en undersøker (Dollberg et al, 2006, Burtchen et al 2013). En tilpasning av elementene er foretatt for (2) blikkontakt, (7) evne til å inngå i et samspill, hvor elementene vurderes opp mot omsorgsgiver framfor undersøker. I element (8) barnets evne til å tiltrekke seg oppmerksomhet, foretas vurdering av omsorgsgivers innsats for å holde på barnets oppmerksomhet i samspillet (Dollberg et al., 2006). Studien til Burtchen et al. (2013) justerte element (8) barnets evne til å tiltrekke seg oppmerksomhet opp mot koderens evne til å holde fokus på barnet gjennom opptaket. I skåringen av samspillsopptakene i masterstudien brukes Burtchens tolkning av det 8. element i skalaen, da denne justeringen vurderes å ligge nærmere den opprinnelige versjonen.

5.2.3 Prosedyre og observasjon

Syttito filmopptak (observasjoner) av spedbarn under samspill med mor er vurdert med ADBB-skalaen. Alle filmopptakene hadde nytt ID-nummer som anonymiserte gruppetilhørigheten, før skåringene ble gjennomført. Opptakene var tatt av mor og spedbarn i ansikt-til-ansikt-situasjon i fri lek (37 av 72 opptak). Omsorgspersonen var anmodet til å være sammen med barnet sitt på samme måte som hjemme. Når det ikke var mulig å skåre lekeopptak, ble opptak av ansikt-til-ansikt-samspill uten lek benyttet (13 av 72 opptak). I disse opptakene ble splittet skjerm benyttet, slik at opptak viste omsorgspersonenes ansikt på den ene skjermen og barnets ansikt på den andre skjermen. Spedbarnet var plassert i bilsete på et bord og mor satt foran barnet. Der det var behov for å skåre flere ganger på grunn av usikkerhet rundt skåringen, ble begge opptak kombinert for å kvalitetssikre skåren (20 av 72 opptak). Skåringene av hvert enkelt barn ble registrert i Excel. Etter at skåringene var ferdige, ble ID-nummer tilbakelest slik at barnets ID-nummer identifiserte gruppetilhørigheten. Skåringen ble gjennomført av to kodere, student og veileder, som begge er reliable ADBB-kodere, se nærmere beskrivelse av opplæringen under avsnitt om reliabilitet og validitet kap. 5.2.6.

5.2.4 Statistiske analyser

Excel 2010 (Microsoft Office) og Statistical Package for Social Science (SPSS) versjon 22 (IBM Corporation, Norway) ble benyttet for å bearbeide rådata og for statistiske beregninger. Alle ADBB-skårer ble først ført inni Excel med blinde ID-nummer. Når alle videoer var ferdigskåret, ble ID'en dekodet, slik at gruppetilhørighet kom fram. Når alle skårer var kontrollert for rett ID og skåringsverdier i Excel, ble dataene overført til SPSS. Allerede innsamlede bakgrunnsvariabler som barnets kjønn, alder, mors alder, gestasjonsalder, fødselsvekt og hodeomkrets i tillegg til målene fra SCL25 og EPDS ble importert i samme fil i SPSS.

Deskriptive analyser

Skåre fra hvert enkelt ledd av de 8 elementene i ADBB ble importert i SPSS, hvor en beregning av total ADBB-skåre ble utført. Kuttepunktet ≥ 5 ble benyttet for å dele utvalget inn i gruppene for å se om de viste tilbaketrekningsatferd eller ikke. Deretter ble deskriptive analyser foretatt for å beregne frekvenser for bakgrunnsdata, sosiodemografiske variabler og antropometriske data. Enkeltskåre og total skåre for SCL-25 og EPDS ble importert i SPSS. Neste trinn var å beregne antall mødre som hadde en totalskåre over kuttepunktet for SCL-25 og EPDS.

For å undersøke hvor hyppig variablene opptrer i risikogruppen og kontrollgruppen, er det tatt ut frekvenstabeller for sosiodemografiske data, antropometriske data SCL25, EPDS og ADBB.

Signifikanstester

Signifikansnivå er et mål for hvorvidt et analyseresultat fra et tilfeldig valgt utvalg kan brukes for å si noe generelt om en større befolkning uten at resultatet kan være tilfeldig.

Sannsynligheten for at et resultat fra en undersøkelse gjort på et begrenset utvalg er overførbart til en tilsvarende andel av befolkningen, er avhengig av at signifikantnivået viser lav feilmargin (Grønmo, 2004). Signifikantnivået kan beregnes ut fra ulike sikkerhetsgrader.

Det mest vanlige nivået er $p < 0.05$, noe som viser en mulig feilmargin på 5 %. Dette signifikantnivået regnes likevel tilfredsstillende for å kunne generalisere ut fra resultatet.

Andre signifikantnivå er $p < 0.01$ eller 0.001, som har en statistisk feilmargin på 1 og 0.1 %

(Bjørndal & Hofoss, 2004; Ringdal, 2013). For t-testene i masterstudien brukes signifikantnivå $p < 0.05$.

Kji-kvadrat og t-test er to ulike analyser for å teste hvorvidt forskjellene mellom gruppene er signifikant. Kji-kvadrat-test kalkulerer forskjellen mellom gruppene på nominalt nivå, hvor forskjellen mellom gruppene kan skrives i prosent. (Bjørndal & Hofoss, 2004; Pallant, 2013). T-testen tar utgangspunkt i forskjellen mellom gruppene, sammenligner gjennomsnittet i de to gruppene, og analyserer om forskjellen er reliabel opp mot signifikantmålet $p < 0.05$. En t-test brukes ofte for å analysere to grupper med små utvalg, da den tar hensyn til at det kan være større tilfeldig variasjon i utvalget enn ved større utvalg (Bjørndal & Hofoss, 2004). Ved å bruke t-testen, kan man finne ut om resultatene i studien kan brukes for å trekke samme slutninger om tilsvarende grupper i populasjonen; det vil si om resultatene kan brukes for å si noe sikkert om risiko for sosial tilbaketrekning hos spedbarn med omsorgspersoner med psykiske vansker eller rusavhengighet. T-testen forutsetter at dataene er på intervallnivå, og at gruppene har omtrentlig samme størrelse. Statistisk generalisering, som t-testen utfører, tar utgangspunktet i at utvalgsfordelingen utgjør en normalfordeling (Grønmo, 2004; Pallant, 2013). SPSS kalkulerer også en Levene's test for likhet i varians, som kartlegger om det foreligger likhet i variansen mellom gruppene. Når det ikke foreligger likhet i varians, vil det rapporteres som en del av resultatet.

Det ble kjørt t-test for å finne graden av ulikheter mellom gruppene og kji-kvadrat for å finne forekomst av funn over kuttepunkt for de ulike måleinstrumentene for gruppene.

5.2.5 Hypotesetesting

I forskning vurderer man hvordan en ting, et fenomen, en egenskap e.l. påvirkes av ulike faktorer. Det formuleres et forskningsspørsmål, og det dannes ulike hypoteser som man undersøker for å svare på forskningsspørsmålet. Begrepet variabel brukes om det man vil undersøke. Det skilles mellom avhengig og uavhengige variabler. En avhengig variabel er den variabelen som påvirkes av andre variabler. I masterstudien utgjør totalskåren på SCL-25, EDPS og ADBB de avhengige variablene. Uavhengig variabel er den variabelen som påvirker den avhengige variabelen. I masterstudien er den uavhengige variabelen de to utvalgsgruppene; risikogruppen og kontrollgruppen (Bjørndal & Hofoss, 2004; Pallant, 2013). Den uavhengige variabelen blir ikke påvirket av de andre variablene.

For å teste hypoteser, bruker man ofte en hypotetisk deduktiv metode som går ut på å teste hypotesen. Gjennom eksperimenter, observasjoner og lignende undersøker man om hypotesen er feil, eller om den styrkes. Til forskningsspørsmålet vil det formuleres en nullhypotese (H_0) som benekter hypotesen. H_0 for masterstudien vil lyde: «Det er ingen forskjell i sosial tilbaketrekning mellom spedbarn i risiko og spedbarn uten risiko».

Teorigrunnlaget og tidligere studier viser at spedbarn i risiko har en høyere sannsynlighet for vansker som er forenlig med høyere grad av symptomer på sosial tilbaketrekning. Dette impliserer en hypotese om at det er en forskjell mellom risikogruppen på den ene siden og kontrollgruppen på en andre siden i forhold til sosial tilbaketrekning. Således vil ikke studien gjøre bruk av null-hypotese, men sette to andre hypoteser opp mot hverandre.

Hypotese H_1 «Det er en forskjell mellom spedbarn i risiko og spedbarn uten risiko i grad av sosial tilbaketrekning»

Hypotese H_2 «Det er høyere forekomst av vedvarende sosial tilbaketrekning hos spedbarn i risiko»

Tidligere studier og bakgrunnsinformasjon viser en stor sammenheng mellom utvikling av vansker og mer tilbaketrekning hos spedbarnet når spedbarnet omfattes av flere risikofaktorer i spedbarnstiden (Burtchen et al., 2013; Dollberg et al., 2006; Guedeney et al., 2012; Luoma et al., 2001). Dette gjør at H_1 som hypotese faller, og hypotese H_2 blir gjeldende for studien.

Det skal videre lages en sekundærhypotese om mødrenes emosjonelle vansker. Risikogruppen i studiet besto blant annet av kvinner rekruttert på grunn av emosjonelle vansker i svangerskapet. Det forventes derfor en forskjell mellom gruppene i utvalget når det gjelder rapportering om emosjonelle vansker. Dette medfører at det ikke er grunnlag for å lage en benektende H_0 hypotese. H_1 vil vise til en forskjell mellom risikogruppen og kontrollgruppen, mens H_2 viser til en retning på forskjellen mellom gruppene. Som følge av at risikogruppen er rekruttert med kvinner som hadde psykiske vansker i svangerskapet, og også omfatter kvinner med rusmiddelproblematikk i svangerskapet, forventes det en høyere rapportering i denne gruppen enn i kontrollgruppen.

