

Rolf Karlsson

***Älska barnet innan det föds -
teoretiska och terapeutiska konsekvenser av
insikten om den faktiska relationen mellan
barnet och modern under graviditeten***

”There is much more continuity between intra-uterine life and earliest infancy than the impressive caesura of the act of birth would have us believe” (S. Freud)



Jan Van Eyck *Les Epoux Arnolfini* 1434. National Gallery, London.

Omarbetad text från föredrag vid konferens för Nordiska föreningen för spädbarns utveckling (NFSU) i Köpenhamn -98 och från föredrag vid 19:e Nordiska Terapikongressen Helsingfors -99.

Barnpsykiatrisk mottagning

Rolf Karlsson leg läkare
specialist i barn- och ungdomspsykiatri
mott: Maria Prästgårdsgata 32 B
post: Katrinebergsbacken 36
117 61 Stockholm
070-303 40 20 | 08-744 20 71
fax: 08-690 61 07
e-post: rolf@barnpsyk.se
hemsida: www.barnpsyk.se

Du låg i din mammas hav. Alla mödrar på jorden bär två hjärtan som slår i ett tempel. Mannen får aldrig erfara och lära känna blodet som rinner mellan fostret och den havande kvinnan. Han lägger örat mot den mjuka kullen av hud och lyssnar till den brusande fröjden där inne. Så lyder jämvikten mellan man och kvinna. Han står inte över henne och är aldrig förmer. Den ena kan inte vara utan den andre. Allt liv har sin begynnelse i detta par på jorden.

Björn Ranelid *Min son fäktas mot världen*

När blir vi till och hur långt tillbaka kan vi söka vårt ursprung? Blir vi till vid våra föräldrars första uttalade önskan om ett barn, vid befruktningen, vid äggets implantation i livmodersväggen, vid den första registreringen av vår kontur på en ultraljudsbild, vid moderns förnimmelse av vår första fosterrörelse, vid vårt förlösande till omvärlden eller vid vår successiva psykologiska födelse under första levnadsåret?

Det är kanske inte möjligt att ange en bestämd tidpunkt för vår tillblivelse. En sådan bestämning kan leda till en insnävning av vårt förståelseperspektiv och vår förlust av helhetsförståelsen. Men vi kan ändå inte undfly en insnävning av vårt perspektiv eftersom vår uppfattning ofrånkomligt präglas i en naturvetenskaplig eller humanvetenskaplig riktning beroende på vårt förhållande till dessa vetenskapliga paradigmer.

Går det att hitta en för det terapeutiska arbetet giltig tankemodell för att fånga in största möjliga helhetsförståelse av den mänskliga varelsens tillblivelse?

Följande text är ett preliminärt och fragmentariskt försök i den riktningen utifrån mina kliniska erfarenheter av snart tjugofem års heltids arbete med tidiga psykiska störningar hos barn och ungdomar. Det är i den franska barnanalytiska riktning som utgår från Françoise Dolto och från den franska tvärvetenskapliga foster- och spädbarnsforskningen som mina erfarenheter finner ett teoretiskt bekräftande stöd.

Födelsen bör ej längre betraktas som livets absoluta ursprung - varken biologiskt eller känslomässigt - utan som en vändpunkt som måste passeras med varsamhet så att förbindelsen mellan modern och barnet ej avbryts under för lång tid och framför allt inte upplöses i det som för den nyfödde riskerar att bli en katastrof.

(J-P Relier: *L'aimer avant qu'il naisse*, /Älska det innan det föds/ översättning R. K.)

Det ofödda barnet är ett mänskligt subjekt

Den franske barnläkaren J-P Relier, professor i neonatologi, anger i citatet sin övertygelse om att fostret är ett mänskligt subjekt och skall behandlas som sådant under graviditeten och vid förlossningen. Benämningen foster kan enligt Relier innebära en risk för mindre respekt för och mindre hänsyn tagen till det ofödda barnet under havandeskapet och vid förlossningen.

Reliers uppfattning får alltmer stöd av den aktuella tvärvetenskapliga foster- och spädbarns forskning (Verny -81!, Relier -93, Herbinet, Busnel -95, Szejer -97). Denna forskning stöder också tidigare misskända folkliga föreställningar från "primitiva" kulturer om att det ofödda barnet finns i en subjektiv relation med omvärlden och i första hand med den havande kvinnan. (Herbinet, Busnel -95, Nordin -95).

Forskningen har visat att genom sinnesorganens alltmer utvecklade funktioner under havandeskapet uppstår ett *sensoriellt* och förmodligen också *affektivt* relationsband mellan det ofödda barnet och den havande kvinnan.

Den så tydliga och lätt iakttagbara relationen mellan barnet och modern direkt efter förlossningen är ett *återupprättande* av havandeskapets utvecklade relationsband. Brister i den faktiska relationen under havandeskapet försvårar den *nödvändiga återanknytningen av relationsbandet* efter förlossningen och kan riskera barnets vidare utveckling och mognad.

Den nya kunskapen om den faktiska relationen mellan det ofödda barnet och modern under havandeskapet aktualiserar en revidering av de traditionella begreppen *bindning* mor till barn och *anknytning* barn till mor.

Barnpsykiatrins syn på det ofödda barnet

Inom barnpsykiatri är det främst den franska barnpsykoanalytiska linje som utgår från Françoise Dolto och med efterföljare som Caroline Eliacheff, Myriam Szejer, Cathrine Bonnet och Cathrine Dolto-Tolitch som ger det ofödda barnet status som ett självständigt subjekt i sin egen rätt.

