

Spädbarnsproblem – behandling och utvärdering



Anita har en trasig relation till sin egen mor. Redan i småskolan lämnade mamman familjen och hon växte upp med pappa. Först många år senare återvände mor till stan. Idag är kontakten mellan Anita och hennes alkoholmissbrukande mamma gles. Jag intervjuar Anita med dottern Klara, 4 månader, i mitt forskningsprojekt "Spädbarnsproblem – en behandlingsstudie". När jag frågar hur hon upplevt förlossningen blir svaret: "Vidrigt! Allt gick bra medicinskt sett, men det var så utlämnande att ligga där på operations-... jag menar

förlossningsbordet." Efter en tid får flickan kolik och sedan också sömnproblem. Anita får allt tyngre samvete när hon inte lyckas trösta sin flicka. Hon känner sig vilsen utan sina föräldrars stöd. Jag märker att flickan är lättirriterad och inte verkar svara när mamma bjuder in till lek med en skallra. Mammans tilltagande frustration är tydlig.

Spädbarn väcker känslor. Vare sig vi är föräldrar eller proffs känner vi glädje och kärlek när de mår bra – och vanmakt och villrådighet när vi anar känslomässiga problem.

Socionomer kommer i kontakt med relationsproblem av olika slag. Problem i relationen vårdare-spädbarn kan vara komplicerad. Björn Salomonsson berättar här om en metod som visar sig ha effekter.

TEXT: BJÖRN SALOMONSSON ILLUSTRATION: MARIKA METSÄVAINIO

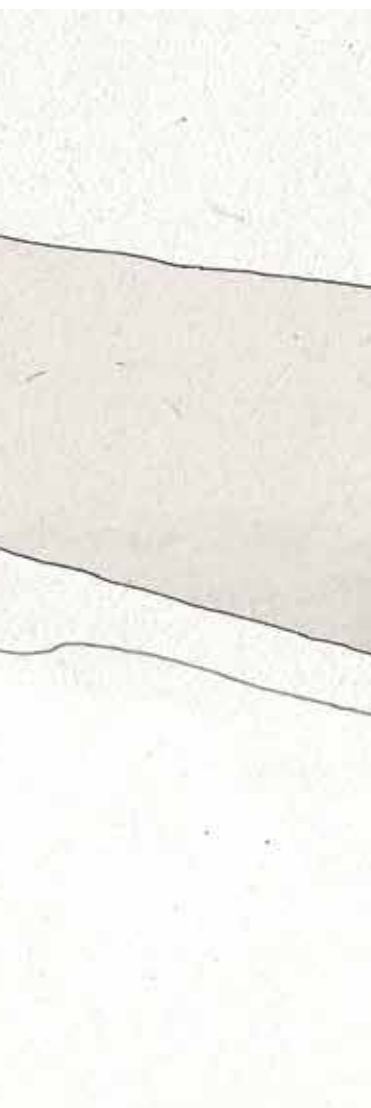


FOTO: MARIKA METSÄVAINIO

Vi har ofta lättare att sätta in sociala och psykologiska insatser för föräldern än för barnet och därför behandla Anita för depression. Däremot är det svårare att förstå babyn inifrån och ana vad Klara och hennes jämnåriga "menar" när de skriker, vänder bort ögonen, vägrar bröstet eller nappflaskan och visar andra tecken på problematisk anknytning. Idag vet man mycket om babyns kognitiva¹ och emotionella² förmågor, liksom att spädbarnstiden har betydelse för personlighetsutvecklingen. Orsaksamband är svåra att fastställa, men postpartum-depression är en riskfaktor³⁻⁴. Hos barn till sådana föräldrar kan man se beteendehämning⁵, temper tantrums

och sömnstörningar⁶ samt försämrad anknytning^{7,8}. Olika psykoterapier finns, såsom Fraibergs⁹ mamma-spädbarns-terapi där mamman ser hur barndomsupplevelser påverkar relationen till babyn. Andra metoder stödjer mor-barn-samspelet¹⁰. Kliniska erfarenheter är omfattande och positiva men få systematiska utfallsstudier har gjorts¹¹⁻¹⁵. Meta-analyser^{16,17} har påvisat terapieffekter på mammans

psykiska tillstånd och samspelets kvalitet.