Masterstudiets sekundærhypotese H₂, blir derfor: «Det er høyere grad av emosjonelle vansker blant kvinner med rusmiddelproblematikk og kvinner med psykiske vansker i svangerskapet enn kvinner uten slike problemer.»

For å teste hypotesene velges en-halet t-test og kji-kvadrat-test som nevnt ovenfor.

5.2.6 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet og validitet i en studie er av stor betydning for om studiet kan oppfattes som solid. Et resultat som er reliabelt betyr at det er pålitelig og representerer en virkelig situasjon. Ved observasjon av yngre barn stilles det store krav til framgangsmåten for å få reliabelt svar. Det er en forutsetning at det er tydelighet i målemetodens kategorier og at framgangsmåten er lik for å kunne få det samme resultat ved gjentatt observasjon (Tetzchner, 2001). En vanlig måte å sikre reliabilitet i observasjoner er å la flere observatører vurdere den samme situasjonen. Når observatørene uavhengig av hverandre vurderer situasjonen likt, eller tilnærmet likt, har observasjonen en høy interrater-reliabilitet. Interrater-reliabiliteten kan måles blant annet i Cohen's kappa verdi, noe som kommer frem i redegjørelsen av ADBB-opplæringen nedenfor.

Validitet viser til gyldighet, det vil si at metodene måler det de er ment å måle.

Validitetsbegrepet har spesifikke kriterier knyttet til definisjoner av ulike former for validitet som innhold, kriterier eller begreper. Man ser eksempelvis på ulike definisjoner i en studie, og sier at innholdsvaliditeten er høy når testen gir relevante svar. Det viser blant annet til at spørsmålene er godt tilpasset for å innhente relevante data for den eksakte studien. Når forhold knyttet spesielle kriterier, eksempelvis risikofaktor og tilbaketrekningsatferd, står i samsvar til hverandre, er kriterievaliditeten høy. Begrepsvaliditet støtter seg til sentrale teorier på området (Martinussen et al., 2010).

Man kan også beregne studiens interne og eksterne validitet. Ekstern validitet i en studie kan være åpenbar ved at den viser sammenhenger som er klare for både forskeren og andre, og viser at resultatene kan generaliseres til situasjoner i samfunnet. Intern validitet sier at studien er gjennomført på en god måte og konklusjonene/årsaksforklaringene er gyldige for det undersøkte materialet (Grønmo, 2004).

Opplæring i bruk av ADBB-skalaen

Masterstudent fikk opplæring i ADBB skalaen, slik at hun kunne gjennomføre skåring av videomaterialet. Opplæring i bruk av skalaen foregikk i 3 faser, se også Puura, Guedeney, Mäntymaa og Tamminen (2007). Første del av opplæringen inneholdt en individuell innføring i bakgrunnen og teorigrunnlaget for ADBB-skalaen fra veileder, som er standardisert for å bruke skalaen. Neste del av opplæring var øving på, i første omgang, fem treningsfilmer. Skåringene ble diskutert i forhold til fasit. Dette ble gjentatt med ett nytt sett av fem treningsfilmer. Den siste fasen var en interrater-reliabilitetstest med skåring av fem nye filmer. Interrater-reliabilitet, det vil si i dette tilfellet skåring tilsvarende fasit, ble beregnet som Cohen's Kappa i SPSS versjon 20. Cohen's k ble kalkulert ved kryss-tabulering av skårer fra hvert av de fem filmklippene og fasitskåren fra samme filmklipp, for å kunne si hvorvidt skåringene utgjorde en tilfredsstillende interraterreliabilitet. Verdien på Cohen's k sier hvor lik verdien er en fasit, hvor verdien 1 utgjør nøyaktig likhet, og $<0,4$ utgjør dårlig likhet. Gjennomsnittlig Cohen's k var tilfredsstillende etter opplæring ($k = .89$). Med tanke på bedømming av caseness (lik som fasiten i forhold til å få en total ADBB-skåre over eller under kuttepunkt på 5) var det 100 % samsvar med fasitskåring for de fem siste filmene.

5.2.7 Forskningsetiske vurderinger

Datagrunnlaget tilhører et forskningsprosjekt som har godkjenninger fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og den regionale komiteen for medisinsk etikk (REK). Informantene i studien hadde fått informasjon om studien og har gitt et fritt samtykke til deltakelsen. Å samtykke innebærer at informantene har fått informasjon om hva forskningen innebærer for dem selv; hensikten med studien og hvilken risiko for belastninger de kan utsette seg for som informant. Også informasjon om mulighet for å trekke seg fra studien skal gis. For at samtykke skal være reelt, skal det være gitt uten noen form for press, og ansvarlige for studien må sikre at informasjonen er forstått (Ringdal, 2013). I følge norsk lovgivning har barn juridisk kompetanse først når de blir myndige ved 18 år, og før dette må foreldrene samtykke for at barnet kan delta (Backe-Hansen, 2012). For å sikre beskyttelse av barn, som regnes som en sårbar gruppe, må man gi god informasjon til foreldrene som skal samtykke på vegne av sine barn og seg selv. Barn har etter retningslinjens pkt. 12 krav på beskyttelse (NESH, 2006).

Et viktig etisk hensyn er at forskning skal gjennomføres med minst mulig belastning for informantene. Denne undersøkelsen har brukt data fra spørreskjemaer fra graviditet og 3 måneder postpartum, og fra videoopptak av samspill mellom mor og spedbarnet ved 3 måneders alder. Samspillet har blitt filmet for senere å skåres. Dette innebærer derfor ikke tilleggsbelastninger for barnet eller foreldrene, som er et viktig hensyn, jfr. forskningsetiske retningslinjens del B pkt. 7 (NESH, 2006). Belastningen vil da være den enkeltes opplevelse av å bli filmet. Respekt for barnet og foreldrene er en viktig etisk holdning i arbeidet med opptakene. Foreldre og barn framstår på film med sine ressurser og vansker som kan aktivere ulike følelser hos dem som ser på filmen. Forutinntatte holdninger til grupper med ulike vansker kan eksempelvis påvirke skåringen av filmopptaket. For masterprosjektet var det naturlig å blindskåre datautvalget. Det innebærer at filmopptakene nummereres på en måte som ikke røpet gruppetilhørigheten.

I masterstudien er informasjon om identiteten til barn eller foreldre ukjent. Disse er samlet på en nøkkelfil som er arkivert trygt og ikke sammen med dataene. Siden datamaterialet til masterprosjektet inneholder filmbilder som kan være mulig å identifisere, er det helt nødvendig at det oppfyller krav til lagring slik at datamaterialet ikke komme på avveie. Filmopptakene som skal brukes i masterstudien oppbevares innelåst hos veileder, beskyttet fra innsyn for uvedkommende (Ringdal, 2013). ID for datamaterialets kategoritilhørighet (risiko, kontroll) skal ikke fremkomme av fiktiv data-id; dette for å forhindre at kjennskap til kategori skal påvirke skåringsresultater. Kun aidentifiserte opplysninger benyttes i prosjektet, og det er kun prosjektleder for hele den longitudinelle prospektive studien som har kodenøkkel for identifiserbare personopplysninger.

Opptak viser barn og mødrenes ansikter som kan være gjenkjennelig, spesielt mødrenes ansikter. Det er derfor av betydning at koder har absolutt taushetsplikt ved gjenkjennelse.

6 Resultater

I dette kapittelet presenteres studiens resultater etter gjennomførte analyser. Innledningsvis presenteres en beskrivelse av utvalget med deskriptive analyser for de to gruppene. Deretter følger en presentasjon av analyser som viser forskjell i grad av sosial tilbaketrekning av barna i de to gruppene. Gjennomført t-test viser forskjell i gjennomsnittlig sosial tilbaketrekningssatferd mellom spedbarn i risiko og spedbarn uten risiko. Deretter er det foretatt en kji-kvadrat-test for å undersøke forekomst av tilbaketrekning med kuttepunkt. Videre presenteres analyser som viser rapporterte emosjonelle vansker hos mødre pre- og postnatale. Det er gjennomført t-test som viser forskjell i gjennomsnittlig emosjonelle vansker mellom mødre i de to gruppene; deretter er det foretatt en kji-kvadrat test for å finne forekomst av emosjonelle vansker over kuttepunkt.

6.1 Presentasjon av utvalget

Utvalget består av to grupper med mødre og deres spedbarn. Risikogruppen (n=46) bestående av mødre med psykiske vansker eller rusproblematikk i svangerskapet og kontrollgruppen rekruttert fra en vanlig helsestasjon (n=26). For en fullstendig oversikt over bakgrunnsvariablene sivilstatus, bosituasjon, utdanning, yrkessituasjon og barnets kjønn ble det kalkulert frekvensanalyse for de to gruppene, se tabell 1.

Bakgrunnsdata for utvalget viser store sosioøkonomiske forskjeller mellom gruppene. Kvinnene i kontrollgruppen lever alle med partner (100 %) mens hele 60.8 % i risikogruppen lever uten partner. Det er også en betydelig forskjell i utdanningsnivå og yrkessituasjon mellom risikogruppen og kontrollgruppen. I kontrollgruppen har 88.5 % høyskole- eller universitetsutdanning, mot 32.6 % i risikogruppen. I kontrollgruppen gikk 76.9 % i fulltids arbeid, mens kun 19.6 % i risikogruppen hadde tilsvarende yrkessituasjon. I risikogruppen rapporterte 32.6 % av kvinnene at de var arbeidsledige, og en kvinne har oppgitt fengsel/institusjon som yrkessituasjon. I risikogruppen oppgav 4 av kvinnene institusjon/fengsel som bosituasjon og 2 av kvinnene hadde en ustabil bosituasjon.

Tabell 1.

