

## Vitenskap og psykologi / Fagartikkel

Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 43, nummer 7, 2006, side 694–701

# Tidlig mor–barn–samspill i norske familier



**Kari Killén**

**Trine Klette**

NOVA

**Espen Arnevik**

Psykologhuset ANS

*I alt 293 mor–barn–dyader er fulgt over fire år. Studien er gjort på grunnlag av videoobservasjoner. Hvilke konsekvenser har ulike former for samspill for barnets utvikling?*

## Innledning

Artikkelen presenterer funn fra en undersøkelse av mor–barn–samspill i løpet av barnets første år. Den er en del av en mer omfattende studie med et longitudinelt design. I alt 293 mødre og barn er blitt fulgt fra barna var tre måneder til de var 4H år. Utvalget omfatter mor–barn–dyader fra et distrikt hvor sosioøkonomiske belastningsfaktorer generelt er lave, og dyader fra et distrikt hvor belastningsfaktorene generelt er høye. I tillegg inkluderer det mødre og barn hvor barna var akutt somatisk syke og fra mor–barn–institusjoner. Hensikten med denne delen av studien er å gi økt kunnskap om samspill i ulike populasjoner. Metoden som er anvendt, Care–Index, er utviklet innenfor den tilknytningsteoretiske referanserammen. Det er et skåringssystem som anvendes til å analysere samspill på grunnlag av video–opptak. Det var også vår hensikt å validere Care–Index for norske forhold. Vi fant en statistisk signifikant forskjell mellom de to normalutvalgene og de fra mor–barn–institusjonene.

## Bakgrunn

Innen helsevesenet og barnevernet er det behov for kriterier for valg av tilnærminger når det gjelder forebyggelse og tidlig behandling av samspillsforstyrrelser, omsorgssvikt og psykiske problemer hos barn. Flere undersøkelser viser at en ofte kommer for sent inn i forhold til barn og foreldre som trenger hjelp. Da er barnas psykiske problemer blitt større og deres utviklingsforsinkelser blitt mer merkbare (Cohn–Donnelly & Daro, 1987; Gaudin, Wodarstki, Arkinson & Avery, 1991; Killén Heap, 1988; Werner, 1989). Ved henvisningstidspunktet til barnevernet har mange av barna allerede utviklet store problemer (Killén, 1996). Langtidsoppfølginger av barn i omsorgssviktsituasjoner viser at disse barna risikerer å utvikle store kognitive og følelsesmessige problemer så vel som atferds– og relasjonsproblemer (Erickson & Egeland, 1996, 2002; Kaplan, Pelcovitz & Labrunna, 1999). Det er behov for å identifisere beskyttelsesfaktorer og registrere barn i risikozonen så tidlig som mulig. Dette må skje allerede på spedbarnsstadiet og i tidlig småbarnsalder ved

helsestasjoner, barneavdelinger, barnehager, PP-tjenesten, klinikker innen psykisk helsevern og innen barnevernet.

I dag finnes omfattende kunnskaper om enkeltfaktorer når det gjelder beskyttelse og risiko og forhold som forsterker og modifierer omsorgssvikt. Det mangler imidlertid kunnskap om hvordan disse faktorene påvirker hverandre (Garmecy, 1987; Rutter, 1987), om tidlig samspill i «gode nok» omsorgssituasjoner (Winnicott, 1969), i ulike risikogrupper og i omsorgssviktsituasjoner. Det mangler dessuten kunnskap om konsekvenser av ulike samspills- og tilknytningsmønstre for barnets senere funksjon og mentale helse. En rekke studier har funnet en sterk sammenheng mellom tilgjengelige og responderende foreldre det første året og trygg tilknytning ved ett år (se for eksempel Belsky, Taylor & Rovine, 1984; Grossmann, Grossmann, Spangler, Suess & Unzer, 1985). Esser, Scheven, Petrova, Laucht og Schmidt (1989) fant, i sin longitudinelle studie over åtte år, at samspill det første året predikerte atferdsforstyrrelser bedre enn det totale antall organiske og psykososiale risikofaktorer. En rekke forskere hevder at hovedsiktepunktet for det tidlige samspillet er å etablere et gjensidig reguleringsmønster (Greenspan & Greenspan, 1989; Stern, 1985). Erickson og Egeland (1996, 2002) fant i sin undersøkelse at følelsesmessig utilgjengelighet hadde alvorligere konsekvenser for barnet enn andre former for omsorgssvikt. Mødres invadering er blitt identifisert av Greenspan og Greenspan (1989) som en variabel som sannsynligvis forstyrrer utviklingen av synkroni og gjensidig regulering mellom barnet og omsorgsgiveren. Egeland, Pianta og O'Brian (1993) fant at barn som hadde invaderende mødre i samspill ved seks måneder, fungerte dårligere sosialt, følelsesmessig og atferdsmessig i første og andre klasse enn barn med sensitive mødre.

Isabella og Belsky (1991) gjennomførte to longitudinelle studier, hvor de undersøkte frekvensen av synkront mor–barn–samspill i hjemmet ved en, tre og ni måneder og tilknytning ved 12 måneder. Synkront samspill ble operasjonalisert som «gjensidig tilfredsstillende atferdsutvekslinger mellom mor og barn» (Isabella & Belsky, 1991). Frekvensen av synkront samspill ved en og tre måneder, men ikke ved ni måneder, var statistisk signifikant forbundet med tilknytningstrygghet ved 12 måneder.

Crockenberg og McClusken (1986) undersøkte hvordan mødres opplevelse av sosial støtte og barns irritabilitet påvirket mødrenes atferd overfor barna. Mors tidlige atferd predikerte ikke mors senere atferd. Endringer i mors atferd var forbundet med sosial støtte. Mødre med god sosial støtte var mer sensitive overfor barna i gjenforeningssituasjonen i fremmedsituasjonsprosedyren ved ett år enn mødre med dårlig støtte.

Crittenden (1981) utviklet Care- Index på grunnlag av tilknytningsteori og fant i et amerikansk utvalg at det var mulig å dokumentere kvalitative forskjeller i mor–barn–samspill i fire forskjellige grupper: overgrep, vanskjøtsel, problematiske og adekvate. Crittenden og Bonvillian (1984) undersøkte forholdet mellom risikostatus og foreldrenes sensitivitet. De brukte samme metode (Crittenden, 1996). Deres materiale besto av foreldre– barn hvor barnet var utsatt for vanskjøtsel, fysiske overgrep, utviklingshemmede foreldre, døve foreldre, foreldre med lave inntekter, samt middelklasseforeldre, hvor det ikke var dokumentert spesielle problemer.

Individuelle variasjoner var store, både når inntektene var lave, og blant middelklasseforeldre (Simø, Rauh & Ziegenhein, 2000).

