

Spædbarnsterapiuddannelsen  
ved Dansk Institut for Spædbarnsterapi, Hold 9  
Inger Thormann og Inger Poulsen

## **Tidlig følelsesmæssig støtte af det for tidligt fødte barn og dets familie med spædbarnsterapiens metode**



**Afsluttende eksamensopgave  
Af Tine E. Thingholm  
April 2020**

## Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Problemformulering</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Baggrund for emnevalg</b> .....	<b>5</b>
<b>4. Det at være født for tidligt</b> .....	<b>5</b>
<b>5. Prænatal og perinatal psykologi</b> .....	<b>6</b>
5.1. Tilknytning og forladthedssyndromet – John Bowlby .....	7
<b>6. Tidlige traumer</b> .....	<b>8</b>
<b>7. Hvad giver det for tidligt fødte barn stress/traumer?</b> .....	<b>9</b>
7.1. Det sympatiske vs. parasympatiske nervesystem .....	10
<b>8. Hvordan hjælper vi det for tidligt fødte barn?</b> .....	<b>10</b>
8.1. Sårbarhedsmodellen – Per Schultz Jørgensen.....	11
8.2. Overgangsobjekter – Donald W. Winnicott.....	12
8.3. Det nuværende øjeblik – Daniel Stern .....	12
8.4. Spædbarnsterapi og spædbarnsterapiens metode.....	13
8.4.1 <i>Lad aldrig barnet smerte blive glemt – Françoise Dolto</i> .....	13
8.4.2 <i>Alt usagt binder energi – Caroline Eliacheff</i> .....	14
8.4.3 <i>Lad aldrig barnet være alene med sin smerte – Inger Thormann og Inger Poulsen</i> .....	14
<b>9. Spædbarnsterapiens metode anvendt som tidlig følelsesmæssig støtte af det for tidligt fødte barn ...</b>	<b>15</b>
<b>10. Redskab: ”Lillebitte Coline – en fortælling om at blive født for tidligt”</b> .....	<b>17</b>
<b>11. Diskussion og konklusion</b> .....	<b>17</b>
<b>12. Fremtidsperspektiver</b> .....	<b>19</b>
<b>13. Referencer</b> .....	<b>19</b>
<b>13. Bilag</b> .....	<b>22</b>
13.1. Uddrag fra bogen ”Lillebitte Coline” .....	22

## 1. Indledning

I Danmark fødes omkring 6% af en årgang for tidligt - svarende til ca. 4000 børn årligt<sup>1,2</sup>. I takt med forbedret videnskab og optimerede medicinske redskaber, overlever langt flere for tidligt fødte børn i dag. Udover de helt tydelige somatiske udfordringer, hvor barnet har brug for hjælp i form af f.eks. sonde, kuvøse, ilt/respirator og medicin, så er der betydelig øget risiko for psykologiske udfordringer. Man ved endnu ikke med sikkerhed, hvad der skaber sidstnævnte, men man ved, at disse børn fødes med et umodent centralnervesystem, der ved den for tidlige fødsel pludselig bombarderes med stimuli og man ved, at mange af børnene må igennem kortere eller længere tids fysisk adskillelse fra deres mor pga. behovet for kuvøse. Ligesom mange må igennem adskillige traumatiske oplevelser i form af medicinske indgreb for at overleve deres tidlige start på livet<sup>3</sup>.

Hvis børnene ikke får den rette støtte, kan disse psykiske vanskeligheder få stor betydning for deres følelsesmæssige og kognitive udvikling, hvilket påvirker deres trivsel og tryghed hele livet igennem. Når børnene i sundhedsvæsenet beskrives som raske og velfungerende, så er det på baggrund af statistikker, der dækker over handicap og dødelighed, mens den psykiske og følelsesmæssige trivsel ikke er inkluderet<sup>4</sup>. Hos mange ses de følelsesmæssige udfordringer først tydeligt som senfølger ved start i institution og skole. Børnene har øget risiko for at blive tidligt følelsesmæssigt skadet og at udvikle separationsangst såvel som generel angst og utryghed. Senfølger inkluderer hyperaktivitet, adfærdsvanskeligheder og en anslået risiko for ADHD på 20-30%, mens man ser koncentrationsbesvær og indlæringsvanskeligheder hos 48% af de for tidligt fødte børn mod 12% født til termin<sup>4,5</sup>.

Børn med øget angst og utryghed er ekstra udsatte for netop at udvikle adfærdsvanskeligheder, koncentrationsbesvær og indlæringsvanskeligheder. Ofte medfører den manglende forståelse fra omgivelserne også social isolation. Dertil kommer, at en sådan start på livet for mange små ældre søskende også opleves traumatisk og giver mange af de samme følelsesmæssige udfordringer med angst og utryghed hos dem. Det er derfor ofte en svær belastning for hele familien, når et barn kommer for tidligt til verden.

Nyere studier har kigget på forælder-barn tilknytningen i disse familier og vist, at denne er mere udfordret end hos forældre til børn født til termin, ligesom det har en relevans, om barnet har haft et kompliceret forløb, der har været traumatisk for barn og forælder<sup>6-11</sup>. Generelt høres fra forældre, at de frygter, at barnet ikke vil overleve, men også at de oplever følelsen af, at det ikke

rigtigt er deres barn, men hospitalets, idet plejepersonale spiller en meget stor rolle i den daglige omsorg for barnet.

Spædbørn, der ikke modtager følelsesmæssig omsorg og stimuli, trækker sig i kontakten og vælger livet fra ved at holde op med at spise og i stedet sove meget. Dette kendes bl.a. fra plejebørn og adoptivbørn, hvor en sund tilknytning til de biologiske forældre af forskellige grunde ikke kunne etableres<sup>12</sup>. Det er derfor tydeligt, at familien med det for tidligt fødte barn har brug for følelsesmæssig støtte helt fra starten, mens de er indlagt på hospitalet.

Inspireret af den franske børnelæge og psykoanalytiker Françoise Dolto og dennes elev børnepsykiater og psykoanalytiker Caroline Eliacheff, udviklede psykoterapeut MPF Inger Poulsen og psykolog Inger Thormann spædbarnsterapi i Danmark, hvor man ved at sætte ord på barnets traume, hjælper barnet til at løse op for traumer fra den før-sproglige alder<sup>13</sup>. Kernen bag Doltos måde at møde børnene på var *aldrig at lade barnet smerte blive glemt*<sup>14</sup> og med denne ledesnor viser Thormann og Poulsen, hvordan man også ved at anvende spædbarnsterapiens metode som et væsentligt pædagogisk redskab i den daglige omsorg for barnet, kan minimere traumeoplevelsen<sup>15</sup>.