En svensk metod, mor-spädbarns-psykoanalytisk behandling (engelsk förkortning: MIP) har lanserats¹⁸. Analytikern söker fånga babyns uppmärksamhet med enkla ord som beskriver de känslor man tror ligger bakom skrik, sömnstörningar, amningsproblem, anknytningssvårigheter, sorgsenhet, etcetera. Dessa ord och gester påverkar både barnet och modern. Om babyn till exempel verkar vara arg på mamman kan analytikern påverka barnet att släppa sitt gnällande och i stället "ryta till". Modern, som lyssnar på analytikerns "dialog" med babyn, förstår då sitt barn bättre. Detta kan hjälpa dem återupprätta en kontakt som gått i baklås. På så sätt hjälper man både stor och liten.

Efter flera års kliniska erfarenheter av MIP vid Psykoanalytiska Föreningens Spädbarnsmottagning i Stockholm ville vi nu utvärdera behandlingseffekterna. Men vi visste också att den som utforskar effekter av psykoterapi ställs inför många frågor. Hur relevant är det att föra samman individer i psykiatriska diagnoser¹⁹? Även terapeuter är individer, så vilken betydelse har terapeut-patient-relationen? Följer terapeuter den angivna metoden? Än mer komplicerade blir utvärderingar av mor och spädbarn som ju står på olika mognadsnivåer. Här är effektmätning från flera perspektiv, så kallad triangulering²⁰, viktig. Om den utförs genomtänkt bör kontrollerade randomiserade studier (RCT) kombinerade med systematiska fallstudier hjälpa oss att jämföra behandlingsmetoder.

I min RCT var urvalet mammor som upplevde svårigheter med amning, sömn och humör hos barnet, egen depression och ångest samt anknytningssvårigheter. Jämförelsegruppen utgjordes av mor-barn-par i sedvanlig behandling vid barnvårdscentral (BVC). Hypotesen var att MIP generellt skulle ha bättre effekter. Studien ägde rum i Stockholm²¹. Den kommer också att presenteras i en bok våren 2013, "Tryggare kan flera vara – Samtal med små barn och deras föräldrar", Carlssons Förlag.

»Störningar i mor-barn-relationen drabbar mer än var tionde mamma och nästan lika många barn. Vi behöver sätta in hjälp tidigt då de orsakar lidande och kan ha negativa effekter på sikt.«



Tabell 1. Urvalets karakteristika (N = 75). Förkortad.

		% alt. mv. MIP	(SD) BVC
Rekryterad från	BVC, %	32	27
	Internet, %	57	62
	Karolinska Sjukhuset, %	11	11
Spädbarn	Ålder, månader	4.4 (2.4)	5.9 (3.8)*
	Flickor, %	60	57
	Förlossning, graviditets-v.	39.9 (1.3)	39.7 (2.2)
Mammor	Förstagångsfödreskor	81%	78%
	Medelålder vid barnets födelse	34.0 (3.5)	32.3 (4.6)
	Invandrare	11%	22%
	Ensamboende	5%	8%
	Utbildningsnivå: Postgymnasial	68%	62%
	Somatisk kronisk sjukdom	14%	11%
	Psykiatrisk vuxenstörning	51%	60%
	Psykiatrisk barn- el tonårsstörning	11%	24%
	Tidigare bulimi el aneroxi	19%	14%
Pappor	Pappans första barn	62%	65%
	Medelålder vid barnets födelse	35.1 (5.2)	34.0 (5.2)
	Utbildningsnivå: Postgymnasial	76%	57%

* $p < .05$ (mellan-gruppsjämförelse). mv = medelvärde. SD = standardavvikelse. MIP&BVC = se text.

Där beskriver jag även en modell med tidigt och enkelt insatta psykoterapeutiska förälder-baby-konsultationer på BVC. På samma förlag utkom i år en populärt hållen bok som beskriver spädbarn och äldre barn inifrån: "Brev från barnens O – Två psykoanalytiker i dialog med barn och vuxna".