Beskrivelse av mødrenes sivil status, bosituasjon og yrkessituasjon, samt barnets kjønn

Variabler	Risikogruppe		Kontrollgruppe	
	Frekvens	Valid prosent	Frekvens	Valid prosent
<i>Sivilstatus</i>	46	100	26	100
Gift/samboer	18	39.2	26	100
Uten partner ^a	28	60.8	0	0
<i>Bosituasjon</i>	46	100	26	100
Partner og barn	7	15.2	7	26.9
Partner alene	16	34.8	16	61.5
Alene med barn	4	8.7	0	0
Med foreldre	1	2.2	0	0
Med venner	5	10.9	2	7.7
Alene	7	15.2	1	3.8
Institusjon/fengsel	4	8.7	0	0
Alene ustabil bosituasjon	2	4.3	0	0
<i>Utdannelse</i>	46	100	26	100
Grunn -og videregående	31	67.4	3	11.5
Høyskole/universitet	15	32.6	23	88.5
<i>Yrkessituasjon</i>	46	100	26	100
Fulltid	9	19.6	20	76.9
Deltid	3	6.5	2	7.7
Deltid svart	4	8.7	2	2.2
Arbeidsmarkedstiltak	1	2.2	0	0
Trygdet	4	8.7	0	0
Arbeidsledig	15	32.6	0	0
Student/skolelev	6	13	3	11.5
Hjemmeværende m barn	3	6.5	1	3.8
Fengsel/institusjon	1	2.2	0	0
<i>Barnets kjønn</i> ^b	72			
Gutter (jenter)	20 (26)	43.5 (56.5)	16 (10)	61.5 (38.5)

Note

^a Separert, enke, aldri gift

^b Alle data unntatt barnets kjønn er innhentet i svangerskapet.

Deskriptive analyser av mors alder og karakteristikk ved barnet vises i tabell 2.

Aldersspennet blant mødrene i utvalget var 17 – 44 år, hvorav størst i risikogruppen. Barnets vekt viser større variasjon i risikogruppen enn i kontrollgruppen, og den laveste fødselsvekten finnes i risikogruppen med 1740g, mens det største barnet på 4715 ble funnet i kontrollgruppen.

Tabell 2. Beskrivelse mors alder og karakteristikk ved barnet ved fødsel

Variabler	Risikogruppe (n=46)		Kontrollgruppe (n=26)	
	Gjennomsnitt	Rekkevidde	Gjennomsnitt	Rekkevidde
Mors alder	27.89	17-40	32.54	27-44
Gestasjonsalder	38.81	32.5-41	40.08	37-42
Fødselsvekt	3315.57	1740-4132	3786.38	3060-4715
Hodeomkrets	34.70	31-40	35.58	33-38

6.2 Sosial tilbaketrekningsatferd hos spedbarn i utvalget

Hovedproblemstillingen i masteroppgaven er å undersøke om spedbarn i risiko viste mer sosial tilbaketrekningsatferd enn spedbarn som ikke var i risiko. Hypotesen i masteroppgaven er at spedbarn av mødre i risiko hadde signifikant mer gjennomsnittlig sosial tilbaketrekningsatferd ved 3 måneder enn spedbarn av mødre uten risiko. Hypotesen ble undersøkt med t-test for uavhengige utvalg (independent sample). Resultatet viste at spedbarn i risikogruppen hadde en gjennomsnittlig høyere total ADBB-skåre enn spedbarn som ikke var i risiko ($t= 1.69$, $df=68$, $p<0.5$, en-halet).

For å undersøke om det var en høyere andel av spedbarn i risikogruppen enn i kontrollgruppen som hadde ADBB-skåre på eller over kuttepunkt (≥ 5), ble det gjennomført kji-kvadrattest. Forholdet mellom gruppetilhørighet og vedvarende sosial tilbaketrekning er marginalt signifikant ($\chi^2 (1, N= 70) = 3,01$, $p=.083$). Tabell 3 viser at 29.5 % av barn i risikogruppen uttrykte sosialt tilbaketrekning over kuttepunktet (≥ 5) mens 11.5 % av barn i kontrollgruppen viste tilsvarende sosial tilbaketrekning.

Tabell 3 Andel av spedbarn som viser sosial tilbaketrekning under og over kuttepunkt (≥ 5) i risikogruppe og kontrollgruppe

	Risikogruppe (n=46)		Kontrollgruppe (n=26)	
	%	n	%	N
ADBB < 5	70.5 %	33	88.5 %	23
ADBB ≥ 5	29.5 %	13	11.5 %	3

6.3 Emosjonelle vansker pre- og postnatalt hos mødrene i utvalget

Emosjonelle vansker ble målt prenatalt og 3 måneder etter fødsel. Hypotesen i masteroppgaven er at mødre i risikogruppen rapporterer signifikant høyere grad av emosjonelle vansker sammenlignet med kontrollgruppen. Hypotesen ble testet med t-test for uavhengige utvalg. Prenatalt ble emosjonelle vansker målt med SCL-25, og postnatalt ble emosjonelle vansker målt med EPDS, se tabell 4.

Tabell 4. T-test, gjennomsnitt for SCL-25 og EPDS i risikogruppe og kontrollgruppe

Variabel	Risikogruppe	Kontroll	T
	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt	
SCL-25	0.86	0.29	5.29† ^a
EPDS	6.28	3.12	3.41†† ^a

† p<.05, en-halet

† † p<.01, en-halet

^a Levene's test viser ikke likhet i varians

Resultatene viser at mødrene i risikogruppen rapporterte signifikant høyere gjennomsnittlig skåre på mål på emosjonelle vansker pre- (SCL-25) og postnatalt (EPDS) sammenlignet med mødrene i kontrollgruppen

For å undersøke om det var høyere andel av mødre i risikogruppen enn i kontrollgruppen som hadde SCL-25 skåre på eller over kuttepunkt (≥ 1.76) i svangerskapet og en EPDS skåre på eller over kuttepunkt (≥ 10), ble det gjennomført kji-kvadrattester, se tabell 5.

Resultater fra kji-kvadrattestene viste ingen signifikante sammenhenger mellom gruppetilhørighet og emosjonelle vansker prenatalt målt med SCL-25, og ikke heller mellom gruppetilhørighet eller emosjonelle vansker postnatalt målt med EPDS. Tabell 5 viser at kontrollgruppen ikke rapporterer om emosjonelle vansker i svangerskapet, mens 7,7 % rapporterer emosjonelle vansker 3 måneder etter fødsel målt med EPDS. I risikogruppen rapporterer 11.4 % om emosjonelle vansker i svangerskapet målt med SCL-25, og videre rapporterte 17.4 % om emosjonelle vansker 3 måneder etter fødsel målt med EPDS.

Tabell 5. Kji-kvadrat for SCL_25 og EPDS i risikogruppen og kontrollgruppen

Variabel	SCL-25		EPDS	
	<1.75	≥1.76	<9	≥10
Risikogruppe	88.6 %	11.4 %	82.6 %	17.4 %
Kontrollgruppe	100 %	0 %	92.3 %	7.7 %

7 Diskusjon

Hensikten med denne masterstudien er å undersøke hvorvidt spedbarn av mødre med emosjonelle vansker eller rusproblemer i svangerskapet viser mer sosial tilbaketrekningssatferd enn barn uten risiko ved bruk av vurderingsverktøyet ADBB-skala. Videre søker masterstudien å belyse om det rapporteres om flere emosjonelle vansker hos mødre med psykiske vansker eller rusproblemer i svangerskapet og etter fødsel enn hos kontrollgruppen. Masterstudiens risikogruppe er godt representert i barnevernet, og forskningsstudier som er redegjort for tidligere i oppgaven viser at det er en høyere risiko for å gi dårlig omsorg som følge av denne belastningen. Dette danner grunnlag for formulering av hypotesene for masterstudien. Masterstudien har sett på om spedbarna viser mer tilbaketrekningssatferd, som er et alarmsignal om ikke-optimale betingelser som spedbarn helt ned til 2 måneders alder kan uttrykke. Resultatene i studien redegjøres for i en kort oppsummering som viser at det er forskjeller mellom gruppene. Disse ulikhetene vil diskuteres og sees i lys av annen forskning, utviklingsteori og transaksjonsmodellen. De demografiske forskjellene mellom de to gruppene vil også diskuteres.

7.1 Sosial tilbaketrekning hos spedbarna i studien

Teorigrunnlaget i masteroppgaven understreker hvor stor betydning det har for spedbarns utvikling at de får tilstrekkelig reguleringshjelp for sine tilstander og følelser fra omsorgspersonen, og videre hvilke konsekvenser det har for spedbarnet å ikke få denne hjelpen. Sosial tilbaketrekning hos spedbarnet utvikler seg som følge av at transaksjonsprosesser mellom spedbarnet og omsorgspersonen over tid har tilført for lite, eller feil respons, slik at spedbarnets behov ikke er blitt ivaretatt godt nok (Guedeney, 1997; Sameroff, Seifer, & McDonough, 2004).

Risikogruppen i masterstudien består av spedbarn med flere risikofaktorer. Spedbarna var eksponert for henholdsvis psykiske vansker eller rusmidler i svangerskapet som gav en biomedisinsk risiko til spedbarnet, og i tillegg var mødrenes omsorgsevne og foreldreferdigheter påvirket av rusproblemer eller psykiske vansker fra svangerskapet. Risikogruppen hadde også lavere soiodemografisk status enn kontrollgruppen. Ut fra dette ble det formulert en hypotese om økt funn av vansker i form av sosial tilbaketrekning hos spedbarna i risikogruppen. Som forventet viser studien at 3 måneder gamle spedbarn i risiko, født av mødre med rusproblemer eller emosjonelle vansker i svangerskapet, uttrykker mer

sosial tilbaketrekning enn spedbarn uten denne risikoen. Analyse av resultatene med t-test viser at spedbarn i risikogruppen hadde en gjennomsnittlig høyere total ADBB-skåre enn spedbarn av mødre i kontrollgruppen. En videre utforskning av utvalgene viser en marginal signifikant sammenheng ($p=0.082$) mellom spedbarnas gruppetilhørighet og å ha en ADBB-skåre under eller over kutte-punktet. Av spedbarna fra risikogruppen hadde 29 % en ADBB-skåre på eller over kutte-punktet.