Min tanke omkring det for tidligt fødte barn og dets familie er, at både barn, forældre og eventuelle søskende har brug for at blive mødt i smerten. At have livsvidner til de traumatiske oplevelser og få sat ord på for at få frigivet den energi, der er bundet i det usagte<sup>16,17</sup>. Ved at støtte forældrene følelsesmæssigt giver man barnet mulighed for at læne sig ind i et roligt nervesystem hos forælderen, mens det gennemgår traumatiske oplevelser. Man skaber desuden bedre betingelser for tilknytning barn og forældre imellem. Dette er helt centralt for at minimere barnets traumeoplevelse og derved give bedre betingelser for barnets udvikling og trivsel.

Jeg er selv mor til en ekstremt for tidligt født datter og under hendes indlæggelse savnede jeg konkrete redskaber til følelsesmæssig støtte af min datter og os som familie. Jeg har vendt problematikken med klinisk psykolog Kristján Grimsson og børnevelværdskoordinator Mette Sorang Kjær fra H.C. Andersens Børne- og Ungehospital i Odense. De bekræfter begge, at der ikke eksisterer konkrete redskaber til at takle disse traumer for hverken de indlagte børn eller deres familier.

Jeg har derfor valgt at skrive en opgave, hvor jeg ser på, hvordan spædbarnsterapiens metode anvendt på landets neonatalafdelinger ville kunne yde tidlig følelsesmæssig støtte til det for tidligt fødte barn og dets familie, helt fra det lille barn kommer til verden.

## **2. Problemformulering**

Hvordan vil spædbarnsterapiens metode kunne yde tidlig følelsesmæssig støtte af det for tidligt fødte barn og dets familie?

## **3. Baggrund for emnevalg**

Baggrunden for mit valg af emne kommer af, at jeg selv er mor til en ekstremt for tidligt født datter. Da min datter for 7 år siden pludselig blev født knap 4 måneder for tidligt, kunne jeg i form af min baggrund som forsker indenfor molekylær biologi og biokemi let sætte mig ind i hende medicinske behov. Der var dog intet, der kunne have forberedt mig på, hvor voldsomt det skulle blive pludselig at være mor til et barn, der måtte kæmpe for sit liv og udsættes for utallige traumatiske overgreb gennem et langt hospitalsforløb. Halvandet år inden min datter kom til verden, var jeg netop blevet mor til en lille adopteret dreng. I processen med at blive godkendt til adoption og ved at stå med min søn, lærte jeg om tidligt svigtede børn, betydningen af tilknytning og om separationsangst. Den viden tog jeg med mig i omsorgen for min lille datter, men jeg savnede, at der på hospitalet var information om, hvad det gjorde ved min datter rent følelsesmæssigt at blive født for tidligt og at skulle igennem smerte, angst og kritisk sygdom. Om, hvad jeg som forælder bedst kunne gøre for at støtte hende. Efter venlig anmodning fra klinisk psykolog Kristján Grimsson har jeg nu skrevet en børnebog til følelsesmæssig støtte af for tidligt fødte børn og deres familier. Bogen er skrevet ud fra spædbarnsterapiens metode og jeg ønsker med denne opgave at belyse, hvorledes jeg tænker, at spædbarnsterapiens metode - bla. med børnebogen som redskab – ville kunne yde tidlig følelsesmæssig støtte til det for tidligt fødte barn, dets forældre og eventuelle søskende.

## **4. Det at være født for tidligt**

En graviditet varer normalt 40 uger. Hvis et barn fødes før 37. svangerskabsuge taler man om, at det er for tidligt født eller præmatur. Om et barn er præmatur dækker ikke alene over fødselstidspunkt, men man ser på barnets generelle udvikling. Om barnet er modnet (mature) og derved klar til at komme til verden. Overordnet inddeles for tidligt fødte børn i tre grupper ud fra, hvor tidligt de er født<sup>18</sup>:

### Moderat tidligt fødte børn:

Børn født fra 32. op til 36. fulde svangerskabsuge, altså fødsel 3 til 8 uger før termin.

### Meget tidligt fødte børn:

Børn født fra 28. op til 31. fulde svangerskabsuge, altså fødsel 9 til 12 uger før termin.

### Ekstremt tidligt fødte børn:

Børn født før 28. fulde svangerskabsuge, altså fødsel 12 uger eller mere før termin.

Overordnet siger man, at jo mere et barn er født før tid, jo flere komplikationer og udfordringer risikerer barnet. Børn født ganske få uger for tidligt kan dog også være udfordret og have langvarige følger af den for tidlige fødsel.

## **5. Prænatal og perinatal psykologi**

Prænatal og perinatal psykologi omfatter de psykologiske aspekter af fosterstadiet, fødslen og det første leveår<sup>19</sup>. Selvom det i mange år har været en anerkendt videnskab i mange andre europæiske lande og USA, er det stadig nyt i Danmark at anerkende psykologiens betydning i det spæde barns liv. Forskningsresultater viser, at et barns oplevelser i fosterstadiet og det første leveår har store konsekvenser for barnets udviklingsmuligheder resten af livet<sup>20</sup>. Det er der i den forstand ikke noget mærkeligt ved, idet det ufødte barn er forbundet med moderens biologi og kemi og deraf selvfølgelig påvirkes af udskillelsen af stresshormon i hendes krop eller hvis moderen fx sulter<sup>20</sup>. Præ- og perinatal psykolog Dr. Ann Diamond Weinstein beskriver følgende:

*"Der er ingen direkte neural forbindelse mellem mor og foster, men moderens oplevelser genererer et væld af fysiologiske og neuro-kemiske følgevirkninger, som kan forandre livmoderens miljø enten direkte eller indirekte – og på den måde påvirke fostret."*<sup>21,22</sup>.

Man har desuden fundet, at omsorg og tilknytning er nødvendige for barnets overlevelse og trivsel. I 1940'erne og 1950'erne udførte den amerikanske psykolog Harry Frederick Harlow nogle opsigtsvækkende forsøg, hvor han fjernede nyfødte rhesusaber fra deres moder og artsfæller og anbragte dem i et bur med en erstatningsmor af ståltråd eller en beklædt med blødt stof<sup>23</sup>. Abeungerne klyngede sig til stofmoderen, men brugte næsten ingen tid hos ståltrådsmoderen, selvom denne var forsynet med en sutteflaske. Studierne viste, at abeungerne søgte omsorg fremfor

næring. De langsigtede konsekvenser blev, at de mistede evnen til at indgå i social leg, at klare sig i flokken under slagsmål og at parre sig – flere af konsekvenserne var delvist uoprettelige<sup>23</sup>.

Hos mennesker ses det, at børn, der omsorgssviges helt fra spæd, trækker sig ind i sig selv og lukker af for kontakt og for livet<sup>12</sup>. Meget tyder altså på, at det ligger i vores biologi at vide, at vi er afhængige af omsorg, fra vi er spæde. Donald W. Winnicott beskriver i 1960 mor og barn som en emotionel enhed: *"Der eksisterer ikke sådan noget som et spædbarn, kun et spædbarn og dets mor"*<sup>24</sup>. Han understreger barnets absolutte afhængighed af moderen og betydningen af moderens omsorg for barnets udvikling<sup>24</sup>.