De fleste undersøkelser som er foretatt når det gjelder foreldre–barn–samspill, har undersøkt relasjonen mor–barn. Det gjelder også denne studien, da det stort sett er mødrene som er hjemme det første året. For å videreutvikle vår forståelse av det helt tidlige foreldre–barnsamspillet er det behov for prospektive longitudinelle undersøkelser både av mor–barn– og far–barn–samspill.

#### **Studiens hensikt**

Siktemålet for studien er å øke forståelsen av tidlig samspill, å gi økt kunnskap om det som karakteriseres som «gode nok» samspill, «risikosamspill» og «omsorgssviktssamspill». Hensikten er å legge grunnlaget for utviklingen av kriterier for differensiert forebygging og tidlig behandling av omsorgssvikt og psykiske problemer hos barn.

Det er sannsynlig at kvaliteten av tidlig samspill og tilknytning påvirkes av sosioøkonomiske faktorer. Vi var derfor interessert i å undersøke samspill i familier med henholdsvis få og mange sosioøkonomiske belastningsfaktorer. Det er også sannsynlig at individuelle faktorer spiller inn, og at det derfor vil være relativt stor spredning i begge disse gruppene. De individuelle belastningsfaktorene omfatter sannsynligvis både mødrenes barndomsbelastninger og situasjonsbelastninger. Det er videre sannsynlig at kvaliteten av samspillet påvirkes av nettverksforhold, det vil si om mor føler at hun har støtte å hente i sitt nettverk. Foreldrenes utdanningsmessige bakgrunn vil sannsynligvis også påvirke kvaliteten av samspillet.

#### **Problemstillinger**

- Hvilke likheter og forskjeller i mor– barn–samspillet kan påvises mellom utvalgene med henholdsvis få og mange sosioøkonomiske stressfaktorer ved 3–4 og 6–7 måneder?
- Hvilke sammenhenger kan registreres mellom psykososiale belastninger og sensitivitet?
- Er det noen sammenheng mellom nettverksforhold og sensitivitet?
- Er det noen sammenheng mellom utdanning og sensitivitet?
- Hvilken betydning har akutte somatiske belastninger og sykehusinnleggelse for tidlig mor–barn–samspill?

#### **Metode**

Utvalget omfatter til sammen 293 mor– barn–dyader, 109 fra et distrikt hvor sosioøkonomiske belastningsfaktorer generelt er lave, 109 fra et distrikt hvor slike belastningsfaktorer generelt er høyere, 29 med akutte innleggelser i barneavdeling (RS–virus) og 46 hvor mødrene var alvorlig psykososialt belastede. I en normal gruppe vil en ikke forvente å finne mange barn i risiko– og omsorgssviktssituasjoner. Utvalget ble derfor utvidet med barn hvor foreldrene hadde rusproblemer, var psykisk syke og/eller hvor det pågikk barnevernsundersøkelser. Det ble dessuten inkludert barn som ble lagt inn på sykehus med kortvarige akutte plager det første leveåret. Med sosioøkonomiske belastningsfaktorer menes det statistiske gjennomsnitt når det

gjelder utdanning, inntekt og boligforhold for distriktene.

- *Utvalg 1* (n = 109) er hentet fra et distrikt hvor de sosioøkonomiske belastningsfaktorene generelt er lave, heretter betegnet som Solåsen. Undersøkelsene ble foretatt ved 3–4 måneder og 6–7 måneder.
- *Utvalg 2* (n = 109) er hentet fra et distrikt hvor de sosioøkonomiske belastningsfaktorene generelt er høye, heretter betegnet som Grandal. Undersøkelsene ble foretatt ved 3–4 måneder og 6–7 måneder.
- *Utvalg 3* (n = 29) er hentet fra en somatisk barneavdeling. Alle var innlagt på grunn av RS-virus. Det ble kun foretatt undersøkelse ved ca. syv måneder.
- *Utvalg 4* (n = 46) er hentet fra to mødre hjem hvor undersøkelse ble foretatt ved 3–4 måneder og 6–7 måneder.

Aldersgruppene ble valgt fordi fysisk synkroni og barnets fysiske velvære er sentralt ved 3–4 måneder og utforskning og lek ved 6–7 måneder (Crittenden, 2001).

#### Undersøkelsesprosedyre

Metoden, Care-Index, er et skåringssystem til å analysere foreldre–barnsamspill på grunnlag av 3–5 minutters video-opptak. Den ble validert for amerikanske forhold i 1981 (Crittenden, 1981). Care-Index-metoden er stadig i utvikling, og det foreligger flere manualer (Crittenden, 1981, 1988, 1996, 2000). Dette materialet er skåret etter manualen fra 1996. Sensitivitet overfor barnets signaler er det sentrale begrepet som skåringssystemet er konstruert rundt. Crittenden (2000) definerer voksen sensitivitet som et atferdsmønster som behager barnet, øker dets velvære og reduserer dets fortvilelse. Prosedyren operasjonaliserer sensitivitet som et dyadisk begrep. Ifølge definisjonen inkorporeres barnets temperament i forståelsen, fordi den voksne bare kan være sensitiv i den grad hun eller han gir passende respons på barnets unike trekk.

Skåringen foregår ved at den enkelte skårer først observerer video-opptaket i sin helhet og danner seg et bilde av om hvor hovedtyngden i samspillet ligger. Atferden kan plasseres på dimensjonene sensitiv, passiv eller kontrollerende for mor, og på samarbeidende, vanskelig, passiv eller «tvangsmessig underkastende» for barnet. Den atferden som skåres, inkluderer syv elementer:

1. ansiktsuttrykk (åpent, imøtekommende)
2. stemme (beroligende, vennlig, synkron)
3. fysisk posisjon og kroppskontakt (passende plassering, kvalitet og kvantitet)
4. uttrykk for hengivenhet
5. turtaking
6. kontroll

## 7.

### valg av aktivitet

De enkelte elementene skåres på grunnlag av gjentatte gjennomganger av samspillet, og barn og foreldre skåres i forhold til hverandre. Det vil si at samsvar eller diskrepans mellom deres respektive uttrykk og atferd vurderes. Hver av de syv elementene får to poeng av til sammen 14. Begge poengene kan plasseres på en av dimensjonene, for eksempel sensitiv, eller fordeles mellom to av dimensjonene, for eksempel sensitiv og kontrollerende, med ett poeng på hver. Avhengig av fordelingen av poengene får man en sluttsum for sensitivitet, kontroll og passivitet for foreldrene og samarbeidende, vanskelig, passiv og tvangsmessig underkastende for barna.

#### Datainnsamling

Ved helsestasjonsdistriktene omfatter utvalgene etterfølgende fødsler. Fra mor–barn–institusjonene gjelder det etterfølgende inntak, og ved barneavdelingen gjelder det etterfølgende innleggelser. Mødrene ble rekruttert ved at henholdsvis helsesøstre, oversykepleiere og instiusjonsbestyrere informerte muntlig og skriftlig om prosjektet, og mulige deltakere ble invitert til å møte prosjektansvarlige for ytterligere informasjon. I hovedutvalgene sa ca. 95 % seg villige til å delta.