Masterstudien har vurdert spedbarn ved 3 måneders alder der mødrene og spedbarna har vært fulgt opp av behandlingsapparatet i svangerskapet, og har funnet tendenser som finner støtte i studier av andre typer risikopopulasjoner. Dollberg et al. (2006) og Matthey et al. (2005) sine risikogrupper var representert gjennom emosjonelle vansker hos mødrene, og fant en høyere grad av sosial tilbaketrekning hos spedbarna. I studien til Molteno et al. (2014) undersøkte de sosial tilbaketrekningssatferd hos spedbarn med dobbelrisiko med prenatal alkoholeksponering og mødrenes emosjonelle vansker og fant en høy forekomst av sosial tilbaketrekning hos spedbarna. Studien viste at den biomedisinske risikoen hos spedbarna førte til mer sosial tilbaketrekningssatferd hos spedbarna enn mødrenes depresjon målt pre- og postnalt. Moltenos studie viser med dette hvilken innvirkning biomedisinsk risiko har for spedbarns tilbaketrekningssatferd. I masterstudien var flere av spedbarna også ruseksponert i svangerskapet. Selv om masterstudien ikke målte effekten av ruseksponering for spedbarnets fungering, kan man anta at den samme effekten har betydning for utfallet av sosial tilbaketrekning atferd. Dette som følge av at ruseksponerte spedbarn kan ha større behov for reguleringshjelp, og ha lavere sosial kapasitet enn spedbarn uten denne sårbarheten. I tillegg kan vi anta at de sosioøkonomiske betingelsene for det undersøkte sørafrikanske utvalget i Moltenos studie er langt dårligere enn de norske forholdene. Studien til Braarud et al. (2013) tok også utgangspunkt i spedbarnas biomedisinske risiko gjennom moderat prematuritet, og fant høyere grad av sosial tilbaketrekning hos de prematurfødte spedbarna enn spedbarna født til termin. Funnene fra denne studien var ikke tilsvarende høye som i masterstudien, noe som kan tolkes som at utvalget ikke hadde tilsvarende sosiale og sosiodemografiske belastninger som masterstudiens risikogruppe. Burtchen et al. (2013) sin studie tok utgangspunkt i et immigrasjonsutvalg med flere risikofaktorer i form av høy grad av depresjon hos mødrene og lav sosioøkonomisk status. I studiens kontrollgruppe, som ikke hadde emosjonelle vansker, fant forskerne også en høy grad av sosial tilbaketrekningssatferd hos spedbarna. I studien ble dette resultatet tolket i sammenheng med kontrollgruppens sosioøkonomiske belastninger som følge av deres immigrantstatus, lave sosiale og sosioøkonomisk nivå. Spedbarna fra

risikogruppen i masterstudien har flere risikofaktorer av sosiodemografisk karakter som vil drøftes mer i pkt 7.3.

I masterstudien viste spedbarna i kontrollgruppen en uventet høy grad av vedvarende sosial tilbaketrekning over kuttepunktet ≥ 5 . Dette er et høyt tall også sammenlignet med andre studier. I Braarud et al. (2013) sin studie viste spedbarna som ble rekruttert fra ordinær helsestasjon 4.6 % sosial tilbaketrekning ved 3 måneders alder. To finske studier hvor majoriteten av spedbarna var rekruttert fra helsestasjon viste en forekomst på mellom 2 og 7 % sosial tilbaketrekning (Mantymaa et al., 2008; Puura et al., 2010). Andre studier hvor med en kontrollgruppe viser imidlertid til lignende resultater som masterstudien. I Dollberg et al. (2006) sin studie viste spedbarn i kontrollgruppen tilsvarende høy grad av sosial tilbaketrekning (11.6 %). I denne studien var spedbarnet i alderen 7 – 36 måneder. I studien til Molteno et al. (2014) viste hele 18.6 % i kontrollgruppen sosial tilbaketrekning over kuttepunktet ved 6.5 måneders alder. Spedbarna i masterstudien ble vurdert ved 3 måneders alder, og var yngre enn i de refererte studiene. Det kan være nærliggende å stille spørsmål om alderen på barna kan ha betydning for høyt funn i masterstudiens kontrollgruppe. ADBB-skalaen er utviklet for å vurdere aldersgruppen 2-24 måneder. I studier hvor ADBB-skalaen er benyttet som vurderingsverktøy for sosial tilbaketrekning, har spedbarnets alder variert, fra 3 måneder i den norske studien (Braarud et al. 2013), til studier hvor barna var 6 måneder (Burtchen et al., 2013; Milne, Greenway, Guedeney, & Larroque, 2009), 12 måneder (Guedeney, A. et al., 2012), og andre studier helt opp til 30 måneder (Baptista et al., 2013). Vurderinger av sosial tilbaketrekning med ADBB-skalaen er også benyttet på barn helt ned i 8 ukers alder (Costa & Figueiredo, 2013; Puura, Guedeney, Mäntymaa, & Tamminen, 2007). Utviklingspsykologien har dokumentert at spedbarn bruker tilbaketrekning som en primitiv form for selv-regulering allerede fra fødselen av (Tronick, 1989). Guedeney, Matthey, og Puura (2013) argumenterer at to måneder som nedre aldersgrense for vurdering av sosial tilbaketrekning med ADBB skalaen, ble valgt for å utelukke sosial tilbaketrekning som effekt av varierende kapasitet hos spedbarnet i nyfødtfasen. Skalaen skal ta hensyn til spedbarnets alder og forventet kapasitet, hvor fravær av forventet sosial kapasitet i forhold til spedbarnets alderstrinn vurderes. Ved tre måneders alder beveger spedbarnet seg inn i sin mest sosiale periode, og det forventes at spedbarnet vil oppsøke sosial kontakt og bruke sine sosiale ferdigheter i våken tid (Smith & Ulvund, 1999). Spedbarn har i 3 måneders alder ervervet seg erfaring med omsorgspersonens samspillsstil, og har til en viss grad tilpasset seg denne.

Vansker i samspillet kan i denne alderen viser seg som regel ved tilbaketrekning fra sosial kontakt (Guedeney,1997).

Resultatet som viser en høy andel av spedbarn i kontrollgruppen som viser sosial tilbaketrekning kan være et tilfeldig utslag, eller som følge av at en opphopning av foreldre-barn-dyader som strever i kontakten med spedbarnet, meldte seg til studien. Helsestasjonene i Norge gir tilbud om spedbarnsoppfølging i svangerskap og spedbarnstid til hele befolkningen. Gjennom helsestasjonen vil også mødre med vansker, eller spedbarn med biomedisinsk sårbarheter, ha et tilbud som ikke nødvendigvis fører til at vanskene blir oppdaget.

Masterstudien har benyttet filmopptak av mor og barn i samspill. Dette skiller seg fra den norske og de to finske studiene hvor vurderingen er tatt av en tredjeperson i interaksjon med spedbarnet. Matthey et al. (2005) begrunner vurdering av spedbarnet i kontakt med en undersøker for å unngå å gjøre omsorgspersonen engstelig eller stresset i observasjonssituasjonen. Med det anerkjennes en forståelse av at det å bli filmet kan medføre stress hos omsorgspersonen som kan ha innvirkning på samspillet med spedbarnet. Filmopptak av mor og barn i samspill har vært brukt i andre studier (Burtchen et al., 2013; Dollberg et al., 2006), og masterstudien har vurdert opptakene med tolkning av ADBB-skalaen tilsvarende Burtchen sin studie. Med bakgrunn i at interaksjonen mellom spedbarn og omsorgsperson er fundamentet for spedbarnets sosiale kapasitet, er det naturlig å forvente at spedbarnets reaksjoner vil vises tydelig i samspillet dem imellom. Skåringene av sosial tilbaketrekning gjort av samspillet mellom spedbarn og omsorgsperson ansees derfor likevel å gi et valid resultat.

7.2 Emosjonelle vansker hos mødre

Teori og forskning peker i retning av at emosjonelle vansker hos omsorgspersonen gir en forhøyet risiko for problemer i omsorgsutøvelsen (Kvello, 2014). Emosjonelle vansker hos omsorgspersonen har en inngrepende effekt på blant annet omsorgspersonens tolkning av spedbarnets signaler og omsorgspersonens uttrykk til spedbarnet (Tronick & Beeghly, 2011). En av masterstudiens hypoteser er en forventet høyere grad av emosjonelle vansker pre- og postnatalt i risikogruppen enn i kontrollgruppen.

Mødrenes emosjonelle vansker er undersøkt prenatalt med SCL-25. Skåren fra SCL-25 er analysert med t-test en-halet hvor gjennomsnittskåren for emosjonelle vansker er benyttet. Risikogruppen rapporterer signifikant høyere grad av emosjonelle vansker i svangerskapet enn kontrollgruppen. Kontrollgruppen rapporterte ikke om emosjonelle vansker over kuttepunktet (≥ 1.76) prenatalt, mens 11.4 % av mødrene i risikogruppen hadde emosjonelle vansker i tilsvarende periode. Dette indikerer at flere i risikogruppen hadde emosjonelle vansker prenatalt, noe man kunne forvente da halvparten av mødrene i denne gruppen var rekruttert på grunn av psykiske problemer i svangerskapet. Etter fødsel økte andelen som rapporterte emosjonelle vansker i begge gruppene. I risikogruppen oppga 17.4 % av kvinnene symptomer på emosjonelle vansker og 7.7 % fra kontrollgruppen, med kuttepunkt ≥ 10 på EPDS. Når forekomsten av fødselsdepresjon ligger på mellom 10-15 % (Eberhard-Gran & Slinning, 2007), så betyr dette at forekomsten av depressive symptomer er lavere enn forventet i kontrollgruppen. Resultatene i masterstudien bekrefter hypotesen om høyere grad av emosjonelle vansker i risikogruppen enn i kontrollgruppen.