Studiens genomförande

Studien var mitt avhandlingsarbete under handledning av professorerna Per-Anders Rydelius (barnpsykiatri, Karolin-

ska Institutet) samt Rolf Sandell och Andrzej Werbart (psykologi, Linköpings respektive Stockholms Universitet). Alla intervjuer utfördes av mig (BS). 80 mammor med spädbarn under 1½ år rekryterades från BVC i Stockholm, BB och Amningscentrum vid Karolinska Sjukhuset samt från annonser på föräldrasajter. Vid första intervjun bedömde jag mor-barn-relationen och spelade in en video för samspeksbedömningar. Mammor och barn lottades till MIP eller BVC. En specialistläkare undersökte barnen, mammorna fyllde i frågeformulär, och sedan startade behandlingarna.

Tabell 2. p-värden och effektstorlekar för MIP jämfört med BVC.

Instrument	F	p	Cohen's d	Becker's D
EPDS	5.894	.018	0.39	0.57
ASQ:SE	1.255	.266	0.20	0.25
PIR-GAS	8.210	.006	0.58	0.84
SPSQ	3.901	.052	0.14	0.37
SCL-90	2.038	.158	0.25	0.11
EAS				
Mor: sensitivitet	4.872	.031	0.42	0.67
Mor: strukturering	1.718	.195	0.15	0.36
Mor: icke-intrusivitet	0.039	.844	0.27	0.02
Barn: gensvar	2.701	.105	0.17	0.47
Barn: involvering	0.444	.508	0.10	0.22

Förkortningar: se artikeltexten under "instrument"

MIP-gruppen, som även fortsatte sina BVC-besök, behandlades av analytiker knutna till Spädbarnsmottagningen. Täta och regelbundna handledningsmöten säkerställde att behandlingarna höll god kvalitet och skedde enligt MIP-metoden. Själv påverkade jag inte hur behandlingarna utfördes.

Uppföljningsintervjuer ägde rum ½ år senare, då jag också intervjuade analytikerna. Jag använde dessa plus mamma-intervjuerna för att bedöma hur MIP-metoden använts.



Urval och bortfall

Jag blev kontaktad av 214 mammor. Vid en telefonintervju berättade jag om projektet. Många tackade då nej, ofta för att "bekymren har löst sig". 40 mor-barn-par lottades till MIP respektive BVC. Som tabell 1 visar rekryterades cirka 60 procent från internet. Bortfallet var lågt i båda grupperna och till de statistiska analyserna kunde vi använda 38 MIP-fall och 37 BVC-fall. På så sätt fick vi en rättvisande bild av varje behandlingsmetods potential²².

Instrument

Mammorna fyllde i frågeformulär för depression (EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale²³, stress (SPSQ, Swedish Parental Stress Questionnaire²⁴ och psykiatriska

symptom (SCL-90, Symptom Check List-90²⁵ samt barnets funktion (svensk version av ASQ:SE, Ages and Stages Questionnaire: Social-Emotional²⁶. Jag bedömde mor-barnrelationens kvalitet (PIR-GAS, Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale²⁷. Mina bedömningar kontrollerades mot en utomstående erfaren spädbarnspsykologs uppfattningar. Två andra oberoende bedömare poängsatte samspelet utifrån videoinspelningarna (EAS, Emotional Availability Scale²⁸.

Jag ville även systematisera mina kliniska intryck av mam-mor och barn. Jag valde så kallade idealtyper²⁹, en sorts kvalitativ klustring. 2/3 av mammorna kallade jag *Delaktiga*. De anade att de påverkade relationsproblemen och barnets symptom och ville delta i psykoterapi för att förstå mera. 1/3 kallade jag *Övergivna* mammor. De kände sig lämnade i en svår situation och ville få stöd och konkreta råd om barnet. Däremot var de inte angelägna att delta i en terapiprocess för att undersöka sin relation till barnet. Gällande barnen grupperade jag hälften som *Påverkade*. De grät mycket, såg inte mamma i ögonen, slängde sig från bröstet, sov dåligt, hade svårt att knyta an till mamman och så vidare. De *Opåverkade* barnen var däremot relativt fria från symptom. Fördelningen var 50/50.