#### Dataanalyse

Skåringssystemet Care–Index er blitt anvendt ved analysen av alle opptakene. Ved 3–4 måneder er fysiologisk synkroni og den voksnes evne til å få barnet til å føle seg vel i fokus. Ved 6–7 måneder er dyadisk turtaking og gjensidig glede det sentrale. I bearbeidelsen av dataene er det regnet ut bivariate korrelasjoner (Pearson  $r$ ) og gjennomsnittsforskjeller ved bruk av SPSS versjon 11.5.

#### Sensitivitetsskalaen

Poengsum mellom 7 og 14 regnes av Crittenden som «godt nok»:

- 14–13 poeng: gjensidig fryd, glede over hverandre; en dans
- 12–11 poeng: myk, behagelig interaksjon, lekent, felles positiv følelse
- 10–9 poeng: ganske tilfredsstillende, ingen problemer, men ingen dans
- 8–7 poeng: adekvat lek, men tydelige perioder av dissynkroni (kontrollerende eller passiv)

Poengsum under syv betegnes som intervensjonsspekteret:

- 6–5 poeng: uadekvat/stivt/keitete («inept»). Klare uløste problemer
- 4–3 poeng: klar mangel på empati, manglende lekenhet, likevel noen svake (utilstrekkelige eller ikke vellykkede) forsøk på å respondere på barnet
- 2–0 poeng: total mangel på oppfattelse av eller forsøk på å lindre barnets uro; ingen lek

Care–index differensierer for mye til å være praktisk anvendbar. På bakgrunn av studiens hensikt foretas det en noe annerledes inndeling av sensitivitetsgrupperingene:

- Gruppe 1: 8 poeng eller mer er *godt nok*. Vi vil i denne sammenhengen ikke differensiere denne gruppen ytterligere
- Gruppe 2: 7–5 poeng betegnes i denne sammenheng som *risikosamspill*
- Gruppe 3: 4–0 poeng betegnes i denne sammenheng som *omsorgsviktssamspill*.

Eksempler som illustrerer de ulike gruppene vises i Tabell 1.

Tabell 1. Eksempler på ulike typer samspillsmønstre.

#### «Godt nok»-samspill

**Barn 3 måneder. Mor: sensitiv 12, kontroll 2, passivitet 0. Barnet: samarbeidende 10, vanskelig 2, passiv 2, tvangsmessig underkastende 0**

Barnet står på stallebordet og smiler mot kamera mens mor kler av det. Mor sier «mamma er her, skjønner du». Barnet lener seg mot moren og snur seg mot henne. Setter seg ned. Moren finner en tube og gir det til barnet. Hun bøyer seg ned i barnets høyde, og de smiler varmt til hverandre. Barnet snur seg mot kamera og ser en stund mens mor stryker det forsiktig på venstre legg. Barnet snur seg mot henne igjen, og de smiler til hverandre. De ser lenge på hverandre, og barnet strekker seg mot moren, som hjelper det å reise seg igjen. Ser på morens ansikt. Begge smiler. De begynner å leke litt ved å riste på hodet. Barnet ler. Plutselig skaller de hverandre og begge stopper forskrekket. Mor sier «nå skalla vi, gikk det bra?». Hun ser på barnet, som raskt smiler til henne igjen. Mor legger barnet ned og gir det tuben igjen. Barnet ler. Mor stryker det på lår og mage. Barnet ser i kamera, smiler og ler når mor bøyer seg ned og lager lyder. Mor fortsetter, og barnet ler glad.

#### «Risikosamspill»

**Barn 3 måneder. Mor: sensitiv 5, kontroll 8, passiv 1. Barnet: samarbeidende, 2, vanskelig 8, passiv 4, tvangsmessig underkastende 0**

Barnet ligger på ryggen med ansiktet vendt mot kamera, smiler. Moren forsøker å få kontakt med barnet ved å pirke det litt på kinnet og tromme på barnets lepper. Barnet reagerer ikke, men ligger i samme stillingen, med det samme smilet. Moren dytter hodet sitt ned mot barnets mage, men fortsatt ingen reaksjon. Hun forsøker å dra det i armene, stryker det over hodet og bøyer seg ned slik at de er ansikt til ansikt. Barnet vrir seg lenger vekk. Mor løfter barnet, slik at det må se på henne et øyeblikk, men det snur seg raskt mot den andre siden. Mor tar da hodet til barnet og holder det fast, i vinkel mot henne og kysser det på kropp og hode. Barnet feker med armene, snur seg vekk og ser i kameraet, fortsatt med det samme uforanderlige smilet. Mor spør flere ganger: «Skal du ikke se på mamma litt?» Hun løfter deretter barnet opp i stående stilling og rister og vrir på det, fniser. Barnet er som en filledukke. Mor tar barnet og løfter det flere ganger høyt opp i luften. Legger det ned igjen. Barnet snur seg ganske raskt vekk og kommer med noen lyder.

#### «Omsorgsviktssamspill»

**Barn 7 måneder. Mor: sensitiv 2, kontroll 8, passiv 2. Barn: samarbeidende 4, vanskelig 2, passiv 8, tvangsmessig underkastende 0**

Barnet ligger på maven og utforsker en leke. Mor viser ikke interesse for leken som barnet er

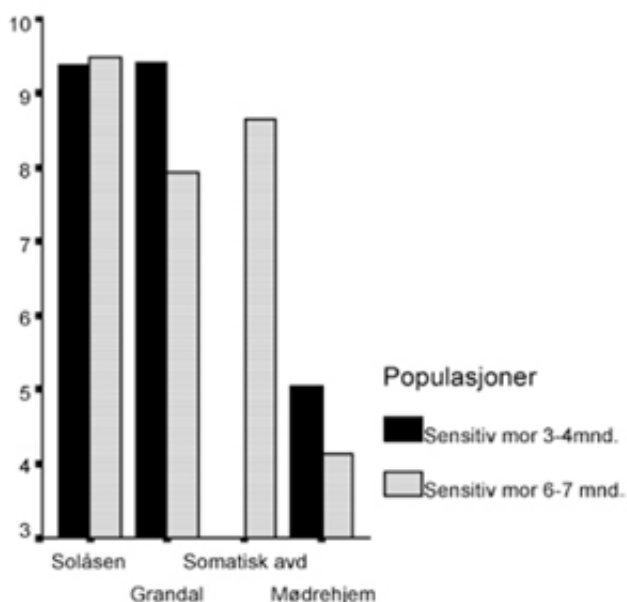
opptatt av. Hun leter etter flere leker i kurven og bringer en etter en til barnet uten å vise eller stimulere barnet til å engasjere seg i dem. Barnet fortsetter med sin leke, men får ikke ro. Etter ett minutt mister barnet balansen, ruller over på siden og blir liggende i en ubehagelig stilling. Barnet gir uttrykk for dette med sutrete lyder, uten at moren gjør noe for å hjelpe. Barnet klarer å rulle tilbake og blir liggende på ryggen. Etter å ha sittet passiv og ledd for seg selv, bøyer mor seg brått over barnet med sitt lange hår som dekker barnets ansikt. Barnet feker urolig med armene, og sender små protestlyder. Mor ler.