Tilsvarende resultater er funnet i ADBB-studier med andre risikofaktorer. Burtchen et al. (2013) fant en høy grad av depresjon (38.9 %) 6 måneder etter fødsel i sitt utvalg, men merk at disse kvinnene hadde en klinisk depresjon. Dollberg et al. (2006) fant en signifikant høyere forekomst av depressive symptomer hos mødrene med i risikogruppen som hadde emosjonelle vansker. Guedeney et al. (2012) fant at flere av mødrene til spedbarn som viste sosial tilbaketrekning også rapporterte om emosjonelle vansker målt med EPDS, uten at dette var et signifikant funn. I den norske ADBB-studien, oppgav 11.29 % av mødrene til de premature spedbarna emosjonelle vansker 3 måneder etter fødsel målt med EPDS (Braarud et al 2013).

Når masterstudien viser noe lavere forekomst av emosjonelle vansker hos risikogruppen i sammenlignet med studier av andre høyrisikoutvalg, kan det ha sammenheng med at alle kvinnene mottok behandling for sitt problem allerede i svangerskapet. Deltakelse i behandling var ett av inklusjonskriteriene for alle mødrene i studiens risikogruppen uavhengig av om de hadde psykiske vansker eller rusmiddelproblematikk. Effekten av behandling har ikke vært målt eller vurdert i masterstudien, verken for mødrenes emosjonelle vansker eller for omsorgsutøvelsen. Det vil likefullt være grunnlag for å anta at fokus på omsorgsutøvelse og samspill har vært en del av behandlingsinnholdet som følge av at behandling for de fleste av mødrene startet opp på grunn av svangerskapet. Behandling innebærer i stor grad støtte og i mange tilfeller en mer stabilitet i livsførsel enn om mødrene ikke fikk behandling. For

mødrene med rusmiddelproblematikk vil inklusjonskriteriene om rusfrihet også representere en økt stabilitet i livsførselen gjennom svangerskapet. Man kan av den grunn anta at kvinnene fra risikogruppen kan ha følt en større trygghet og en forbedret emosjonell fungering enn uten behandling. Likefullt viser resultatene en høy grad av sosial tilbaketrekning hos spedbarna i risikogruppen, noe som peker i retning av at omsorgsutøvelsen påvirkes av totalbelastningen av mødrenes emosjonelle vansker og livsbetingelser. Teorigrunnlaget i oppgaven viser til en rekke forhold av omsorgsferdigheter som påvirkes av emosjonelle vansker, hvor spesielt evnen til mentalisering og med det tolkningen av spedbarnets signaler kan bli hemmet og få følger for spedbarnet. Pajulo et al. (2012) studerte betydningen av mødres mentaliseringsevne for omsorgsutøvelsen overfor barn, og fant blant annet spesielle utfordringer med å holde fokus på spedbarnets behov framfor sine egne behov. Når omsorgspersonen har rusmiddelavhengighet eller emosjonelle vansker, vil egne vansker forstyrre omsorgspersonens sensitivitet og påvirke oppmerksomhet, innlevelse og følelsesmessig tilgjengelighet (Flykt et al. 2012). Effekten av omsorgspersonens vansker innvirker på spedbarnets respons i en transaksjonell prosess som kan forsterke de emosjonelle vanskene hos omsorgspersonen.

7.3 Sosiodemografiske faktorer

I masterstudien fremkommer det store ulikheter i bakgrunnsvariablene mellom de to gruppene. Dette bekrefter at risikogruppen har flere belastninger enn kontrollgruppen. Det fremkommer blant annet at alle mødrene i kontrollgruppen lever i parforhold, mens over halvparten i risikogruppen lever uten partner. Å være alene med omsorgen for et barn er en faktor som i sammenheng med andre belastninger utgjør en risikofaktor for omsorgsutøvelsen, mens å leve i et parforhold omtales som en modererende faktor for emosjonelle vansker, og foreldrestress. Vansker i parforholdet derimot virker forsterkende inn på vansker hos omsorgspersonen og får følger for omsorgsutøvelsen (Goodman & Gotlib, 1999; Mantymaa et al., 2008; Røsand, Slinning, Eberhard-Gran, Røysamb, & Tambs, 2011). Parforhold kan derfor kategoriseres som en modererende faktor for omsorgspersonens psykiske helse hvis forholdet er godt, men en risikofaktor for omsorgspersonen ved problemer i parforholdet. Problemer i parforholdet øker stresset i familien, som transaksjonelt forsterker emosjonelle vansker hos omsorgspersonen (Goodman & Gotlib, 1999).

De deskriptive funnene viser en betydelig større andel av mødre fra kontrollgruppen med høy utdanning enn i risikogruppen, hvor 88.5 % av mødrene hadde høyskole eller

universitetsutdannelse, mot kun 32.6 % i risikogruppen. Videre oppgir kun 19.6 % i risikogruppen fulltids arbeid, mens 32.6 % oppgir at de er arbeidsledige. I kontrollgruppen jobber 76.9 % full tid. De nevnte bakgrunnsvariablene gir et tydelig bilde av risikogruppen som dårligere stilt enn kontrollgruppen når det gjelder sosioøkonomiske betingelser. De deskriptive funnene kan beskrives som beskyttende faktorer for kontrollgruppen, mens de samme variablene utgjør risikofaktorer for risikogruppen (Kvelling, 2014). Arbeidsledighet innebærer en utestengning fra arbeidslivet som sosialiserende arena, og kan virke isolerende på den arbeidsledige omsorgspersonen og få en transaksjonell innvirkning for blant annet omsorgspersonens selvfølelse og emosjonelle vansker i tillegg til at familiens økonomiske situasjon blir påvirket. Risikofaktorene virker inn på hverandre gjensidig forsterkende, og påvirker både omsorgspersonens sosiale og psykiske fungering som et ytre stress. Dette underbygges i flere studier hvor foreldre med lav sosioøkonomisk status også har høyere grad av emosjonelle vansker (Gross, Shaw, Burwell, & Nagin, 2009; Guedeney et al., 2012; Luoma et al., 2001). Økonomisk selvstendighet, tilhørighet til arbeidslivet og familiekontekst er normen for en god omsorgsramme for barn, og representerer motstandsressurser som virker som beskyttende faktorer (Antonovsky, 1996). I masteroppgaven er ikke sammenhengen mellom sosiodemografiske forhold, sosial tilbaketrekning hos spedbarna og emosjonelle vansker hos mødre undersøkt. Likevel oppgav risikogruppen sosiodemografiske belastninger som for flere forhold ligner på forholdene i risikogrupperne i studiene til Burchen og Molteno, som blant annet omfatter sivilstatus, utdannelse, og tilhørighet til arbeidslivet. Guedeney et al. (2012) fant at sosial tilbaketrekning hos spedbarn økte med antall lave variabler i mors sosiale status. Resultatene i masterstudien fant en høyere grad av sosioøkonomiske belastninger i risikogruppen hvor også spedbarna viste høyere grad av sosial tilbaketrekning.

De norske forholdene for spedbarnsomsorg skiller seg fra andre land gjennom det unike helsestasjonstilbudet med gratis helseoppfølging i svangerskapet og i sped- og småbarnstiden (Helsedirektoratet, 2015). Norge har i tillegg velferdsordninger som gir en god økonomisk ivaretagelse sammenlignet med forholdene i de refererte studiene. I studien til Braarud et al. (2013) ble dette argumentet nevnt som en mulig forklaring på lavere funn av emosjonelle vansker hos mødre både i risikogruppen og i studiens kontrollgruppe. Disse forholdene kan også ha hatt innvirkning på resultatene i masterstudien, da den ytre tilretteleggelsen som velferdsordningen for sped- og småbarnsfamilier får kan reduserer stressfaktorer som følge av økonomisk tilrettelegging i tillegg til oppfølging og behandling allerede i svangerskapet.

7.4 Risiko hos omsorgsperson og spedbarn påvirker transaksjonelle prosesser

Rusmiddelmisbruk og psykiske vansker er risikofaktorer som fører til høy grad av bekymring med tanke på omsorgsutøvelse (Pajulo et al., 2012; Ravndalen et al., 2015). Omsorgspersoner med slike risikofaktorer er en heterogen gruppe, med store variasjoner i fungering.

Utgangspunktet for mor-barn-dyaden i disse risikogruppene er særdeles sårbart, med en omsorgsperson som ofte har lavere kapasitet enn om hun ikke hadde problemer, og et spedbarn som kan være mer sårbart og ha behov for ekstra sensitiv omsorg (Moe & Slinning, 2002). Funnene i masterstudien viser at 1/3 av spedbarna ikke viser normal sosial utvikling, noe som peker i retning av at mødrenes belastninger emosjonelt og praktisk preger deres fungering i den grad at omsorgsutøvelsen blir påvirket (Abrams et al., 1995).

For spedbarn med en biomedisinsk risiko har det stor betydning at omsorgspersonene blir kjent med spedbarnets sårbarheter for å kunne ta spesielt hensyn til disse. Dersom spedbarnets sårbarheter skyldes omsorgspersonens egen livsførsel, slik tilfellet er med ruseksponerte barn, kan omsorgspersonen være preget av skyld. Skyldfølelse kan forsterke emosjonelle vansker, og spille inn på omsorgspersonens følelser overfor spedbarnet. Det er for eksempel mulighet for at omsorgspersonen normaliserer spedbarnets spesielle behov og dermed ikke gir spedbarnet den nødvendige reguleringshjelpen. Spedbarnets sosiale tilbaketrekning er en reaksjon på manglende reguleringshjelp. En alternativ skissering av transaksjonelle prosesser kan være at spedbarnets reaksjoner tolkes som spesielle behov slik at barnet understimuleres. I et transaksjonelt perspektiv blir spedbarnets sosiale tilbaketrekning en reaksjon på mangelfull stimulering, slik at spedbarnet ikke får hjelp til å være i kontakt (Flykt et al., 2012; Pajulo et al., 2012). Slike transaksjonelle feil, med manglende reparering og reguleringsstøtte, kan være starten på skadelige samspillsmønstre.