I vetenskapliga sammanhang behöver man säkra att instrumenten är konsistenta och tillförlitliga. Värdena på



dessa mätningar återfinns i originalpublikationerna. De visade generellt en god konsistens och reliabilitet. Instrumenten tycktes alltså mäta det som de faktiskt skulle mäta.

Resultat

Data från förstagångsintervjun: Medelvärdena för instrumenten låg på kliniska nivåer. För till exempel EPDS var det 11.9, vilket motsvarar cut-off-gränsen för postpartum-depression. SCL-90 pekade på mer än dubbelt så hög andel psykiatriska symptom som för jämnåriga kvinnor³⁰ och spädbarnsmammor³¹. Rekryterings-gruppernas (BVC, KS och internet) värden uppvisade inga skillnader. En typisk mamma var en 33-årig förstföderska med postgymnasial utbildning och med depression, ångest eller ådstörning i bakgrunden. En typisk baby var 5 månader gammal och hade förlöst normalt, även om kejsarsnitt var överrepresenterade. Urvalet var alltså ett socialt låg-risk men psykiatriskt medel-risk sample med ett starkt inslag av postpartumdepression.

När man jämför två grupper finns alltid risken för en sned

fördelning. Men fördelningen av mamma- och barn-typerna var faktiskt lika mellan behandlingsgrupperna. Däremot hade *Delaktiga* mammor en sämre relation och lägre känslighet för barnet än de *Övergivna*. Bland barnen hade de *Påverkade* mer problem enligt ASQ:SE, deras mammor uppgav mer stress och hade lägre känslighet och strukturering i samspel med barnen. Även barnen hade lägre värden på samspelebedömningarna. Mina kliniska barnbedömningar stämde alltså väl med instrumenten.

Data från uppföljningsintervjun: Alla mammor besökte BVC enligt svenska rutiner: ett besök per vecka för de yngsta barnen, och ett besök varannan eller var fjärde vecka för de äldre barnen. I BVC-gruppen fick 1/3 extra samtalshjälp: kortvariga kognitiva eller psykodynamiska terapier inriktade på mammans eller äktenskapets problem. En kort BUP-spädbarnspsykoterapi initierades. MIP-gruppen fick samtal 2-3 gånger per vecka, i snitt 23 sessioner. Mina intervjuer med analytikerna visade att de höll en god metodtrohet.

Som tabell 2 visar gav MIP bättre resultat på depression, mor-barn-relationens kvalitet samt mammans känslighet

90x122
Hammarby
familjebehandl

90x122
Grödbygården 1



för barnets signaler. En nästan signifikant effekt erhöles på stress. Effekstorlekarna var små till moderata mätt med Cohen's d. Mätta med Becker's D³⁷ var de större. Det måttet tar hänsyn till skillnader i instrumentens ingångsvärden och ger därför en rättvisare bild av effekten.

Vi ville också undersöka om resultaten skilde sig mellan mamma- och barn-typerna. Dyader med *Påverkade* barn utvecklades bättre på relationens kvalitet och på mammans känslighet om de gick i MIP jämfört med BVC. Likaså förbättrade de *Delaktiga* mammorna sin känslighet mer av MIP.

Diskussion



Störningar i mor-barn-relationen drabbar mer än var tionde mamma^{32,33} och nästan lika många barn³⁴. Vi behöver sätta in hjälp tidigt då de orsakar lidande och kan ha negativa effekter på sikt. Den här studien undersökte effekten av en ganska kort behandling, där analytikern söker få kontakt med barn *och* mor. Som jämförelse användes en stödjande BVC-sjuksköterskekontakt, ibland med en kortare psykologkontakt.

Vi fann evidens för MIP:s positiva effekter och undersökte även vilken metod som hade bäst effekt för olika typer av mor och barn. Mera insiktsorienterade *Delaktiga* mammor hade klart mer nytta av MIP än av BVC. Terapisamtalen tycktes hjälpa dem att "läsa av" och förstå barnet. För *Övergivna* mammor fanns vga tecken att BVC-sköterskans stöd och uppmantran passade dem bättre. Bland *Påverkade* barn utvecklades relationen och mammornas känslighet framför allt av MIP. Analytikernas baby-fokus tycktes alltså speciellt hjälpa barn som mädde dåligt liksom deras mammor.