### Opplæring av skårere og reliabilitet

De første 48 dyader på 3–4 måneder og de 20 første på 6–7 måneder ble skåret av Pat Crittenden og prosjektlederen som et ledd i opplæringen av prosjektlederen. Ytterligere fire skårere har senere deltatt i opplæring og skåringen, og de resterende opptakene er alle skåret av to uavhengige skårere. Reliabilitet har vært etablert i tilknytning til opplæringen, med henholdsvis 75, 85, 85 og 95 %. Den av skårerne som ikke oppnådde høy nok reliabilitet, er senere testet mot Crittendens skåringer med en reliabilitet på 80 %. Reliabilitetssjekk har vært foretatt i løpet av skåringsprosessen. Inter-skåre reliabilitet er 80 %. Prosentsamsvar har vært regnet på kategoriskåre (sensitivitet, kontroll, passivitet) etter anbefaling fra Crittenden (2001). De er ikke presise, men kan variere med pluss/minus ett poeng. Uenighet har vært drøftet i gruppen, og en endelig konsensuskåre er blitt gitt. Der hvor det har vært tvil, har Pat Crittenden vært konsultert.

## Resultater

*Samspillsmønstre i ulike grupper:* Det fremgår av figur 1 at gjennomsnittsskåren for mødrene i de tre første gruppene ligger innenfor spekteret med «god nok» sensitivitet i forhold til sine barn. Ved mødreheimene ligger gjennomsnittet innenfor risikospekteret.



Figur 1. Fordeling i sensitivitetsskåre hos mødre i de ulike gruppene ved 3.–4. måned og 6.–7. måned.

Som det framgår av Tabell 2, skårer mødrene på mødreheimene gjennomsnittlig

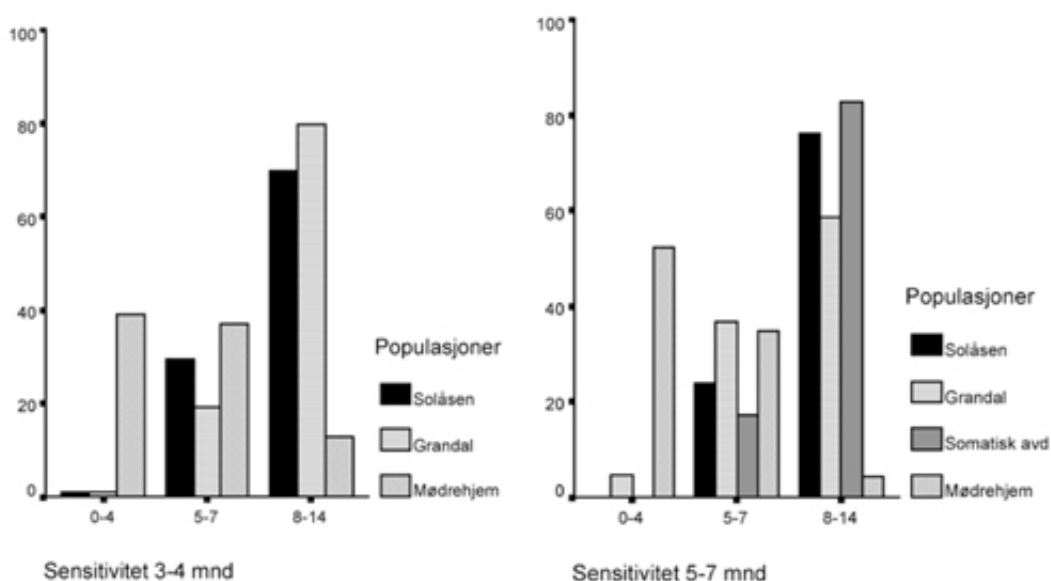
atskillig lavere enn de andre gruppene på sensitivitet ved 3–4 måneder. Denne forskjellen er statistisk signifikant ( $p < 0,01$ ,  $t = 9,1$ ). I tillegg skårer de statistisk signifikant høyere både på passivitet ( $p < 0,05$ ,  $t = -7,1$ ) og kontroll ( $p < 0,01$ ,  $t = -2,9$ ). Det framkommer ingen statistisk signifikante forskjeller i gjennomsnittsskåre mellom de to normalutvalgene med ulik sosioøkonomisk status ved 3–4 måneder. Det kan anes en tendens til større spredning i skårene i Solåsen ved 3–4 måneder, men denne vedvarer ikke ved 6–7 måneder. Ved undersøkelse ved 6–7 måneder øker ulikhetene mellom populasjonene, og det fremkommer en statistisk signifikant høyere gjennomsnittsskåre hos mødrene i Solåsen i forhold til de på Grandal ( $p < 0,01$ ,  $t = 4,6$ ).

Gjennomsnittet i gruppen på somatisk barneavdeling ligger høyere enn Grandal, men lavere enn i Solåsen. Gjennomsnittlig sensitivitetsskåre på mødre hjemmene er enda lavere enn ved 3–4 måneder.

Figur 2 presenterer fordelingen av sensitivitet i de ulike gruppene. Ca. 40 % av mødrene på mødre hjem viser «omsorgssviktssamspill» (skåre 0–4) ved 3–4 måneder. Dette øker til 57 % ved 6–7 måneder. Bare i underkant av 20 % skårer innenfor det som er definert som «godt nok» samspill ved 3–4 måneder, og kun 5 % ved 6–7 måneder. Ved 3–4 måneder ligger rundt 80 % av mødrene fra normalutvalgene innenfor spekteret «godt nok» samspill. Ved 6–7 måneder synker andelen fra Grandal til 59 %.

Tabell 2. Gjennomsnittlig skåre i de ulike grupper (standardavvik i parentes).

Grupper	Sensitiv mor		Kontrollerende mor		Passiv mor	
	3–4 mnd.	6–7 mnd.	3–4 mnd.	6–7 mnd.	3–4 mnd.	6–7 mnd.
Solåsen	9,38 (2,7)	9,42 (2,4)	2,41 (2,1)	1,80 (1,8)	2,20 (2,1)	2,75 (2,1)
Grandal	9,37 (2,2)	7,94 (2,3)	2,02 (1,8)	2,26 (2,1)	2,64 (1,8)	3,72 (2,2)
Somatisk sykehus		8,66 (1,6)		2,24 (1,8)		3,14 (1,6)
Mødre hjem	5,00 (2,3)	4,14 (1,8)	3,62 (3,2)	4,88 (3,5)	5,44 (2,8)	4,98 (2,9)





## Figur 2. Prosentvis fordeling i sensitivitetsskåre.

**Sammenhenger mellom mor og barns samspillstil**

Tabell 3 viser en tydelig sammenheng mellom sensitiv mor og samarbeidende barn ved 3–4 måneder. Det ses også tydelig negative sammenhenger mellom sensitivitet hos mor og barns skåre på passivitet og vanskelighet. Ytterligere en tydelig og statistisk signifikant sammenheng finner vi mellom mors og barns passivitet. Det er også andre statistisk signifikante, men mer moderate sammenhenger mellom mors og barns samspillsstil. Antall barn som skåres som «tvangsmessig underkastende», er ikke stort nok til å si noe om ved 3–4 måneder ( $n = 3$ ).