Trevarthen (2010) hevder at spedbarn bruker sine sosiale ferdigheter til å motivere omsorgspersonen til å investere av sine følelser i samspillet med spedbarnet. Sosial tilbaketrekning hos spedbarnet virker direkte inn i transaksjonen med omsorgspersonene. En omsorgsperson som ikke får respons hos spedbarnet vil reagere på det i sin neste respons til barnet. Når spedbarnet snur seg bort kan omsorgspersonen miste sin motivasjon til fortsatt positiv kontakt og trekke seg bort, eller velge mer påtrengende initiativ overfor spedbarnet. Begge typer respons fra omsorgspersonen bidrar til å skape avstand til spedbarnet slik at resultatet fra den transaksjonelle prosessen medfører at spedbarnets manglende respons kan

føre til at vanskene utløses og forsterkes (Sameroff, 2009). Stern (1985) beskriver hvordan gjentakende affektive interaksjoner i form av at omsorgspersonen deler spedbarnets følelsesmessige tilstander danner grunnlaget for utvikling av spedbarnets mentale representasjoner. Hvis mønsteret i kontakten mellom omsorgspersonen og spedbarnet blir preget av sosial tilbaketrekning hos spedbarnet, påvirker det spedbarnets utvikling, og får blant annet betydning for utviklingen av mentale representasjoner og relasjonen til omsorgspersonen (Feldman, 2007). Spedbarnet vil opparbeide en erfaring med en ikke-responderende, eller en feil-responderende omsorgsperson. Disse erfaringene vil også få betydning for hvilket tilknytningsmønster spedbarnet etablerer til sin omsorgsperson (Hart & Gröhn, 2011).

7.5 Studiens begrensninger og styrker

Masterstudien har et forholdsvis lite utvalg. Utvalgsstørrelsen svekker generaliserbarheten. Et større utvalg gir mulighet for andre analyser, og åpner blant annet for prediksjonsanalyser for å kunne predikere om sammenhenger. Risikogruppen i masterstudien ansees likevel som unik som følge av at to vesentlige risikogrupper i barnevernet, spedbarn som har omsorgspersoner med rusmiddelproblemer og omsorgspersoner med psykiske vansker er inkludert i studien allerede i svangerskapet. Inklusjonskriteriene for masterstudien vanskeliggjør rekruttering av store grupper, da det er begrenset hvor mange eksempelvis gravide rusmiddelmissbrukere som er i behandling i en tidsbegrenset rekrutteringsfase. For å få robuste resultater, besluttet man derfor å slå sammen de to risikogrupperne til en risikogruppe. Ulempen med en sammenslåing som dette er at man ikke kan finne ut hvorvidt det er ulikheter mellom de to risikogrupperne. Resultatene fra masterstudien samsvarer derimot med andre studier, noe som styrker funnene i studien og sikrer den nødvendige validitet. Masterstudien har bakgrunnsvariabler og rapportering om mødrenes psykiske helse både pre- og postnatalt. Dette gir et mer helhetlig bilde av risiko- og beskyttelsesfaktorer som også spiller inn på spedbarnets sosiale tilbaketrekningssatferd.

Undersøkelsen har brukt ADBB-skalaen som vurderingsverktøy. Den norske ADDB-skalaen er ikke validert ennå (Braarud & Richter, 2014), men resultatene i studien støttes av andre studier med ADBB som vurderingsverktøy. Skalaen har vært overkommelig å lære, til tross for at den krever mengdetrening innenfor de ulike vurderingsområdene. I så måte er ADBB et godt verktøy å benytte i helsestasjoner, av barneleger og barnevernsarbeidere som treffer

sped- og småbarn, slik at spedbarn som viser symptom på sosial tilbaketrekning kan oppdages. Studien viser at ved å vurdere sosial tilbaketrekning hos spedbarn allerede ved 3 måneders alder, har man mulighet til å identifisere spedbarn som trenger oppfølging utover de tiltakene som har vært iverksatt som følge av mødrenes situasjon og svangerskapshistorie.

Funn av sosial tilbaketrekning etter vurdering med ADBB-skalaen sier noe om hvordan spedbarnet reagerer på den sosiale kontakten i vurderingssituasjonen, men ikke om mødrenes forståelse og innlevelse med barnet, ei heller noe om årsaken til sosial tilbaketrekning. En høy ADBB-skåre betyr derfor at det er viktig å følge opp spedbarna og omsorgsgiver med andre kartleggingsverktøy og observasjoner.

7.6 Implikasjoner for praksis

Masterstudien viser at spedbarn helt ned i 3 måneders alder viser vedvarende sosial tilbaketrekning, og at spedbarn som lever i risiko viser høyest grad av sosial tilbaketrekning enn barn uten risiko. Når spedbarn viser vedvarende sosial tilbaketrekning i samspillet med omsorgspersonen, er det utløst av gjentatte transaksjonelle prosesser mellom spedbarnet og omsorgspersonen, hvor spedbarnets behov ikke er blitt tilstrekkelig dekket. Dersom alarmsignalet sosial tilbaketrekning ikke blir oppfattet og intervensert på, kan det få alvorlig følger for spedbarnets tilknytning og utvikling. Det har betydning for hjelpeapparatet at man kan identifisere spedbarn i risiko så tidlig som mulig. De spedbarna som blir oppdaget kan få hjelp så tidlig at skjevutvikling og psykiske vansker forebygges eller behandles. Psykiske vansker og rusproblematikk hos omsorgspersoner er omfattende problematikk hvor det er nødvendig å drive med oppfølging over tid og innenfor flere funksjonsområder. For å finne ut om dyaden kan avhjelpes med støtte og veiledning til omsorgspersonene, må det settes inn fortløpende hjelpetiltak med vurdering om situasjonen for spedbarnet er bedre. Det krever ofte tverrfaglig innsats over tid (Bäcklund et al., 2010).

I masterstudien viste spedbarn helt ned til 3 måneders alder sosial tilbaketrekning. Den viktigste implikasjonen for praksis er å identifisere spedbarn i risiko slik at de kan få oppfølging og hjelp. Spedbarn med foreldre som er i kontakt med hjelpeapparatet har størst sannsynlighet for å bli oppdaget som følge av at foreldrenes vansker er kjent av hjelpeapparatet. Det er likefullt tilfeller av spedbarn som ikke blir fanget opp fordi hjelpeapparatet rundt foreldrene ikke i tilstrekkelig grad ser spedbarnet, eller forstår spedbarnets alarmsignaler. Hjelpeapparatet kan bli forledet til å tro at omsorgspersonens

progresjon i behandling veier opp, eller reduserer vanskene i relasjonen til barnet. Det er ikke alltid tilfelle. Psykiatrien og rusomsorgen har blitt kritisert for å se pasienten (omsorgspersonene) isolert fra sosialt nettverk og familiære forpliktelser (Solbakken, Lauritzen, & Lund, 2005). Dette er i ferd med å snu, blant annet i følge av meldeplikten til barnevernstjenesten (Barnevernsloven, 1992 § 6-4), men også som følge av lovbestemmelsen om barneansvarlig helsepersonell. Spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-7a) pålegger helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven å ha barneansvarlig helsepersonell. Barneansvarlige har ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter. Det er også en økt oppmerksomhet mot barn og familier innenfor rusbehandling og psykiatri.

Den økte risiko som spedbarn med omsorgspersoner med rusproblemer og psykiske vansker har, utfordrer hjelpeapparatets kompetanse. Det er nødvendig at spisskompetansen på sped- og småbarn, som tar tid å erverve seg, er tilgjengelig også for tjenester som ikke kan bygge opp denne kompetansen selv. Det er også nødvendig at tjenestene som er i posisjon til å oppdage barn i risiko, har de kliniske vurderingsverktøy som kan identifisere vansker hos spedbarn så tidlig som mulig. Bufdir (2015) la fram en rapport om faglige anbefalinger om hjelpetiltak for utsatte sped- og småbarn og deres foreldre, med forslag om en trinnvis implementering av et samlet tilbud til denne gruppen. Det innebærer en kompetanseheving i kommunene med tanke på å avdekke og identifisere hjelpebehov hos de yngste barna. I tillegg anbefales en oppjustering av det statlige tilbudet i Sentre for barn og foreldre med målgruppen 0-5 år. Denne oppjusteringen består av at Sentre for barn og foreldre skal bli et lovpålagt tiltak som vil sikre sentrenes eksistens. På lang sikt anbefales det å bygge opp et likeverdig tilbud til målgruppen i alle regioner i Norge. Masterstudien viser nødvendigheten av å identifisere vansker hos spedbarn og deres foreldre så tidlig som mulig og argumenterer i så måte for at satsingen som er foreslått av Bufdir er nødvendig for å ivareta spedbarn i risiko.

8 Oppsummering og konklusjon

I denne masterstudien viste resultatene høyere grad av sosial tilbaketrekning hos spedbarn av mødre med rusavhengighet og psykiatiske problemer i svangerskapet, sammenlignet med en kontrollgruppe. Resultatene var i tråd med studiens hovedhypotese. At sosial tilbaketrekning kan sees så tidlig som i tre måneders alder har betydning i et barnevernsperspektiv med tanke på å bygge opp kompetanse og nødvendige kartleggingsverktøy som kan identifisere og intervensere overfor spedbarna. Studien bekrefter hvor viktig det er med et spesielt årvåkent blikk på risikogrupperne med spesiell oppfølging av svangerskap i disse gruppen. Risikogruppen i masterstudien ble identifisert allerede i svangerskapet, hvor de fikk tett oppfølging og behandling for sine vansker, men likefullt viste en høy andel av barna sosial tilbaketrekning. Dette viser hvor sårbart spedbarnets sosiale kapasitet er overfor omsorgspersonens vansker som uttrykkes i omsorgsutøvelsen. Videre er det viktig å sette inn forebyggende hjelp overfor kvinner som viser vansker i svangerskapet, da funnene fra masterprosjektet viser en større grad av emosjonelle vansker allerede i svangerskapet. Deskriptive funn i masterstudien viser at det også er en opphopning av sosiodemografiske belastninger i risikogruppen til forskjell fra kontrollgruppen, som viser at risikogruppen har flere tilleggsbelastninger enn kontrollgruppen. Funnene i masterstudien kan forklares gjennom transaksjonsmodellen for å forstå hvordan uttrykt risiko hos omsorgspersonen i tid gir konsekvenser for spedbarnets utvikling (Sameroff, 2009). Barnets uttrykte behov og mors emosjonelle tilstand påvirker interaksjonen mellom dem med innvirkning for spedbarnets sosiale utvikling og mors omsorgsutøvelse i en gjensidig prosess over tid. Spedbarnet er spesielt sårbart som følge av den totale avhengighet til omsorgspersonen, og er spesielt risikoutsatt dersom omsorgspersonen ikke klarer å gi tilstrekkelig omsorg ut fra spedbarnets individuelle biologiske forutsetning. Resultatene fra masterstudien utfordrer hjelpeapparatet, gjennom at fagfolk som kommer i kontakt med spedbarn må ha forståelse av alvoret i vedvarende sosial tilbaketrekning hos spedbarn, og tilstrekkelig kunnskap til å identifisere spedbarn i risiko.