Samlet set må det derfor være indlysende, at en pludselig for tidlig fødsel og fysisk adskillelse fra moderen samt et længere hospitalsforløb med smertefulde indgreb og behandling må opleves som stressende og traumatisk for det for tidligt fødte barn.

### 5.1. Tilknytning og forladthedssyndromet – John Bowlby

Edward John Mostyn Bowlby (1907-1990) var en engelsk psykolog, psykiater og psykoterapeut, der udviklede "tilknytningsteorien" som et redskab til klinisk diagnosticering og behandling af følelsesmæssigt forstyrrede patienter og familier<sup>25</sup>. Selvom tilknytningsteorien ikke endte med at få den store anerkendelse blandt klinikere, så har den været fremmende for forskning indenfor udviklingspsykologi<sup>25</sup>.

Bowlby selv voksede op i et velhavende hjem, hvor hans første primære omsorgsperson var hans nanny Minnie. Hun flyttede fra familien, da Bowlby var 4 år og han har senere beskrevet, at tabet af Minnie gjorde ham *"tilstrækkelig såret til at opleve separationens smerte – men ikke så traumatiseret, at jeg ikke kunne håndtere det og arbejde med det i min dagligdag"*<sup>26</sup>.

I sit professionelle virke havde Bowlby netop fokus på tilknytningen mellem barn og primære omsorgspersoner, hovedsageligt moderen. Han havde læst knap 3 år på medicinstudiet, inden han skiftede til psykologi og psykiatri og var derfor bekendt med den naturvidenskabelige videnskab. Ved at kombinere etologi, psykodynamisk teori og systemisk teori udviklede han tilknytningsteorien, der beskriver vigtigheden af mor-barn tilknytningen ift. barnets udvikling og hvad adskillelse gør ved barnet<sup>25,26</sup>. Han beskriver, at det ligger i barnets biologi at søge beskyttelse hos moderen for at overleve. At tilknytningsadfærd ligger naturligt i os alle og fremprovokeres i det spæde barn, når det oplever smerte, træthed eller angst, hvor det har brug for moderens beskyttelse. Ligesom det

aktiveres, når barnet adskilles fra moderen<sup>27</sup>. Han beskriver ligeledes, at moderen via biologien under normale forhold vil opleve en stærk trang til netop at give barnet denne beskyttelse.

Den amerikansk-canadiske udviklingspsykolog Mary Ainsworth fandt i slutningen af 1970'erne, at spædbørn med mødre, der havde reageret medfølelse på deres signaler det første leveår, græd mindre og samarbejdede mere fra 6-månedersalderen end spædbørn, hvis mødre havde reageret mindre<sup>28, 29</sup>. Med udgangspunkt i Bowlbys tilknytningsteori og sine egne studier af mødre og børn i Uganda, fandt Ainsworth, at mødre skaber "*en sikker base*" for deres børn. En base, hvorfra barnet kan gå ud og udforske verden, men søge tilbage til for at få tryghed<sup>28-30</sup>. Barnet vil gradvist, som det bliver ældre og modigere, bevæge sig længere og længere fra den sikre base.

For det for tidligt fødte barn kan tilknytningen have trange kår, når barnet skal starte med at ligge i en kuvøse og være fysisk adskilt fra sin mor. Men tilknytningen er altså ikke kun af stor betydning for det for tidligt fødte barn for at give det beskyttelse og følelsesmæssig støtte i den svære tid på hospitalet. Tilknytningen er også vigtig, så barnet har tillid til moderen (og faderen) til at fungere som en sikker i barnets udvikling efter udskrivelsen.

## 6. Tidlige traumer

Det har været en meget udbredt holdning, at små børn ikke påvirkes af traumatiske oplevelser i samme grad som større børn og voksne, fordi de ikke helt forstår, hvad de er udsat for. Forskning har imidlertid vist, at selv helt små børn i langt større grad påvirkes af traumatiske oplevelser og at de risikerer at få svære psykologiske følger resten af livet som følge af tidlige traumer<sup>31-33</sup>. Der er efterhånden en stor mængde forskning, der viser, at det biologiske, emotionelle, sociale og kognitive funktionsniveau hos mindre børn påvirkes af tidlige traumer både på kort og langt sigt<sup>34</sup>.

Et traume er en biokemisk reaktion. Når barnet udsættes for et traume, oplever barnet en overvældende sansestimulering. Det kan være i form af smerte og/eller skræmmende stimulering af barnets følesans, synssans, høresans eller lugtesans. Dette ødelægger barnets medfødte forventning om, at forælderen vil være der til at beskytte det mod fare<sup>34</sup>. Hvis et barn udsættes for gentagne traumer, vil dette give barnet en forventning om at blive udsat for gentagne smerte og frygt og at være alene i det<sup>34</sup>. Dette holder barnet i et konstant alarmberedskab og som det beskrives herunder i afsnit 7.1., så vil det parasympatiske nervesystem blive undertrykt og barnets udvikling påvirkes. Barnet kan også senere i livet komme i situationer, hvor oplevelser minder det om det



oprindelige traume, hvor følelserne fra traumet så reaktiveres og yderligere forstyrrer barnets trivsel og udvikling<sup>35</sup>. Tidlige traumer har ligeledes vist sig at øge risikoen både for et generelt dårligt fysisk helbred, men også for senere at udvikle psykiske lidelser som spiseforstyrrelser, posttraumatisk Stress Syndrom (PTSD), angst, depression og afhængighed af rusmidler<sup>31,36</sup>.

I takt med, at forskningen har understreget, at selv små børn påvirkes af traumer, har man øget forskning omkring børn udsat for forskellige traumatiske oplevelser. Bla. er der kommet fokus på, hvordan hospitalsindlæggelser påvirker små børn. Undersøgelser har vist, at blandt børn, som har været indlagt på en intensivafdeling, udviser omkring 25% af dem negative psykologiske følger som direkte konsekvens af indlæggelsen og disse er i risiko for at udvikle PTSD<sup>31</sup>. Dette understreger behovet for at anerkende den traumatiske betydning en for tidlig fødsel og et hospitalsforløb kan have på det lille barn.

## **7. Hvad giver det for tidligt fødte barn stress/traumer?**

Der er mange ting, der opleves stressende og traumatiske for det for tidligt fødte barn. I nogle tilfælde ligger der en kompliceret graviditet bag den for tidlige fødsel. Nogle gange har moderen været forberedt på, at noget kunne være galt med barnet. Måske har hun tidligere født for tidligt og derfor været stresset og ængstelig under graviditeten. En for tidlig fødsel bringer ganske sikkert stress hos moderen. Moderens stress under graviditet og fødsel vil påvirke barnet.