Tabell 3. Sammenheng mellom mors sensitivitet og barns samspillstil (antall dyader i parentes).

	Samarbeidende barn		Vanskelig barn		Passivt barn		Tvangsmessig underkastende barn	
	3–4 mnd.	6–7 mnd.	3–4 mnd.	6–7 mnd.	3–4 mnd.	6–7 mnd.	3–4 mnd.	6–7 mnd.
Sensitiv mor	,427*	,901*	–,559*	–,417*	–,589*	–,500*	n.s	n.s
	(259)	(289)	(259)	(289)	(259)	(289)	(3)	(7)
Kontrollerende mor	–,292*	–,534*	,348*	,222*	,245*	,055	n.s	n.s
	(259)	(289)	(259)	(289)	(259)	(289)	(3)	(7)
Passiv mor	–,242*	–,512*	,350*	,271*	,488*	,531*	n.s	n.s
	(259)	(289)	(259)	(289)	(259)	(289)	(3)	(7)

Bivariat korrelasjon Pearson  $r$ . \*Signifikans på 0,01 nivå (2-halet).

Funnene fra 3–4 måneder forsterkes ved 6–7 måneder. En tendens til sammenheng mellom kontrollerende mor og «tvangsmessig underkastende» barn observeres, men antallet er for lite til å trekke noen konklusjoner ( $n = 7$ ).

Vi finner en sammenheng mellom sensitivitetsskåre på 3–4 måneder og 6–7 måneder som er statistisk signifikant ( $r = ,50$ .  $p < 0.01$ ). På bakgrunn av endringer i gruppene framkommer det at 25 % av de som skåres i omsorgssviktområdet ved 3–4 måneder, skåres høyere ved 6–7 måneder, og kun én skåre har endret seg til å komme innenfor spekteret «Godt nok». Halvparten av mødrene i gruppen som skåres i øvre del av intervensjonsspekteret ved 3–4 måneder, skåres innenfor «Godt nok»-spekteret ved 6–7 måneder. Gruppen som ved 3–4 måneder skåres «Godt nok» virker mer stabil, og under en tredel skåres innenfor intervensjonsspekteret ved 6–7 måneder. Av disse finnes kun seks i omsorgssviktområdet. Mesteparten av denne stabiliteten skyldes det høye samsvaret mellom «Godt nok» ved de to tidspunktene.

Tabell 4. Sammenheng i sensitivitetsskåre fra 3.–4. måned og 6.–7. måned.

**Sensitivitet 6.–7. mnd      Total**

**Omsorgssvikt Risiko «Godt nok»****0–4 5–7 8–14**

Sensitivitet 3–4 mnd. «Omsorgssvikt» 0–4	15	4	1	20
«Risiko» 5–7	6	31	31	68
«Godt nok» 8–14	6	46	117	169

**Bakgrunnsfaktorer og samspillstil**

Følgende bakgrunnsfaktorer antas å være betydningsfulle i forhold til høy eller lav sensitivitetsskåre hos mor: fødselsrekkefølge, sosialt nettverk, prematur fødsel, psykososiale belastninger og utdanning.

*Fødselsrekkefølge:* De førstegangsfødende skårer i gjennomsnitt litt lavere på sensitivitet enn de andre mødrene. Gjennomsnittet (8,0 ved 3–4 måneder og 7,85 ved 6–7 måneder) er likevel innenfor det som antas som «godt nok».

*Sosialt nettverk:* Det sosiale nettverket ble definert som svakt, middels eller sterkt på grunnlag av mødrenes beskrivelse av det. Tabell 5 viser ingen statistisk signifikant innvirkning på skåre ved 3–4 måneder om mødrene hadde middels eller sterkt sosialt nettverk. De som hadde svakt sosialt nettverk, utmerket seg imidlertid. Gjennomsnittlig sees mer passive ( $p < 0,01$ ,  $t = 4,9$ ) og mindre sensitive ( $p < 0,01$ ,  $t = -5,0$ ) mødre i denne gruppen ved undersøkelsen ved 3–4 måneder.

Gjennomsnittlig skåre på sensitivitet hos gruppen med svakt sosialt nettverk er her 7,18. Dette er så vidt over intervensjonsspekteret. Ved nærmere undersøkelse av denne gruppen finner vi at 55 % viser risikosamspill, og 23 % viser omsorgssviktssamspill. I gruppen med svakt sosialt nettverk finner vi ca. 50 % fra mødre hjem og 50 % fra Grandal, og altså ingen fra Solåsen. De med svakt nettverk skårer enda lavere på sensitivitet ved 6–7 måneder. Gjennomsnittet her er 5,6. I tillegg skårer de statistisk signifikant høyere på kontroll ( $p < 0,01$ ,  $t = 6,6$ ).

Tabell 5. Gjennomsnittlig Care-index-skåre sett i forhold til størrelse på nettverk.

Nettverk	Sensitiv mor		Kontrollerende mor		Passiv mor	
	3–4 mnd.	6–7 mnd.	3–4 mnd.	6–7 mnd.	3–4 mnd.	6–7 mnd.
Lite	*7,18	*5,62	2,80	*4,19	*4,05	4,19
Middels	9,31	8,89	2,22	1,88	2,47	3,19
Sterkt	10,38	8,55	1,50	1,64	2,13	3,73

\*Signifikans på 0,01 nivå

*Prematur fødsel:* Datamaterialet inneholder ni mødre som fødte mer enn fire uker for tidlig. Det er ingen tendenser til utslag i samspillet hos disse, men antallet er for

lite til å kunne generalisere fra det.

*Kjønn:* Vi ser noen små tendenser til at mødre med gutter gjennomsnittlig skårer høyere på kontroll, og mødre med jenter gjennomsnittlig har et mer passivt samspill. Disse resultatene er imidlertid ikke statistisk signifikante.

*Psykososiale belastninger:* Dette inkluderer psykiske lidelser (herunder depressive symptomer), omsorgssvikt i oppveksten (vanskjøtsel, psykiske, fysiske og seksuelle overgrep), avhengig av sosialhjelp, rusmiddelbruk og utviklingshemning. Ytterligere differensiering ble ikke forsøkt, da det var så stor grad av overlapping av problemtypene. Hver av typene ble kodet med 1. Dette ga en belastningsskala på 0–5.