9 Referanser

- Abrams, S. M., Field, T., Scafidi, F., & Prodromidis, M. (1995). Newborns of Depressed Mothers. [Article]. *Infant Mental Health Journal*, 16(3), 233-239. doi:Doi 10.1002/1097-0355(199523)16:3<233::Aid-Imhj2280160309>3.0.Co;2-1
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Ammerman, R. T., Kolko, D. J., Kirisci, L., Blackson, T. C., & Dawes, M. A. (1999). Child abuse potential in parents with histories of substance use disorder. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1225-1238. doi: 10.1016/s0145-2134(99)00089-7
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., . . . Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi:10.1093/heapro/11.1.11
- Apter-Levy, Y., Feldman, M., Vakart, A., Ebstein, R. P., & Feldman, R. (2013). Impact of Maternal Depression Across the First 6 Years of Life on the Child's Mental Health, Social Engagement, and Empathy: The Moderating Role of Oxytocin. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1161-1168. doi:doi:10.1176/appi.ajp.2013.12121597
- Backe-Hansen, E. (2012, 10. mai 2012). Barn. *Forskning på bestemte grupper*. Retrieved 2009,
- Bakstad, B., Sarfi, M., Welle-Strand, G. K., & Ravndal, E. (2009). Opioid maintenance treatment during pregnancy: occurrence and severity of neonatal abstinence syndrome. A national prospective study. *Eur Addict Res*, 15(3), 128-134. doi:10.1159/000210042
- Baptista, J., Belsky, J., Martins, C., Silva, J., Marques, S., Mesquita, A., & Soares, I. (2013). Social Withdrawal Behavior in Institutionalized Toddlers: Individual, Early Family and Institutional Determinants. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 562-573. doi:10.1002/imhj.21416
- Bateson, M. C. (1975). Mother-infant exchanges: the epigenesis of conversational interaction. *Ann N Y Acad Sci*, 263(1), 101-113.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J., & Sorter, D. (2003). A comparison of Meltzoff, Trevarthen, and Stern. *Psychoanalytic Dialogues*, 13(6), 809-836.

- Beeghly, M., & Tronick, E. (2011). Early resilience in the context of parent-infant relationships: a social developmental perspective. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 41*(7), 197-201. doi:10.1016/j.cppeds.2011.02.005
- Bekkhuis, M., Rutter, M., Barker, E. D., & Borge, A. I. (2011). The role of pre- and postnatal timing of family risk factors on child behavior at 36 months. *J Abnorm Child Psychol, 39*(4), 611-621. doi:10.1007/s10802-010-9477-z
- Berle, J. O., Aarre, T. F., Mykletun, A., Dahl, A. A., & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord, 76*(1-3), 151-156.
- Betts, K. S., Williams, G. M., Najman, J. M., & Alati, R. (2015). The relationship between maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy and adult offspring behavioral and emotional problems. *Depress Anxiety, 32*(2), 82-90. doi:10.1002/da.22272
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-analysis, 39*(5), 350-373.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry, 52*(4), 664-678.
- Braarud, H. C., & Richter, J. (2014). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Alarm Distress Baby Scale (ADBB). *PsykTestBarn: måleegenskaper ved tester og kartleggingsverktøy, 2014*.
- Braarud, H. C., Slinning, K., Moe, V., Smith, L., Vannebo, U. T., Guedeney, A., & Heimann, M. (2013). Relation between Social Withdrawal Symptoms in Full-Term and Premature Infants and Depressive Symptoms in Mothers: A Longitudinal Study. *Infant Mental Health Journal, 34*(6), 532-541.
- Brandt, A. E., & Grenvik, T. H. (2010). *Med barnet i sentrum: nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforl.
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner: tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforl.
- Bråten, S. (1996). Videoanalyser av spedbarnet i samspill bidrar til å oppheve et modellmonopol. In H. Holter & R. Kalleberg (Eds.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* (pp. 166-193). Oslo: Universitetsforl., 1996.

- Bufdir. (2015). Hvordan bør faglige anbefalinger om et samlet tilbud til utsatte sped- og småbarn og deres foreldre følges opp? Barne- ungdoms og familiedirektoratet.
- Burtchen, N., Alvarez-Segura, M., Mendelsohn, A. L., Dreyer, B. P., Castellanos, F. X., Catapano, P., & Guedeney, A. (2013). Screening for Sustained Social Withdrawal Behaviors in Six-Month-Old Infants during Pediatric Primary Care Visits: Results from an at-Risk Latino Immigrant Sample with High Rates of Maternal Major Depressive Disorder. *Infant Mental Health Journal, 34*(6), 542-552.
doi:10.1002/imhj.21418
- Bäcklund, S., Enstad, F., Frøyland, K., Gimse, A. Ø., Hoel, I., & Ingerslev, H. (2010). Fra bekymring til handling En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. *Veileder fra helsedirektoratet, IS-1742*, 96.
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., & Hansson, K. (1994). Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (1994) 244:1-11, 1994*.
- Clausen, S.-E., & Valset, K. (2012). Spedbarn og småbarn med tiltak fra barnevernet 1995–2008: Utbredelse av omsorgssvikt og risikofaktorer. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 49*, 642-648.
- Cohn, J. F. J., Cohn, E. E., & Tronick, E. E. (1989). Specificity of Infants' Response to Mothers' Affective Behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 28*(2), 242-248.
- Conway, A., McDonough, S. C., Mackenzie, M., Miller, A., Dayton, C., Rosenblum, K., . . . Sameroff, A. (2014). Maternal Sensitivity and Latency to Positive Emotion Following Challenge: Pathways through Effortful Control. *Infant Mental Health Journal, 35*(3), 274-284. doi:Doi 10.1002/Imhj.21445
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry, 150*(6), 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Crittenden, P. M. (1992). Children's strategies for coping with adverse home environments: An interpretation using attachment theory. *Child Abuse & Neglect, 16*(3), 329-343. doi:10.1016/0145-2134(92)90043-q
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci, 19*(1), 1-15.

- Dollberg, D., Feldman, R., Keren, M., & Guedeney, A. (2006). Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and nonreferred infants. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 292-309. doi:10.1002/imhj.20093
- Dollberg, D., & Keren, M. (2013). Correlates of Change in Postinstitutionalized Infants' Sustained Social Withdrawal Behavior Following Adoption. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 574-585. doi:10.1002/imhj.21411
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Schei, B., & Opjordsmoen, S. (2001). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry*, 55(2), 113-117. doi:10.1080/08039480151108525
- Eberhard-Gran, M., & Slinning, K. (2007). Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. *Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt*.
- Evans, J., Melotti, R., Heron, J., Ramchandani, P., Wiles, N., Murray, L., & Stein, A. (2012). The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 632-640. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02513.x
- Feldman, R. (2007). Parent–infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 329-354.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-State Matching and Synchrony in Mother Infant Interactions of Nondepressed Versus Depressed Dyads. *Developmental Psychology*, 26(1), 7-14. doi:Doi 10.1037/0012-1649.26.1.7
- Flykt, M., Punamaki, R. L., Belt, R., Biringen, Z., Salo, S., Posa, T., & Pajulo, M. (2012). Maternal Representations and Emotional Availability among Drug- Abusing and Nonusing Mothers and Their Infants. *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 123-138. doi:Doi 10.1002/Imhj.21313
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*(12), 201-218.
- Gilje, N., & Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforl.
- Glasheen, C., Richardson, G. A., Kim, K. H., Larkby, C. A., Swartz, H. A., & Day, N. L. (2013). Exposure to maternal pre- and postnatal depression and anxiety symptoms: Risk for major depression, anxiety disorders, and conduct disorder in adolescent

- offspring. *Development and Psychopathology*, 25(4pt1), 1045-1063.
doi:doi:10.1017/S0954579413000369
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490. doi:10.1037/0033-295X.106.3.458
- Grenness, C.-E., & Madsen, O. J. (2012). Kritiske forutsetninger for moderne psykologi. *Tidskrift for norsk psykologforening*, 759 - 765.
- Gross, H. E., Shaw, D. S., Burwell, R. A., & Nagin, D. S. (2009). Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: a longitudinal study from early childhood to adolescence. *Dev Psychopathol*, 21(1), 139-156.
doi:10.1017/S0954579409000091
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Guedeny, A. (1997). From early withdrawal reaction to infant depression: A baby alone does exist. *Infant Mental Health Journal*, 18(4), 339-349. doi:Doi 10.1002/(Sici)1097-0355(199724)18:4<339::Aid-Imhj2>3.0.Co;2-G
- Guedeny, A. (2007). Withdrawal behavior and depression in infancy. *Infant Mental Health Journal*, 28(4), 393-408. doi:10.1002/imhj.20143
- Guedeny, A., & Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the alarm distress baby scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559-575.
- Guedeny, A., Marchand-Martin, L., Cote, S. J., Larroque, B., & Group, E. M.-C. C. S. (2012). Perinatal risk factors and social withdrawal behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 21(4), 185-191. doi:10.1007/s00787-012-0250-4
- Guedeny, A., Matthey, S., & Puura, K. (2013). Social Withdrawal Behavior in Infancy: A History of the Concept and a Review of Published Studies Using the Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 516-531. doi:10.1002/imhj.21412
- Guedeny, A., Pingault, J.-B., Thorrr, A., & Larroque, B. (2014). Social withdrawal at 1 year is associated with emotional and behavioural problems at 3 and 5 years: the Eden mother-child cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23(12), 1181-1188.
doi:10.1007/s00787-013-0513-8
- Gulbrandsen, L. M. (2006). *Oppvekst og psykologisk utvikling*. Oslo: Universitetsforl.
- Guneriussen, W. (1999). *Aktør, handling og struktur: grunnlagsproblemer i samfunnsvitenskapene*. [Oslo]: Tano Aschehoug.