Fødslen i sig selv må ligeledes betegnes som en traumatisk oplevelse for barnet: den meget pludselige adskillelse fra moderen på et stadie, hvor barnet endnu ikke er klart til at blive født, men skulle have ligget trygt og beskyttet inde i livmoderen. Hos det meget for tidligt fødte barn, bliver den umodne krop ved fødslen pludseligt mødt af voldsomme krav, som kroppen reelt ikke skulle have taklet endnu, idet det fortsat skulle have været i biologisk symbiose med moderens krop: Lunger, mave-tarmsystem, hud, hjerte og hjerne bliver fra fødslen massivt presset i det for tidligt fødte barn. Børn født tættere på termin vil opleve en mindre grad af denne type stress.

Den tidlige fødsel medfører derudover overstimulering af barnets umodne sanser (følesansen, synssansen, høresansen, lugtesansen, smagssansen, balancesansen og kropssansen) og dets umodne nervesystem, der nu skal bearbejde alle disse stimuli. Dertil lægges de mange indgreb og behandlinger, som barnet må igennem på den neonatale intensiv afdeling<sup>3</sup>. Forskning har vist, at gentagne smerteoplevelser hos helt små børn risikerer at ændre deres oplevelse af smerte,

indlæring og opmærksomhedsfunktioner som følge af nekrose (celledød) i cortikale områder og i hippocampus, som påvirker af den neurologiske udvikling<sup>31</sup>. Gentagne smerteoplevelser har ligeledes vist at medføre en øget risiko for stress, angst og andre psykologiske lidelser<sup>37</sup>.

### 7.1. Det sympatiske vs. parasympatiske nervesystem

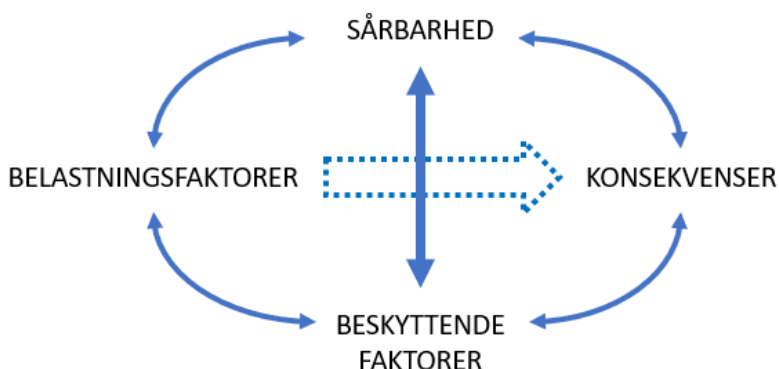
Når vi er bange eller stressede aktiveres det sympatiske nervesystem for at gøre os i stand til at kæmpe, flygte eller "spille døde", til faren er drevet over, men på samme tid undertrykkes det parasympatiske nervesystem, som er det, der skal genskabe roen. Hvis det for tidligt fødte barn igen og igen eller langvarigt udsættes for traumer og stress, får det alvorlige konsekvenser for barnets udvikling og trivsel, da det parasympatiske nervesystem styrer kompleks social adfærd herunder tilknytningsevner og selvregulering. Det har altså langvarige konsekvenser for barnet at være så stresset. På samme tid skal vi huske, at forældre til et for tidligt født barn, som måske endda er kritisk sygt, også må forventes at være i alarmberedskab. De vil altså også have et undertrykt parasympatisk nervesystem og kunne opleve at være begrænset i deres tilknytningsevner. Dette understreger vigtigheden af tidligt at støtte familier med et for tidligt født barn for at give tilknytningen de bedst mulige betingelser.

## 8. Hvordan hjælper vi det for tidligt fødte barn?

Når vi står med et lille for tidligt født barn, der gennemlever en traumatisk tid, så er der flere aspekter at se på. Vi kan lade os lamme af, at det her er en helt urimelig situation for barnet og at det nok er dybt skadeligt for det at være kommet så tidligt til verden, eller vi kan se på det enkelte lille menneske og hvad det viser os. Hvilke styrker og ressourcer barnet har og hvilke udfordringer. Det er den helt nye tilgang, som Rigshospitalet anvender i deres medicinske behandling til at skræddersy behandling af det enkelte barn. De arbejder ud fra NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) principperne, som kommer fra USA, hvor de udnytter de ressourcer det for tidligt fødte barn viser dem, at det her<sup>38</sup>. Det samme bør være gældende i den følelsesmæssig støtte og der, hvor barnet mangler ressourcer, bør man forsøge at opbygge ressourcer eller beskyttende faktorer.

### 8.1. Sårbarhedsmodellen – Per Schultz Jørgensen

Tidligere så man på et barns sårbarhed som en lineær udvikling. Hvis et barn blev udsat for et svigt eller et traume, så førte det en negativ konsekvens med sig. Man har imidlertid fundet ud af, at det er langt fra så simpelt, heldigvis. Med udgangspunkt i studiet af, hvad der kan gøre det svært for et barn at relatere til sin mor, udviklede psykolog Per Schultz Jørgensen i 1993 sårbarhedsmodellen, der viser en cirkulær, dynamisk model, hvor flere ting spiller ind i afgørelsen af et barns sårbarhed eller resiliens (Figur 1)<sup>39,40</sup>.



**Figur 1** – Sårbarhedsmodellen<sup>32,33</sup>

Modellen viser, at der er et sammenspil mellem beskyttende faktorer og barnets sårbarhed, der i høj grad påvirker, hvor store konsekvenser et barn vil opleve som følge af at blive udsat for en belastning. Den kan også anvendes på det for tidligt fødte barn. En belastningsfaktor kan være, at barnet skal have lagt et drop. Det er et smertefuldt indgreb, der gør barnet utrygt og stresset. Barnet er som for tidligt født ekstra sårbart, idet sanserne stresses ekstra ved berøring og smerte, men en beskyttende faktor, kunne være en forælder, der er med barnet og giver det omsorg og tryghed under hele indgrebet. Dette hjælper med at minimere den traumatiske oplevelse og konsekvensen for barnet. En beskyttende faktor kunne også være et overgangsobjekt, som det nævnes i næste afsnit.

## 8.2. Overgangsobjekter – Donald W. Winnicott

I starten af 1950'erne opdagede den engelske børnelæge og psykoanalytiker Donald W. Winnicott vigtigheden af overgangsobjekter eller overgangsfænomener for børn som forsvar mod angst<sup>35</sup>. Med udgangspunkt i sine egne undersøgelser af små og større børn så han, hvordan børn før eller siden selv fandt tryghed i et "ikke-mig" objekt<sup>41</sup>.

Overgangsobjekter er en slags objekt eller ritual, som barnet associerer med, at "nu kommer det, jeg har brug for lige om lidt". Det kan dels anvendes til at lære barnet at udsætte sine behov, men det kan også bruges til at skabe ro og tryghed, da barnet får følelsen af, at behovet snart mødes. Det kan f.eks. være en bamse, der dufter af mor, som giver tryghed, når moderen ikke er der. Barnet kan dufte moderen, så hun opleves ikke helt væk.