Som det framgår av Tabell 6, finner vi flest mødre med belastningsfaktorer i mødrehjemsgruppen. Disse mødrene har i de fleste tilfellene multiple belastninger. I forhold til samspillmønstre sees det ingen statistisk signifikante sammenhenger med antall belastningsfaktorer i mødrehjemmene. Det er heller ingen statistisk signifikante forskjeller i observert samspillsmønster mellom de som ikke oppgir psykososiale belastninger, og de som oppgir en eller flere av dette ved 3–4 måneder. Ved 6–7 måneder fremkommer det en statistisk signifikant forskjell i sensitivitetsskåre mellom mødre med og mødre uten psykososiale belastninger ( $p < 0,05$ ,  $t = 2,6$ ), men fortsatt ingen sammenhenger med antallet belastninger.

Tabell 6. Fordeling av belastningsfaktorer i gruppene.

	0 bel.faktor	1	2	3	4
Solåsen	98,2 %	1,8 %	0 %	0 %	0 %
Grandal	78 %	18,3 %	2,8 %	,9 %	0 %
Sykehus	86,2 %	3,4 %	0 %	6,9 %	3,4 %
Mødre hjem	15,2 %	4,3 %	34,8 %	30,4 %	15,2 %

*Utdannelse:* Vi finner en statistisk signifikant sammenheng mellom mors utdanning og sensitivitetsskåre både ved 3–4 måneder ( $r = ,31$ ), og ved 6–7 mnd. ( $r = ,49$ ). De 14 mødrene som kun har fullført syvårig folkeskole eller mindre, har gjennomsnittlige sensitivitetsskårer innenfor intervensjonsspekteret. Alle disse er fra mødrehjemsutvalget. Ved 6–7 måneder har bildet endret seg. De som kun har fullført syvårig folkeskole eller mindre, har fortsatt en svært lav gjennomsnittsskåre. Men i tillegg finner vi at mødrene som kun har gjennomført ungdomsskole, gjennomsnittlig har skårer i øverste del av intervensjonsspekteret.

## Diskusjon

*Metodiske begrensninger:* Siktemålet for studien er å gi økt forståelse av det som karakteriserer «Gode nok», risiko- og omsorgssviktssamspill og forhold som påvirker disse. Studien er gjort på grunnlag av omfattende video-observasjoner, og dette har sine begrensninger. De observerte personenes dagsform kan utgjøre en feilkilde. Care-Index manualen understreker at opptakene må gjennomføres når barnet er

uthvilt. For å undersøke betydningen av dette ble det tidlig i studien utført to observasjoner av ca. 20 dyader, med en ukes mellomrom. Det ble funnet noe avvik, men de var ikke store nok til at det ble vurdert som hensiktsmessig å gjennomføre doble observasjoner på hele utvalget. En validering av metoden er også et av prosjektets mål. Det vil forsøksvis bli besvart når vi får resultatene fra de videre observasjonene ved ett, to og fire år.

En feilkilde kan alltid være skårerne. Reliabilitet mellom skårerne ble målt, og kravet var at det ikke skulle være mer enn ett poengs forskjell i sensitivitetsskåringene. Der det var større forskjeller, ble det drøftet i skårergruppen, spesielt nær overgangene mellom de tre gruppene.

Når det gjelder kategorien «tvangsmessig underkastende» i den betydning fagfolk vanligvis bruker begrepet, finner vi i likhet med Simo, Rauh og Ziegenhain (2000) at betegnelsen er lite hensiktsmessig overfor denne aldersgruppen, fordi barn under åtte måneder er fleksible og i sterk utvikling, slik at en fastlåsing i tvangsmessig atferd trolig bare skjer i helt ekstreme situasjoner. Vårt forslag til alternativ betegnelse er «anstrengt tilpasning». Vi fant imidlertid ikke et stort nok antall til å kunne generalisere ut fra denne kategorien.

#### **Funn**

Et uventet funn er den generelt synkende sensitiviteten fra tre til seks måneder, spesielt i utvalget fra Grandal og ved mødre hjemmene. Barnets tilknytningsatferd stimulerer sannsynligvis mor sterkere i de første månedene. Barnet er da først og fremst opptatt av henne inntil det i økende grad vender oppmerksomheten mot andre personer og ting. Barnets tidlige aktive tilnærming til mor kan stimulere hennes engasjement og innlevelse, mens mer utadvendt oppmerksomhet stimulerer mor mindre. Mor vil da kunne respondere med mindre observerbar sensitivitet. De statistisk signifikante forskjellene mellom Solåsen og Grandal ved 6–7 måneder kan også ha preg av at «hverdagen har satt inn», at den første forelskelsen i den lille har lagt seg, og at mødrenes personlige belastninger har slått mer igjennom. At utvalget fra somatisk sykehus ligger mellom Grandal og Solåsen på sensitivitet, kan forstås som et naturlig avvik på bakgrunn av de samme bakgrunnsvariablene. Det er viktig å legge merke til at det fortsatt er svært få mødre fra normalutvalgene som skårer innenfor kategorien «omsorgssviktssamspill».

Det er ikke uventet at mødre hjemsutvalget skårer lavt. Men på tross av tett oppfølging synes det ikke å skje noen stabilisering eller bedring frem til 6–7 måneder. Tvert imot ser det ut til at mødrenes sensitivitet synker. På bakgrunn av samspill som en grunnleggende risiko-/beskyttelsesfaktor gir det dårlige prognoser for disse barna.

Som beskrevet i metodegjennomgangen skåres barnet og moren hver for seg, men i relasjon til hverandre, slik at metoden baserer seg på en sammenheng. Det er derfor ikke overraskende at vi observerte sterke positive sammenhenger mellom sensitive mødre og samarbeidende barn, og respektive negative sammenhenger til vanskelige/passive barn. Sammenhengen vi finner mellom mødre og barn i samspill, er forventet ut fra prosedyren, hvor de skåres i forhold til hverandre. Dette kan

anses som en validering av samspillbegrepet, slik det operasjonaliseres i metoden. Forskjellen i korrelasjonene mellom mødre og barn i de to aldersgruppene kan også skyldes metodiske begrensninger. Det kan blant annet ha sammenheng med at manualen er mer konkret når det gjelder 6–7 måneder enn 3–4 måneder.