- Hans, S. L., Bernstein, V. J., & Henson, L. G. (1999). The role of psychopathology in the parenting of drug-dependent women. *Development and Psychopathology*, *11*(04), 957-977.
- Hart, S., & Gröhn, H. (2011). *Den følsomme hjernen: hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhörighetsbånd*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hart, S., & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon: tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, *49*(12), 1023-1039.
- Heimann, M. (1989). Neonatal Imitation, Gaze Aversion, and Mother Infant Interaction. *Infant Behav Dev*, *12*(4), 495-505.
- Helsedirektoratet. (2015). Graviditet, fødsel og barsel. from Helsedirektoratet
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*, *80*(1), 65-73. doi: 10.1016/j.jad.2003.08.004
- Killén, K. (2009). *Sveket, I, Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kvello, Ø. (2010). Sped- og småbarn utsatt for omsorgssvikt. In V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 493-526). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (2012). Et samlet tilbud til utsatte foreldre med sped- og småbarn i alderen 0-3 år. Oslo: Bufdir.
- Kvello, Ø. (2014). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Lakatos, I., & Feyerabend, P. K. (2000). *For and Against Method : Including Lakatos's Lectures on Scientific Method and the Lakatos-Feyerabend Correspondence*. Chicago, IL, USA: University of Chicago Press.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien*, *2009:4*(Forskning), 288–296.
- Lerner, R. M. (1998). Theories of human development: Contemporary perspectives. In W. D. R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology: Volume 1: Theoretical models of human development (5th ed.)* (pp. 1-24). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

- Lov om barnevernstjenester (1992) (barnevernsloven) Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011) (helse og omsorgstjenesteloven) Helse- og omsorgsdepartementet
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (1999) (spesialisthelsetjenesteloven) Helse- og omsorgsdepartementet
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., & Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(12), 1367-1374. doi:10.1097/00004583-200112000-00006
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.
- Mantymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Kaukonen, P., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2008). Infants' social withdrawal and parents' mental health. *Infant Behav Dev*, 31(4), 606-613. doi:10.1016/j.infbeh.2008.07.005
- Martinussen, M., Araï, D., Friberg, O., Hagtvet, K. A., Handegård, B. H., Jacobsen, B. K., . . . Mørch, W.-T. (2010). *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Matthey, S., Guedeney, A., Starakis, N., & Barnett, B. (2005). Assessing the social behavior of infants: Use of the ADBB Scale and relationship to mother's mood. *Infant Mental Health Journal*, 26(5), 442-458. doi:10.1002/imhj.20061
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1977). Imitation of Facial and Manual Gestures by Human Neonates. *Science*, 198(4312), 75-78. doi:DOI 10.1126/science.198.4312.75
- Milne, L., Greenway, P., Guedeney, A., & Larroque, B. (2009). Long term developmental impact of social withdrawal in infants. *Infant Behav Dev*, 32(2), 159-166. doi:10.1016/j.infbeh.2008.12.006
- Moe, V., & Slinning, K. (2002). Prenatal drug exposure and the conceptualization of long-term effects. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 41-47.
- Molteno, C. D., Jacobson, J. L., Carter, R. C., Dodge, N. C., & Jacobson, S. W. (2014). Infant emotional withdrawal: a precursor of affective and cognitive disturbance in fetal alcohol spectrum disorders. *Alcohol Clin Exp Res*, 38(2), 479-488. doi:10.1111/acer.12240
- Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (2006).

- Pajulo, M., Pyykkonen, N., Kalland, M., Sinkkonen, J., Helenius, H., & Punamaki, R. L. (2011). Substance abusing mothers in residential treatment with their babies: postnatal psychiatric symptomatology and its association with mother-child relationship and later need for child protection actions. *Nord J Psychiatry*, *65*(1), 65-73. doi:10.3109/08039488.2010.494310
- Pajulo, M., Pyykkonen, N., Kalland, M., Sinkkonen, J., Helenius, H., Punamaki, R. L., & Suchman, N. (2012). Substance-abusing mothers in residential treatment with their babies: Importance of pre- and postnatal maternal reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, *33*(1), 70-81. doi:10.1002/imhj.20342
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Pedersen, W. (2015). *Bittersøtt: nye perspektiver på rus og rusmidler*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Puura, K., Guedeney, A., Mäntymaa, M., & Tamminen, T. (2007). Detecting infants in need: Are complicated measures really necessary? *Infant Mental Health Journal*, *28*(4), 409-421. doi:10.1002/imhj.20144
- Puura, K., Mäntymaa, M., Luoma, I., Kaukonen, P., Guedeney, A., Salmelin, R., & Tamminen, T. (2010). Infants' social withdrawal symptoms assessed with a direct infant observation method in primary health care. *Infant Behav Dev*, *33*(4), 579-588. doi:10.1016/j.infbeh.2010.07.009
- Ravndalen, E., Lauritzen, G., & Gossop, M. (2015). A 10-year Prospective Study of Mortality among Norwegian Drug Abusers after Seeking Treatment. *Journal of Addiction Research & Therapy*, *06*(01). doi:10.4172/2155-6105.1000216
- Reme, S. E., & Eriksen, H. R. (2010). Is one question enough to screen for depression? *Scand J Public Health*, *38*(6), 618-624. doi:10.1177/1403494810376559
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, *21*(2), 119-144. doi:10.1111/1467-6427.00108
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse Negl*, *31*(3), 205-209. doi:10.1016/j.chiabu.2007.02.001
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Dev Psychopathol*, *12*(3), 265-296.

- Ryan, D., Milis, L., & Misri, N. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician, 51*(8), 1087-1093.
- Røsand, G.-M. B., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Røysamb, E., & Tambs, K. (2011). Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BMC Public Health, 11*(1), 161.
- Sameroff, A. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology, 12*, 297–312.
- Sameroff, A., Seifer, R., & McDonough, S. C. (2004). Contextual contributors to the assessment of infant mental health. In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 61-76). Oxford: Oxford University Press.
- Sameroff, A. J. (1975). Early influence on development: Fact or Fantasy? *Merrill-Palmer Quarterly-Journal of Developmental Psychology, 21*(4), 267-294.
- Sameroff, A. J. (2009). *The transactional model of development: how children and contexts shape each other*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Sameroff, A. J., & MacKenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology, 15*(03), 613-640. doi:doi:10.1017/S0954579403000312
- Sameroff, A. J., & Rosenblum, K. L. (2006). Psychosocial constraints on the development of resilience. *Ann N Y Acad Sci, 1094*, 116-124. doi:10.1196/annals.1376.010
- Santrock, J. W. (1999). *Life-span development*. Boston: McGraw-Hill College.
- Sarfi, M. (2012). *Vulnerable but adaptable: a longitudinal study of a national cohort of children born to women in opioid maintenance (OMT) treatment* (Vol. no. 337). Oslo: Unipub.
- Sarfi, M., Smith, L., Waal, H., & Sundet, J. M. (2011). Risks and realities: dyadic interaction between 6-month-old infants and their mothers in opioid maintenance treatment. *Infant Behav Dev, 34*(4), 578-589. doi:10.1016/j.infbeh.2011.06.006
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Siqveland, T. S. (2012). *Children born to mothers with substance abuse problems: mother-infant interaction during the infant's first year of life* (Vol. no. 363). Oslo: Unipub.
- Siqveland, T. S., Olafsen, K. S., & Moe, V. (2013). The influence of maternal optimality and infant temperament on parenting stress at 12 months among mothers with substance

- abuse and psychiatric problems. *Scand J Psychol*, 54(5), 353-362.
doi:10.1111/sjop.12063
- Skilbred, D., Iversen, A. C., & Jacobsen, R. (2013). Barn med tiltak i det kommunale barnevernet: Tverretatlig samarbeid om kartlegging og tiltak. *Fontene Forskning*, 2/13, 4-18.
- Skårderud, F., & Söderström, K. (2009). Minding the Baby. *Nordic Psychology*, 61(3), 47-65.
doi:10.1027/1901-2276.61.3.47
- Slinning, K., Hansen, M. B., & Moe, V. A. S. E. (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smith, L., & Ulvund, S. E. (1999). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Solbakken, B. H., Lauritzen, G., & Lund, M. K. Ø. (2005). Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer. *Sirus-Rapport 5*.
- Sosial, N., & helsedepartementet, o. (1997). *Narkotikapolitikken* (Vol. nr 16 (1996-97)). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Spitz, R. A. (1946). Anaclitic depression; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child*, 2, 313-342.
- Stern, D. N. (2002). *First Relationship : Infant and Mother*. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press.
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113-118.
- Søvig, K. H. (2007). *Tvang overfor rusmiddelavhengige: sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tetzchner, S. v. (2001). *Utviklingspsykologi: barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before Speech: The Beginning of Interpersonal Communication*: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (2010). What Is It Like To Be a Person Who Knows Nothing? Defining the Active Intersubjective Mind of a Newborn Human Being. *Infant and Child Development*.
- Tronick, E., & Beeghly, M. (2011). Infants' meaning-making and the development of mental health problems. *Am Psychol*, 66(2), 107-119. doi:10.1037/a0021631

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *Am Psychol*, 44(2), 112-119.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *Int J Psychoanal*, 41, 585-595.