Psykolog Inger Thormann og psykoterapeut MPF Inger Poulsen inkluderer brugen af overgangsobjekter i spædbarnsterapi og spædbarnsterapiens metode, der omtales senere. På Skodsborg Observations- og behandlingshjem viste brugen af overgangsobjekter sig f.eks. at spille en stor rolle som beskyttende faktor for børn, der skulle takle adskillelse fra deres mor<sup>40</sup>. De blev derfor bevidste om at hjælpe børn med at få skabt sådanne overgangsobjekter, hvis de ikke allerede havde et.

Hos det for tidligt fødte barn, der er for lille til selv at søge tryghed i et overgangsobjekt, er det dog mindst lige så vigtigt. Det handler om at bruge overgangsobjekter eller overgangsfænomener til at skabe kontinuitet, tryghed og forudsigelighed. Det kan være en lille hæklet blæksprutte-bamse, hvor de små arme minder om navnestrengen fra den trygge tid i livmoderen. Det kan være en klud, der dufter af mor, så hun altid føles tæt, selvom man ligger i en kuvøse. Men man kan også anvende en slags overgangsfænomener til at vise barnet, at man nu går væk fra en svær og smertefuld situation, som f.eks. en lille spilledåse, der udelukkende anvendes til at markere, at nu er det slemme slut, som "*nu er lægen færdig med at stikke dig*". Det er af stor betydning, da barnet under indgrebet har et aktiveret sympatisk nervesystem og har brug for hjælp til at slukke dette og få aktiveret det parasympatiske nervesystem.

## 8.3. Det nuværende øjeblik – Daniel Stern

Psykolog og professor Daniel Stern ved universitetet i Genève var en af pionererne indenfor udviklingspsykologi. Han blev bevidst om den store betydning af det non-verbale sprog og at

traumer kunne reaktiveres. Han beskrev traumer, som *"en rygsæk vi har med os, hvis de ikke forløses"*<sup>42</sup>. Stern definerede *"Det nuværende øjeblik"*, som det øjeblik, hvor barnet er i kontakt med det gamle traume og hvor man kan blive ét med det og møde barnet i traumet<sup>43</sup>. Det handler om at turde at blive i det. At holde kontakten. Forløsningen sker ved, at man kan rumme barnets følelser og derved rumme barnet på et indre plan<sup>43</sup>.

#### 8.4. Spædbarnsterapi og spædbarnsterapiens metode

Spædbarnsterapi er en behandlingsmåde rettet mod traumer fra den før-sproglige alder. Tankegangen bag spædbarnsterapi anerkender, som forskning sidenhen har bevist, at traumer påvirker selv det spæde barn og metoden tilbyder barnet en forløsning af traumet, ved at det mødes i traumet og får sat ord på.

##### 8.4.1 *Lad aldrig barnet smerte blive glemt – Françoise Dolto*

Igennem 40 år arbejdede børnelæge og psykoanalytiker Françoise Dolto på Trousseau hospitalet i Paris, hvor hun én gang om ugen så børn i sin konsultation. Det var i hendes samtaler med børn, at hun lærte mest. Det kliniske arbejde, opsætning af teorier og publikationer var ikke hendes primære fokus. I stedet fokuserede hun på at formidle sine erfaringer til offentligheden for at nå ud til de franske familier, hvor hun blev utrolig populær. Hun har af den grund kun udgivet få videnskabelige publikationer. I stedet har mange af hendes yngre kollegaer efterfølgende publiceret notater omkring hendes arbejde, ligesom der er udgivet bøger, der er dikteret fra nogle af hendes mange undervisningsforelæsninger<sup>44</sup>.

Allerede som barn havde hun en intuitiv evne til at læse børn, der havde det svært. Måske fordi hun selv netop havde oplevet megen smerte som barn. Hun var overbevist om, at der var en stærk forbindelse mellem affektive hændelser og fysiologiske symptomer. *"Hun så børns smerte og symptomer som udtryk for voksnes manglende forståelse for barnet som selvstændigt individ med egne behov og længsler"*<sup>45</sup> og at deres lidelser hang sammen med dét, der var udtalt<sup>45</sup>. Således blev den centrale tanke i Doltos virke *"aldrig at lade barnets smerte blive glemt"*<sup>45</sup>. Hun mente, at barnet havde sproget med sig og intuitivt forstod og hun oplevede, hvordan det at møde barnet i smerten og sætte ord på det usagte, forløste barnets traume og fjernede dets symptomer.

#### 8.4.2 *Alt usagt binder energi – Caroline Eliacheff*

Læge, børnepsykiater og psykoanalytiker Caroline Eliacheff var elev hos Françoise Dolto. Ligesom Dolto, mener Eliachaff, at der er en stærk forbindelse mellem oplevede traumer og fysiske symptomer. Hun arbejder ud fra en holdning, at "*alt usagt binder energi*"<sup>46</sup>. At barnet fødes med sproget i sig og har brug for, at der sættes ord på traumatiske oplevelser for at give det mulighed for at gennemleve og bearbejde sorgen for at blive fri af sine symptomer<sup>46</sup>. Med det udgangspunkt har hun også haft spædbørn i terapi og har derfra stor erfaring i, hvordan det har afhjulpet deres fysiske symptomer trods manglende verbalt sprog<sup>46</sup>.

Som Dolto, mener hun, at det er vigtigt, at man som terapeut holder terapi og omsorg adskilt. At terapeuten ikke skal give barnet omsorg eller forsøge at trøste eller fjerne smerten fra barnet, men at hjælpe barnet med at finde sin identitet og sin plads i livet ved at få sat ord på sin historie, uanset hvor svær den måtte være<sup>46</sup>. Et forladt barn ved allerede, at det er blevet forladt, men har måske været for lille til at forstå årsagen. Måske har det aldrig fået årsagen at vide. Ved at få sin historie, forløses barnets traume og det kan nu bruge energien på udvikling i stedet for at sidde fast i sin smerte<sup>46</sup>.