Når det gjelder kontrollelementet, har det ofte karakteren av invadering. Mødrene invaderer ved å avbryte spedbarnets aktivitet uten at barnet har signalisert behov for det. Denne kontrollen viser kun svake sammenhenger med barnets samspillsstil ved 3–4 måneder, men har en tydeligere negativ sammenheng ved 6–7 måneder. Dette kan indikere at barnet «tolererer» større grad av invadering tidlig, før behovet for mer utforsking av omverdenen melder seg. Som Green–span og Greenspan (1981) har observert, er invadering en samspillsvariabel som sannsynligvis forstyrrer utviklingen av synkroni og gjensidig regulering. Dette er også et bekymringsfullt funn når en ser det i forhold til Egeland, Pianta og O'Brians (1993) funn at barn som hadde invaderende mødre i samspill ved seks måneder, fungerte dårligere i første og annen klasse. At sammenhenger mellom mors og barns passivitet også er betydelig og øker frem til 6–7 måneder, kan bety at mors samspillsstil ikke gjenspeiles så tydelig i barnet ved 3–4 måneder som ved 6–7 måneder. Når barnet begynner å orientere seg utover, utvikler seg og trenger mors hjelp i dette, ser vi klarere sammenhenger mellom mors samspillsstil og barnets respons. Fokus for samspillet dreier mer i retning av psykologiske behov. Dette kan gjøre samspillet vanskelig og kanskje provoserende, særlig for mødre med store belastninger, manglende kunnskap eller opplevelse av utilstrekkelighet. Dette er også et bekymringsfullt funn når en ser det i forhold til Erickson og Egelands funn (1996, 2002), at følelsesmessig utilgjengelighet har alvorligere konsekvenser for barnet enn andre former for omsorgssvikt.

Et statistisk signifikant og ikke overraskende funn er sammenhengen mellom sensitivitet hos mødrene, og deres opplevelse av kvaliteten på nettverket. Det var ingen statistisk signifikante sammenhenger der hvor nettverket var sterkt eller middels sterkt. Men der hvor nettverket var svakt, fant vi robuste sammenhenger. Det var særlig ved Grandal og mødreheimene at mødrene rapporterte om svakt nettverk. Grandal er et område med mange innflyttede, noe som til en viss grad forklarer mangelen på nettverk her. De har dessuten færre materielle ressurser, noe som kan begrense mulighetene til å utvikle nettverk. Mødrene ved mødreheimene har ikke hatt de samme muligheter til å utvikle nettverk som de andre. Det er sannsynlig at deres svake nettverk har sammenheng med belastende oppvekstforhold, mangelfull skolegang, og arbeidstilknytning. Den lave sensitiviteten som er observert hos disse mødrene, kommer sannsynligvis også til uttrykk i andre relasjoner og vanskeliggjør disse.

Det er sannsynlig at psykososiale belastninger er blitt underrapportert i undersøkelsen, for eksempel ulike former for overgrep i oppveksten. På mødreheimene fant vi mange mødre med belastninger. Rus var unntaket. Uvillighet til å rapportere om rusproblemer skyldes sannsynlig redsel og fare for å miste barnet. Skjevheten i informasjon om psykososiale belastningsfaktorer gjør at vi ikke kan si noe klart om hvilke som påvirker samspillet med barnet. Vi nøyer oss

med å konstatere at det er en overrepresentasjon av slike belastninger i mødrehjemsutvalget. Kategoriene som er anvendt, er grove, og det er dessuten stor forskjell i alvorlighetsgraden. For mødrejemmenes vedkommende er det snakk om multiple belastningsfaktorer som vi antar har stor innvirkning på sensitiviteten. I Grandalutvalget, hvor nesten en femtedel oppgir én belastningsfaktor, ser vi en sammenheng mellom dette og sensitiviteten ved 6–7 måneder. I framtidige undersøkelser er det viktig å differensiere og nyansere kategoriene for psykososiale belastningsfaktorer ytterligere.

Vi fant klare sammenhenger mellom lav sensitivitetsskåre ved 3–4 måneder og minimum skolegang. Samtlige av disse mødrene var fra mødrehjemsutvalget og befant seg i gruppen for «risikosamspill». Ved 6–7 måneder befant de seg i gruppen for «omsorgssviktsamspill».

Gruppen som bare hadde gjennomført ungdomsskole, hadde sunket i sensitivitet til et snitt innenfor risikosamspillene. Manglende kunnskap og utdanning har vist seg å ha innvirkning på den generelle omsorgsevnen. Det gjelder ikke minst kunnskap om barns behov og utvikling (Klette, 1997). Disse funnene er også i samsvar med generelt synkende sensitivitet fra 3–4 måneder til 6–7 måneder.

Sammen med relevante data fant vi at metoden er anvendbar når det gjelder å registrere og bekrefte sammenhenger som også andre studier har påvist, blant annet betydningen av utdanning og sosialt nettverk for sensitivitet. Når det gjelder en mer omfattende validering av metoden, vil den imidlertid først kunne foretas på bakgrunn av data om barnas tilknytningmønstre ved ett år.

#### **Konsekvenser for praksis**

Studien har vist at det er mulig, ved hjelp av Care-Index-metoden, å differensiere mellom samspill som er «gode nok», «risikosamspill» og «omsorgsviktssamspill». Det betyr at det allerede i løpet av det første halvåret er mulig å komme inn med forebyggende tiltak.

Med kunnskap om tidlig mor–barnsamspill og med økt evne til tidlig observasjon bør helsestasjonspersonale på sikt kunne spille en enda mer sentral rolle enn det de allerede gjør når det gjelder forebyggende arbeid. Det er selvfølgelig urealistisk å forestille seg at alt helsestasjonspersonale skal lære seg og anvende Care-Index metoden, med dens detaljerte kodesystem. Som det gikk fram under metodeavsnittet, viste det seg imidlertid å være stort samsvar mellom de trenede kodernes helhetsinntrykk og summen av deres skåringer av de ulike elementene. Det skulle tilsi at en forenklet utgave sannsynligvis kan brukes i praksis, sammen med annen kunnskap. Det bør legges til rette for at den enkelte yrkesutøver lærer seg å observere godt nok til å vurdere hvor tyngden i samspillmønsteret ligger: på det sensitive, kontrollerende/invaderende eller passive/utilgjengelige hos foreldrene og på det samarbeidende, vanskelige, passive og «anstrengt tilpassede» hos barnet. Helsestasjonspersonale vil også ha lengre observasjonstid enn tre til fem minutter, samt mulighet til å observere i ulike situasjoner, for eksempel ved vaksinasjoner og i barselgrupper.