Slutsatsen blir att särskilt *Påverkade* barn och deras mammor bör erbjudas MIP. Vi behöver också undersöka mammans motivation att arbeta terapeutiskt med problemen. Om sådan finns kan hon erbjudas MIP eller annan psykoterapi. Om svaret är nej bör behandlingsmetoden vara mer stödjande.

Som alla studier har denna begränsningar: ett storstadsurval av kvinnor med något bättre utbildning än genomsnittet. Likaså var jämförelsegruppens behandlingar mindre väl definierade. Studien är en första utvärdering. Nästa studie bör jämföra MIP med en mera väl definierad behandlingstyp såsom Marte Meo eller mor-baby-psykoterapi. Den kan då också klarlägga om våra slutsatser kan överföras på andra psykodynamiska mor/barn/terapi. Vidare bör MIP:s långtidseffekter undersökas. Vi följer nu upp barnen när de fyllt 4½ år. De kan då psykologtestas varför utvärderingen av deras mentala hälsa blir mer tillförlitlig.

Hur gick det då för Anita? Hon och dottern Klara gick i MIP i fyra månader. Analytikern berättade för mig att hon

först känt sig plågad i samtalen. Anitas inre bilder av sin mor påverkade hur hon uppfattade flickan. Anita trodde att Klara kunde dö när som helst. Analytikern trodde det berodde på hennes tilltrasslade relation till sin mor. Anita visste att hon var arg på sin mor men inte i hur stor utsträckning. Raseri kan leda till att man önskar livet ur den man hatar, en förbjuden tanke för Anita. Analytikern gjorde också en annan iakttagelse: Anitas kärlek och omsorg var uppenbar, men man anade också att Anita var arg på Klara. Flickan "smittades" av Anitas modershat. Det tog sig uttryck i Anitas övertygelse att flickan hotades av dödsbringande sjukdomar. Dock tolkade analytikern inte detta för Anita som kunde ha uppfattat det som sårande och skrämmande. I stället sa hon till *flickan*: "Klara, din mamma är rädd att du ska dö. Jag undrar om du anar att mamma är orolig. Det är inte så lätt för dig, för du förstår ju inte vad som händer i mamma eller vad som skrämmer dig."

Anitas "mammaspöke" förvred hennes uppfattning om Klara. Analytikern kunde ha vänt sig till Anita om detta. Men MIP-analytikern talar gärna till *barnet* om dess "babyspöke", alltså Klaras oro över mammas dunkla signaler. Självklart påverkade analytikerns ord mamman. Men man märkte också att Klara efter en tid lyssnade noggrant på analytikern och drog nytta av det. Vid andragångs-intervjun hade Anitas EPDS-poäng liksom samspels-poängen förbättrats kraftigt.

Praktisk tillämpning

Psykoterapi med förälder och spädbarn kräver en speciell kompetens. Man kan tro att det är en exklusiv verksamhet, men jag har en annan uppfattning. På BVC kan man enkelt och prestigelöst inspirera ängsliga och ledsna mammor – ibland med oroliga spädbarn – att tala med en terapeut som arbetar på själva BVC. Det ska inte behövas remisser utan kontakten etableras informellt. Terapeuten behöver också handleda BVC-sjuksköterskorna för att stötta dem att ta upp psykologiska problem med föräldrar. Liknande modeller används på sina håll men tyvärr för sällan. På Mama Mia BVC i Stockholm har vi nu använt denna modell i fem år med goda resultat, vilka presenteras i boken "Tryggare kan flera vara". Allmänna Arvsfonden har just beviljat medel för ett projekt som ska sprida modellen till andra BVC i Stockholm.

Avhandlingen kan beställas på www.bjornsalomonsson.se. ■

Referenser

¹⁾ Bremner G, Slater A. *Theories of infant development*. Malden, MA: Blackwell Publishing; 2004.