#### 8.4.3 *Lad aldrig barnet være alene med sin smerte – Inger Thormann og Inger Poulsen*

I 1996 blev Inger Thormann, psykolog på Skodsborg Observations- og behandlingshjem, inspireret af Doltos arbejde med børn. To år senere startede hun et samarbejde med leder af Familiehuset i Horsens, psykoterapeut MPF Inger Poulsen og sammen udviklede de spædbarnsterapien i Danmark. Med udgangspunkt i Dolto og Eliacheffs grundtanker om *aldrig at lade barnets smerte blive glemt* og at *alt usagt binder energi*, går man med spædbarnsterapi ind og møder barnet i traumet. Man får barnets historie fortalt. Lever sig ind i, hvordan det har været at være det lille barn. Hvad der har været svært, hvad der har gjort ondt og så finder man styrken i barnet. Herefter hjælper man barnet med at forløse traumet ved autentisk og medfølelse at sætte ord på barnets historie. I fortællingen sætter man ord på, at barnet har klaret det, selvom det var svært og slutter spædbarnsterapien med at give barnet håb. Thormann og Poulsen peger ligesom Dolto og Eliacheff på, at man ikke træder ind som omsorgsperson. I stedet understreger de betydningen af at skabe et højtideligt rum, en særlig stemning, hvor man ser barnet og møder det i smerten f.eks. med ord som: "jeg tænker, at du var bange". Dette er helt i tråd med Daniel Sterns beskrivelse af en særlig kontakt mellem klient og terapeut i nu'et. Det han definerede som "*det nuværende øjeblik*"<sup>43</sup>. Caroline Eliacheff har

fungeret som sparringspartner og hun har set forundret til, hvordan de har videreudviklet hendes og Doltos arbejde med deres nye idéer som f.eks. brugen af overgangsobjekter i spædbarnsterapien.

Inger Thormann og Inger Poulsen har i deres daglige virke på hhv. Skodsborg og Familiehuset i Horsens igennem årene ikke blot hjulpet mange børn via spædbarnsterapi. De har også introduceret spædbarnsterapiens metode i den daglige omsorg for barnet varetaget af pædagoger og forældre. For selvom terapien kun bør gives af personale med en terapeutisk uddannelse, så er spædbarnsterapiens metode, det at sætte ord på overfor barnet, et redskab der minimerer traumer hos det lille barn. Ved at intet forbliver usagt. Det er således blevet kernen i deres arbejde *aldrig at lade barnet være alene med sin smerte*<sup>13</sup>.

## **9. Spædbarnsterapiens metode anvendt som tidlig følelsesmæssig støtte af det for tidligt fødte barn**

Som det er nu, er der ikke konkrete redskaber til følelsesmæssig støtte af for tidligt fødte børn indlagt på landets neonatalafdelinger eller deres familier. Ligesom der ikke er specifikke redskaber til at støtte op om familierne følelsesmæssigt, når de kommer hjem med et lille barn, der er særligt sårbart og hvor de selv i større eller mindre grad måske endda er traumatiserede af forløbet.

Der er brug for at skabe tryghed hos forældrene. At minimere stress og traume hos dem helt fra første dag, så deres alarmberedskab sænkes og tilknytningen til deres barn styrkes. Dette er helt kritisk for at skabe et roligt nervesystem som barnet kan læne sig ind i og det bør derfor være et af fokusområderne i støtten af det for tidligt fødte barn. Det er i høj grad usikkerheden og angsten, der fylder i forældre. Utrygheden over, hvad det er, der sker og den enormt uforudsigelige situation for deres barn og dem selv. Her vil spædbarnsterapiens metode være et nøgleredskab, hvor fagpersonale sætter ord på og derved skaber så megen forudsigelighed i den uforudsigelige situation som muligt, men dette glemmes ofte i den travle og akutte hverdag på et hospital. Ved at sætte ord på, så bliver forældrene ikke efterladt alene i deres smerte og energi i form af spekulationer, stress og frustration bliver ikke ophobet i det usagte.

Spædbarnsterapiens metode er også et stærkt redskab til at sikre, at det lille barn aldrig står alene med sin smerte og at smerten ikke bliver glemt. Det er vigtigt for barnets egen oplevelse midt i traumet. Ved at anvende spædbarnsterapiens metode til at se barnet og sætte ord på barnets

smerte, mærker barnet, at det ikke er alene. Man styrker både det non-verbale og verbale bånd mellem barn og forældre og barnets oplevelse af omsorg i det svære.

Det helt centrale i spædbarnsterapi er autenticitet. Der er uenighed, omkring hvad det lille barn forstår. Dolto mente, at barnet forstod ordene. Eliacheff mente, at ordene var vigtigere for den voksne, da det skaber den afgørende autenticitet. I spædbarnsterapi er udgangspunktet, at børnene uanset, hvor små de er, forstår budskabet.

Under min datters kritiske forløb på sygehuset har jeg været ved min datters side ved alle indgreb med undtagelse af få gange i starten, hvor personale forsøgte at beskytte mig f.eks. ved intubering af min datter (da hun første gang blev lagt i respirator). Sidenhen lærte de dog, at det gav mig større ro altid at kunne være der som støtte for hende uanset, hvor voldsomt et indgreb måtte være. Når noget var voldsomt, smertefuldt og angstprovokerende for hende, så viste min datter det tydeligt i situationen og jeg har flere gange frygtet, om det, at jeg var der og også har måttet holde hende for at få indgreb gennemført, ville give hende et svigt i tilliden til mig som hendes beskytter og omsorgsperson. Hun viste dog, at hun lynhurtigt fandt trygheden hos mig, så snart indgrebet var overstået. Dette fra hun var helt spæd, men også igennem de mange hospitalsindgreb, der fulgte i årene derefter (indlæggelser helt frem til 3-årsalderen). Som hun blev større og fik sprog, så reagerede hun på samme måde ved indgreb på hospitalet, men kunne så selv sætte ord på overfor mig bagefter, når hun igen følte sig tryk. Her har hun tydeligt vist mig, at hun vidste, at jeg var der for hende og ikke ville hende ondt, selvom jeg måtte holde hende fast. Ligesom hun blev god til at sætte ord på tingene bagefter: *"Det gjorde slet ikke ondt, mor. Men jeg var bange, for jeg troede, at det ville gøre ondt"* (efter en skanning af halsen som 5-årig).

Det er min egen personlige oplevelse, at det helt lille barn finder trygheden i at mærke sin omsorgsperson(er) hos dem, når de går igennem traumatiske oplevelser. At de ikke efterlades alene i deres smerte, men det kræver, at tryghed og tillid er opbygget, ved at omsorgspersonen har været der for barnet.

Fagpersonale gør i forvejen et stort stykke arbejde i dag og har bestemt også fokus på det følelsesmæssige, men det primære er selvfølgelig barnets overlevelse og den medicinske behandling. Ved at have konkrete redskaber på afdelingerne til den følelsesmæssige støtte, kan denne støtte systematiseres, så der sikres en stabil fokus på det følelsesmæssige ved siden af det medicinske i den daglige omsorg på afdelingerne. Bogen "Lillebitte Coline" er skrevet ud fra spædbarnsterapiens metode og er tænkt netop som et sådant redskab.



## 10. Redskab: "Lillebitte Coline – en fortælling om at blive født for tidligt"

Bogen "Lillebitte Coline - en fortælling om at blive født for tidligt" er skrevet som redskab til tidlig følelsesmæssig støtte af for tidligt fødte børn og deres familier .