Ved å forholde seg til både universelle og selektive behov innenfor rammen av

universalforebyggende tiltak ved helsestasjonene ligger forholdene til rette for å styrke foreldrenes sensitivitet overfor barnas behov. Det kan sannsynligvis best skje innenfor rammen av gruppevirksomhet, hvor arbeid med foreldre– barn integreres i andre aktiviteter som omhandler barns behov og utvikling og relasjonens betydning (Killén, 2000). De som befinner seg lavest på dimensjonen «Godt nok», vil trolig kunne bevege seg oppover, og grunnlaget for trygg tilknytning vil kunne bli styrket. Der hvor sensitiviteten er mindre og tyngden ligger på kontroll og/eller passivitet, vil en kunne observere dette tidlig, for eksempel ved undersøkelse av motorikk og lek. Der samspillet befinner seg i risikozonen, er det viktig å bestrebe seg på å stimulere samspillet og styrke nettverket. Noen av mødrene som viser «risikosamspill», vil sannsynligvis kunne bli «gode nok» ved hjelp av gruppetilnærminger, som nevnt over. Å få hjelp innenfor rammene av universalforebyggende tiltak vil sannsynligvis oppleves mindre stigmatiserende, fordi behov og utfordringer vil bli alminneliggjort. Men det vil kunne vise seg at noen ikke blir «gode nok». I disse situasjonene vil det være behov for å utvikle mer selektive, omfattende og differensierte tiltak som følges opp over tid. Det gjelder tiltak rettet mot foreldrenes behov, psykososiale og økonomiske belastninger, styrking av nettverket og relasjonen mor–barn. Dette forutsetter et nært samarbeid med psykisk helsevern og barnevern.

Når det gjelder «omsorgssviktssamspill», er det viktig at det foretas en grundig, helhetlig og tverrfaglig vurdering av om foreldrene har et potensial for positiv endring. I denne vurderingen vil en systematisk observasjon av mor–barn–samspill, som Care–Index gir muligheter for, være et viktig bidrag til barnevernets helhetsvurdering. Det er tankevekkende at vi ikke kunne observere noen bedring av samspillet mens mor og barn var i mødreheimene. De mødreheimene data er hentet fra, er generelt gode omsorgssteder, som gir trygge rammer. Men det dreier seg om svært omfattende behov hos disse mødrene. Noen kan muligens hjelpes med mer systematisk investering. Andre har få muligheter, uansett hvor relevant hjelp de får. Noen har trolig for begrensede ressurser til å utvikle mer sensitivitet i forhold til barnet sitt. Det er nødvendig at tidlig samspill og foreldrenes utviklingsmuligheter undersøkes allerede ved plassering i mødreheim. Mødreheimstilbudet må ikke brukes til å tildekke problemene og utsette plasseringen av barn der det er nødvendig.

Hvis helsesøstre og andre som arbeider med foreldre og barn, skal makte å se risiko– og alvorlige omsorgssviktsituasjoner, må de både ha mulighet for samarbeid med andre profesjoner og disponere ulike behandlingstilbud. Det forutsetter også at alle som arbeider med foreldre og barn, får et godt teoretisk grunnlag. Tilknytningsteori bør være et sentralt element i deres utdanning.

**Kari**

**Killén**

Tårnveien 1E, 0369 Oslo

Tlf 22 56 99 47

E–post kari.killen@nova.no

## Referanser

- Belsky, J., Taylor, O. G., & Rovine, M. (1984). The Pennsylvania infant and family development project. I: The development of reciprocal interaction in the mother–infant dyad. *Child Development, 56*, 1299–1313.
- Cohn–Donnelly, A. H., & Daro, D. (1987). Is treatment too late: What ten years of evaluative research tell us. *Child Abuse and Neglect, 2*, 422–433.
- Crittenden, P. M. (1981, 1988, 1996, 2000). *Care Index Manual*. Miami: Family Relations Institute.
- Crittenden, P. M. (1981). Abusing, neglecting, problematic and adequate dyads: differentiating by patterns of interaction. *Merrill Palmer Quarterly, 27*, 201–218
- Crittenden, P. M., & Bonvillian, J. D. (1984). The relationship between maternal risk status and maternal sensitivity. *American Journal of Ortho–Psychology, 54*, 250–262.
- Crockenberg, S., & McCluskey, K. (1986). Change in maternal behavior during the baby’s first year of life. *Child Development, 57*, 746–753.
- Egeland, B., Pianta, R., & O’Brien, M. A. (1993). Maternal intrusiveness in infancy and child maladaptation in early school years. *Development and Psychopathology, 5*, 359–370.
- Erickson, M. F., & Egeland, B. (1996). Child neglect. I L. Berliner, J. Briere, J. A. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (ss. 4–20). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Erickson, M. F., & Egeland, B. (2002). Child neglect. I J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2nd ed.). Thousand Oaks: Calif: Sage Publications.
- Esser, G., Scheven, A., Petrova, A., Laucht, M., & Schmidt, A. (1989). Mannheim rating: System for mother–infant face–to–face interactions. *Zeitschrift für Kinder – und Jugendpsychiatrie, 17*, 185–193.
- Garmecy, N. (1987). Observations on research with children at risk for child and adult psychopathology. I M. McMillan & S. Henau (Eds.), *Child psychiatry, treatment and research*. New York: Brunner/Mazel.
- Gaudin, J. M., & Arkinson, M. K. (1991). Remedying child neglect. Effectiveness of social network interventions. *The Journal of Applied Social Sciences, 15*, 97–123.
- Greenspan, S., & Greenspan, N. (1981). *The essential partnership*. New York: Viking.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., Spangler, G., Suess, G., & Unzer, I. (1985). Maternal sensitivity and newborns’ orientating responses as related to quality of attachment in Northern Germany. I I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory. Monographs of the society for Research in Child Development, 50* (1–2, Serial



nr 209), 233–256.

Heap, K. K. (1988). *Omsorgssvikt og barnemishandling. En kasusanalyse og etterundersøkelse av barn i omsorgssviktsituasjoner*. Oslo; Kommuneforlaget. (Doktoravhandling).

Isabella, R. A., & Belsky, J. (1991). Interactional synchrony and the origins of infantmother attachment. A replication study. *Child Development* 62, 373–384.

Kaplan, S. F., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1997). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part 5. Physical and emotional abuse and neglect. *American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 8, 1212– 1222.

Killén, K. (1996). *Saksbehandlers perspektiv på barn og foreldre i omsorgssviktsituasjoner*. Rapportserie, Barnevernets Utviklingscenter nr. 1.

Klette, T. (1997). *Hvem ser barnet?* Oslo: Kommuneforlaget.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.

Simo, S., Rauh, H., & Ziegenhain, U. (2000). Mother–infant interaction during the first eighteen months and attachment security at the end of the second year. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, 118–141.

Stern, N. D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.

Werner, E. E. (1989). High–risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 82–81.

Winnicott, D. W. (1969). *The child, his family and the outside world*. London: Penguin.

Tidsskrift for Norsk  
Psykologforening

Postboks 419 Sentrum, N–  
0103 Oslo

Tlf. (+47) 23 10  
31 30

Telefaks: (+47) 22 42  
44 20

**Ansvarlig redaktør: Bjørnar Olsen**

[bjornar@psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no)

**RSS | Tips og tekster:**

[redaksjonen@psykologtidsskriftet.no](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)

**Nettansvarlig: Arne Olav L. Hageberg**

[arne.olav@psykologtidsskriftet.no](mailto:arne.olav@psykologtidsskriftet.no)

**Annonser og abonnement:**

[tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)

**Utgitt av Norsk Psykologforening:** [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)