- ²⁾ Nadel J, Muir D, eds. *Emotional development. Recent research advances*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- ³⁾ Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2009;48(9):919-927.
- ⁴⁾ Tronick E. *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York City: W. W. Norton; 2007.
- ⁵⁾ Moehler E, Kagan J, Parzer P, et al. Childhood behavioral inhibition and maternal symptoms of depression. *Psychopathology*. 2007;40(6):446-452.
- ⁶⁾ Murray L, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*. 1997;77(2):99-101.
- ⁷⁾ Toth SL, Rogosch FA, Sturge-Apple M, Cicchetti D. Maternal depression, children's attachment security, and representational development: An organizational perspective. *Child Development*. 2009;80(1):192-208.
- ⁸⁾ Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health*. 2006;9(5):273-278.
- ⁹⁾ Fraiberg S. *Clinical studies in infant mental health*. New York: Basic Books.; 1980.
- ¹⁰⁾ McDonough SC. Promoting positive early parent-infant relationships through interaction guidance. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 1995;4(3):661-672.
- ¹¹⁾ Cohen NJ, Muir E, Parker CJ, et al. Watch, wait and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*. 1999;20(4):429-451.
- ¹²⁾ Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 1. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*. 2003;182(5):412-419.
- ¹³⁾ Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*. 2003;182(5):420-427.
- ¹⁴⁾ Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*. 1991;62(1):199-209.
- ¹⁵⁾ Robert-Tissot C, Cramer B, Stern DN, et al. Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*. 1996;17(2):97-114.
- ¹⁶⁾ Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2007;191:378-386.
- ¹⁷⁾ Singleton JL. *Parent-infant interaction interventions: A meta-analysis*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; 2005.
- ¹⁸⁾ Norman J. The psychoanalyst and the baby: A new look at work with infants. *International Journal of Psychoanalysis*. 2001;82(1):83-100.
- ¹⁹⁾ Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lambert MJ, ed. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 2004:307-390.
- ²⁰⁾ Elliott R, Fischer CT, Rennie DL. Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*. 1999;38(3):215-229.
- ²¹⁾ Salomonsson B. "BABY WORRIES" - A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
- ²²⁾ Chakraborty H, Gu H. A mixed model approach for intent-to-treat analysis in longitudinal clinical trials with missing values. *RTI Press publication MR-0009-0903* 2009; <http://www.rti.org/rtipress>.
- ²³⁾ Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 1987;150:782-786.


185x60

Sverigehälsan

- ²⁴⁾ Östberg M, Hagekull B, Wettergren S. A measure of parental stress in mothers with small children: dimensionality, stability and validity. *Scandinavian Journal of Psychology*. 1997;38(3):199-208.
- ²⁵⁾ Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*. 1973;9:13-27.
- ²⁶⁾ Squires J, Bricker D, Heo K, Twombly E. Identification of social-emotional problems in young children using a parent-completed screening measure. *Early Childhood Research Quarterly*. 2001;16(4):405-419.
- ²⁷⁾ ZERO-TO-THREE. *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC 0-3:R)*. Washington: DC: ZERO TO THREE Press; 2005.
- ²⁸⁾ Biringer Z, Robinson JLC, Emde RNC. *Emotional Availability Scales*. 3rd ed. Colorado State University: Unpublished manual; 1998.
- ²⁹⁾ Wachholz S, Stuhr U. The concept of ideal types in psychoanalytic follow-up research. *Psychotherapy Research*. 1999;9(3):327-341.
- ³⁰⁾ Fridell M, Cesarec Z, Johansson M, Malling Thorsen S. *Svensk normering, standardisering och validering av symptomskalan SCL-90 (a Swedish standardization and validation of the SCL-90)*. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse; 2002.
- ³¹⁾ Börjesson K, Ruppert S, Bågedahl-Strindlund M. A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors. *Archives of Women's Mental Health*. 2005;8(4):232-242.
- ³²⁾ O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996;8(1):37-54.
- ³³⁾ Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997;95(1):62-66.
- ³⁴⁾ Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, et al. The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 2007;48(1):62-70.



Författare

Björn Salomonsson, med.dr. 
 Enheten för barn- och ungdomspsykiatri
 Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa
 Karolinska Institutet, Stockholm
 bjorn.salomonsson@ki.se

185x122
 CEAN