Med afsæt i spædbarnsterapiens metode skabes et trygt og varmt børneunivers, hvor Coline, der er født 15 uger for tidligt, fortæller sin egen historie. Med et blidt børnesprog sættes der ord på de mange svære og ubehagelige ting, som mange præmature børn må igennem. Det hjælper børnene til at forstå deres egne følelser og at de ikke er forkerte. At der var en grund til de ubehagelige oplevelser på hospitalet. Fortællingen viser de præmature børn, at der også er andre børn som dem og at man er noget helt særligt, når man klarer at blive født for tidligt – at man er lidt af en superhelt.

Bogen er tænkt som en højt-læsningsbog for børn fra 3-årsalderen. Den er skrevet for at hjælpe forældre og fagpersoner med at sætte ord på de traumatiske oplevelser, da det er vigtigt for barnets bearbejdelse. Men mindst lige så vigtigt giver fortællingen nogle redskaber til at forstå og drage omsorg for det præmature barn fra det øjeblik det kommer til verden.

Bogen fortæller hele forløbet på hospitalet fra fødsel til udskrivelse.

## 11. Diskussion og konklusion

Udover de somatiske udfordringer som et barn født for tidligt risikerer at skulle kæmpe med, så er der betydelig øget risiko for psykologiske udfordringer. Selvom man stadig ikke mener, at man med sikkerhed kan pege på, hvad der skaber de psykologiske udfordringer, så er det videnskabelig dokumenteret at overstimulering af et umodent centralnervesystem, fysisk adskillelse fra moderen og ikke mindst traumatiske oplevelser i form af medicinske indgreb med smerte og angst alle øger risikoen for psykologiske udfordringer<sup>12,23-24,31,34,36,37</sup>.

Når man står i traumatiske situationer er en væsentlig faktor for, om man traumatiseres, hvorvidt man har følt, at man kunne handle, gøre en forskel. Når man står som forældre med et kritisk sygt barn, har man ikke overskud til at læse en masse tung litteratur om børns behov. Man har brug for hurtige og konkrete redskaber. Ved at bogen er skrevet som en børnebog, så er sproget let og overskueligt. At Coline i bogen selv fortæller sin historie, giver barnet en stemme. Fortællingen afmystificerer det for tidligt fødte barn for forældrene ved at vise dem, at her er bare et lille menneske, der har brug for deres omsorg. Dette er vigtigt for at punktere den hyppige oplevelse af, at barnet ikke er deres, men hospitalets og at de som forældre "alligevel ikke rigtigt kan gøre noget".

Ved at fortællingen sætter ord på en historie, der minder om deres eget barns historie, gives forældrene indsigt i, hvordan det er at være deres lille for tidligt fødte barn og hvilke behov det har. Samtidigt fortæller Coline dem, hvor vigtig lige netop deres omsorg er for deres barn.

I fortællingen gives indsigt i barnets særlige behov og lettilgængelige redskaber til at støtte barnet ved minimering af overstimuli af de umodne sanser, følelsesmæssig støtte i traumer osv. Dette minimerer forældrenes følelse af at være magtesløse og styrker deres tilknytning til barnet. Derudover hjælper bogen forældrene med at leve sig ind i barnets følelser og smerte.

Samtidigt viser fortællingen, at her er lillebitte Coline, der trods et voldsomt forløb kom godt igennem og i dag er en pige, der selv kan fortælle sin historie. I nu og her situationen kan det minimere den traumatiske oplevelse ved at blive forældre til et for tidligt barn og at skulle igennem et længerevarende hospitalsophold med et kritisk sygt barn at læse, at andre klarede det. Det giver forældrene håb. Et håb som de kan overføre til deres barn via et roligere nervesystem.

Samlet giver det forældrene mulighed for at gøre en stor forskel for deres barns overlevelse og trivsel.

Når barnet er blevet større, vil bogen være et redskab til at sætte ord på de traumatiske oplevelser for at hjælpe barnet med bearbejdelse af traumerne. Den er tænkt som en højt læsningsbog for børn fra 3-årsalderen og som hjælp til at skabe nuværende øjeblikke, hvor nu'et kan ændre fortiden ved at barnet får en forståelse for, hvad der skete. En hjælp til at forløse traumerne for både barn og familie. Bogen hjælper desuden for tidligt fødte børn med at se, at andre børn har været igennem det samme. Det hjælper dem til at forstå deres egne følelser, at de ikke er forkerte og at der også er andre børn som dem. Under og efter indlæggelsen vil bogen også kunne anvendes til at sætte ord på den svære situation for ældre søskende.

Spædbarnsterapiens metode vil altså kunne bruges til at minimere den traumatiske oplevelse i barnet ved at der sættes ord på, så barnet ikke bliver efterladt alene i smerten. At tilknytningen mellem barn og forælder styrkes ved at forældrene får større ro og ressourcer til at kunne være med barnet i smerten og derved være det rolige nervesystem, som barnet har brug for at læne sig ind i. Det er forventningen, at det vil minimere barnets medicinske behov. Det ses allerede, hvordan kænguru-metoden, hvor barnet kommer ud at ligge på moderens bryst, markant sænker behovet for ilt.

Håbet er, at den tidlige følelsesmæssige støtte også vil styrke barnets følelsesmæssige og kognitive udvikling, minimere risiko for senfølger og senere behov for støtte og derved øge barnets generelle trivsel på både kort og lang sigt.

Afslutningsvis vil jeg gerne understrege, at man som forælder ikke skal sidde tilbage og tænke, at alt håb er ude, når ens barn kommer for tidligt til verden. At barnet vil blive dybt skadet. Beskyttende faktorer som f.eks. forældres nærvær har vist sig at ruste børn, så de overkommer selv traumatiske oplevelser og i spædbarnsterapiens ånd, vurderes det, at det aldrig er for sent at hjælpe et barn på rette vej ved at møde det i smerten, så traumet forløses.

## 12. Fremtidsperspektiver

Jeg har undervejs i arbejdet med bogen "Lillebitte Coline" opstartet et samarbejde med Neonatalklinikken på Rigshospitalet omkring følelsesmæssig støtte af for tidligt fødte børn og deres forældre. Planen er sikre følelsesmæssig støtte af familierne allerede fra første dag, hvor de står på landets neonatal afdelinger. Dette skal gøres ved at implementere det i deres NIDCAP tilgang. Håbet er at finde økonomisk støtte til at "Lillebitte Coline" kan udleveres gratis til alle forældre på landets hospitaler. Et naturligt fremtidsperspektiv ville være at yde følelsesmæssig støtte til forældrene, allerede mens barnet stadig ligger i maven.

## 13. Referencer

1. Greisen, G. (2012), *Generelt om tidligt fødte i Danmark – anno 2011*, Neonatalklinikken, s. 1-2.
2. <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/videnscenter-for-tidligt-foedte-boern/om-tidligt-foedte/Sider/Om-tidligt-foedte-boern.aspx>
3. Pereira, F.L. et al. (2013), *Handling of preterm infants in a neonatal intensive care unit*. Rev Esc Enferm USP. 47(6):1272-8. doi: 10.1590/S0080-623420130000600003. PMID: 24626374
4. Formand for Dansk Præmatur Forening, publiceret i Folkeskolen.dk – fagblad for undervisere (<https://www.folkeskolen.dk/7850/en-kamp-for-livet>)
5. Rommel, A.S. (2019), *Impairments in error processing and their association with ADHD symptoms in individuals born preterm*. PLoS One. 14(4):e0214864. PMID: 30973908
6. Henderson, J. (2016), et al., *Impact of preterm birth on maternal well-being and women's perceptions of their baby: a population-based survey*. BMJ Open. PMID: 27855105

7. Pisoni, C. et al. (2016), *Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery*. *Matern Fetal Neonatal Med.* 29(5):771-6. PMID: 25747945
8. Özyurt, G. et al. (2018), *Evaluation of maternal attachment, self-efficacy, levels of depression, and anxiety in mothers who have babies diagnosed with retinopathy of prematurity*. *Ophthalmic Epidemiol.* 25(2):140-146. PMID: 28945484
9. Fernández Medina, I.M. et al. (2018), *Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers*. *Women Birth.* 31(4):325-330. PMID: 29191725
10. Beck, C.T. and Woynar, J. (2017), *Posttraumatic Stress in Mothers While Their Preterm Infants Are in the Newborn Intensive Care Unit: A Mixed Research Synthesis*. *ANS Adv Nurs Sci.* 40(4):337-355. PMID: 28825932 Review.
11. Anderson, C. et al. (2017), *Implications of Preterm Birth for Maternal Mental Health and Infant Development*. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 42(2):108-114. PMID: 27879500
12. Rygård, N.P. (2011), *Børn og unge med Tilknytningsproblemer og Tilknytningsforstyrrelse – En håndbog i udvikling af det daglige arbejde*. 4. udgave, revideret 2. oplag. Forfatterforlaget, side 182-183.
13. Thormann, I. og Poulsen, I. (2013), *Spædbarnsterapi*, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 2. oplag
14. Thormann, I. og Poulsen, I. (2013), *Spædbarnsterapi*, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 2. oplag, side 16.
15. Thormann, I. og Poulsen, I. (2013), *Spædbarnsterapi*, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 2. oplag, side 158-168.
16. Eliacheff, C. (1994), *Krop og Skrig. Psykoanalytiker blandt spædbørn*. København: Borgens Forlag.
17. Thormann, I. og Poulsen, I. (2013), *Spædbarnsterapi*, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 2. oplag, side 24.
18. <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/videnscenter-for-tidligt-foedte-boern/om-tidligt-foedte/Sider/Definitioner.aspx>
19. Larsen, H.D. (2018), *Fostrets og fødselens psykologi. Barndom og forælderskab begynder ved undfangelsen*, Pregnant Press, 2. reviderede udgave, side 13.
20. Carey, N. (2012), *The Epigenetics Revolution: How Modern Biology Is Rewriting Our Understanding of Genetics, Disease, and Inheritance*. Columbia University Press.
21. Larsen, H.D. (2018), *Fostrets og fødselens psykologi. Barndom og forælderskab begynder ved undfangelsen*, Pregnant Press, 2. reviderede udgave, side 90.
22. Weinstein, A.D. (2013), *Why it's important for women to learn and use stress reduction skills before and during pregnancy*. Anndiamondweinstein.com
23. [http://denstoredanske.dk/Krop, psyke og sundhed/Psykologi/Psykologer/Harry Fredrick Harlow](http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykologer/Harry_Fredrick_Harlow)
24. Winnicott, D.W. (1960), *The Theory of the Parent-Infant Relationship*. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41, side 587
25. Bowlby, J. (2013), *En sikker base*. Det lille forlag, 8. oplag, side 7.
26. Noter omkring John Bowlby leveret til Modul 3 på Spædbarnsterapiuddannelsen ved Dansk Institut for Spædbarnsterapi.
27. Bowlby, J. (2013), *En sikker base*. Det lille forlag, 8. oplag, side 11.

28. Ainsworth, M.S. et al. (1978), *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
29. Bowlby, J. (2013), *En sikker base*. Det lille forlag, 8. oplag, side 17.
30. Ainsworth, M.D.S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and growth of love*. Baltimore: John Hopkins University Press.
31. Thormann, I. og Poulsen, I. (2013), *Spædbarnsterapi*, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 2. oplag, side 183-193.
32. Margolin, G. and Vickerman, K.A. (2007), *Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. Overview and issues*. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 38(6), Dec 2007, 613-619
33. Vickerman, K.A. and Margolin, G. (2007), *Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: II. Treatment*. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 38(6), Dec 2007, 620-628
34. Chu, A.T. and Lieberman, A.F. (2010), *Clinical Implications of Traumatic Stress From Birth to Age Five*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 469-94. PMID: 20192799
35. Punoos, R.S. et al. (1999), *A Developmental Psychopathology Model of Childhood Traumatic Stress and Intersection With Anxiety Disorders*, *Biological Psychiatry*, 46 (11), 1542-54. PMID: 10599482
36. Elklit, A. og Gudmundsdóttir, D. (2006), *Posttraumatisk stressforstyrrelse hos børn og unge*. *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift, Tidsskrift for Pædagogisk Psykologi – Blå serie*, Nr.B29
37. Anand K.J., (2000), *Effects of Perinatal Pain and Stress*. *Affiliations Expand Progress in Brain Research*, 122, 117-29, 2000 PMID: 10737054
38. <https://nidcap.org/en/families/what-is-nidcap/>
39. Jørgensen, P.S. (1993), *Risikobørn. Hvem er de – hvad gør vi?* Det tværministerielle Børneudvalg, Socialministeriet
40. Thormann, I. og Poulsen, I. (2013), *Spædbarnsterapi*, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 2. oplag, side 175.
41. Thormann, I. og Poulsen, I. (2013), *Spædbarnsterapi*, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 2. oplag, side 108-110.
42. Note fra undervisning på Modul 4 forhold 9 på Spædbarnsterapi ved Dansk Institut for Spædbarnsterapi, d.19.dec. 2019
43. Stern, D.N. (2004), *Det nuværende øjeblik – i psykoterapi og hverdagsliv*, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 5. oplag.
44. Dolto, F. (1982), *Samtaler om børn og psykoanalyser*, Hans Reitzels Forlag, 2. udgave, 1. oplag
45. Thormann, I. og Poulsen, I. (2013), *Spædbarnsterapi*, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 2. oplag, side 15-24.
46. Thormann, I. og Poulsen, I. (2013), *Spædbarnsterapi*, Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 2. oplag, side 25-32.

## **13. Bilag**

### 13.1. Uddrag fra bogen "Lillebitte Coline"

Må desværre ikke inkluderes i denne frit tilgængelige version af opgaven pga. aftale med Forlaget Frydenlund.