Den nya kunskapen om det ofödda barnets sensoriska kompetens har hittills inte tillmätts någon större betydelse inom den svenska barnpsykiatri (Gillberg, Hellgren red. -00, Wrangsjö red.-98) eller inom spädbarnpsykiatri (Berg Brodén -89, Risholm Mothander -94). I de verk som berör det ofödda barnet anges ingen teoretisk eller terapeutisk konsekvens av denna insikt (Carlberg -94, Havnesköld, Risholm Mothander -95, Hwang, Nilsson -96).

Barnet blir sällan benämnt förrän det är framfött till vår åsyn. Dessförinnan benämnes nästan enbart den havande kvinnan och hennes imaginära föreställning om det väntade barnet. Det barn som ju i flera månader finns i full substansialitet i hennes livmoder!

Inom barnpsykiatri uppfattas det nyfödda barnets individuella särdrag och temperament oftast som ärftligt "medfödda". Denna uppfattning är troligen en följd av det inflytande D Stern har haft på teoribildningen under senaste decenniet. Stern refererar sällan till fosterperioden och han anger att avvikelser i spädbarnets utveckling främst är konstitutionellt betingade. "De kapaciteter som tillåter spädbarnet att koppla ihop sina skilda upplevelser av den sociala världen är i mycket stor utsträckning *konstitutionellt*, det vill säga *genetiskt* betingade" (s 197). "Vad man hoppas på är att de allra tidigaste avvikelserna i social och intellektuell funktion kan spåras som abnormiteter i dessa kapaciteter. Om det vore möjligt skulle vi nå en förståelse för de underliggande mekanismerna som skulle hjälpa oss att förklara uppkomsten av genomgående utvecklingsstörningar, autism, senare inlärningssvårigheter, bristande uppmärksamhet, karaktärsstörningar och diverse problem med socialt uppförande och kompetens" (sida 198) [*Spädbarnets interpersonella värld* -91, min kursiv]. I *Moderskapskonstellationen* saknas också benämning av det ofödda barnets existens och dess förmåga till relation med omvärlden.

I de citerade meningarna ger Stern uttryck för en syn på tidiga psykiska störningar som ligger mycket nära den nu starkt dominerande neuropsykiatriska trenden.

Betydelsen av sinnesorganens utveckling under havandeskapet

Det är inte svårt att vid en neonatologiavdelning uppfatta att även de mycket för tidigt födda barnen har förmåga till syn, hörsel, lukt, smak och att de reagerar för beröring och smärta. Samtliga sinnesorgan når sin perceptiva förmåga under fosterstadiet och tidigast utvecklas förmågan till kroppskänsla och beröringskänsla. Redan i 10 v kan fostret urskilja akustiska vibrationer som fortplantas genom fostervattnet. Det är först efter 25 v som hörselorganet når sin funktion. Dessförinnan "hör" fostret med sin hud och genom denna "intelligenta" hud kan det känna igen och särskilja ljud som tränger in i livmodern från den yttre världen. Fostrets sinnesorgan når successivt allt mer förfinade funktionsnivåer under förutsättning att de stimuleras genom ett adekvat impulsinflöde.

Då modern förnummit fostrets första kroppsrörelser efter 3-4 månaden riktas hennes emotionellitet med förhöjd känslighet mot sitt ofödda barn, reellt och affektivt tar hon det i sina omslutande händer. Fostret kan genom bukhinnorna reflexmässigt med kroppsrörelser svara på moderns handtryck mot buken. Om moderns "invitation" upprepas mer regelbundet utvecklas mellan modern och fostret en kommunikativ interaktion som leder till ett rogivande lugn för modern och troligen även för fostret (Szejer -97).

På liknande sätt uppstår en interaktion mellan modern och fostret genom de andra utvecklade sinnesorganen. *En relation som grundar sig på sinnesorganens förnimmelser* kommer tillstånd mellan det ofödda barnet och modern. Alltmer tyder på att det under graviditeten också utvecklas en *affektiv relation* dem emellan.

En av de mest kända studier som, visat på det ofödda barnets sensoriska och affektiva relationsförmåga, utöver reflexmässiga svarsreaktioner, är utförd av Alessandra Piontelli (-92). Hon har i tvillingstudier funnit att fostret har en självständig rörelseförmåga och att det gör ett "medvetet" val av rörelser som svar på yttre stimuli. Piontelli anser att man kan tala om känslomässiga svar från fostret som är påverkade av moderns psykiska tillstånd. Därtill betonar Piontelli fostrets existentiella kontinuitet före och efter förlossningen, vilket uttrycks i att barnet efter födelsen behåller sitt unika rörelsemönster från fosterperioden. Enligt Piontelli har fostret i livmodern aldrig funnits i en fusion med modern - inte mer fysisk under graviditeten än psykisk efter födelsen. Mot slutet av graviditeten lever ej heller fostret i samma rytm som modern.

Efter 3:e månaden är fostret genom placentan "självförsörjande" i sin hormonella balans och det är fostret som sätter igång förlossningen (Szejer -97).

Livet börjar vid upptäckten av den andre. I förbindelsen skapas barnet

(A. Pionelli: *From Foetus to Child*)

Från foster till spädbarn - en kontinuitet

Förlossningen innebär för barnet en förflyttning från en vattenburen inre till en luftburen yttre omvärld. För att kunna behålla relationen till modern behöver barnet efter födelseprocessens ofrånkomliga separation i nära hud- till hudkontakt fortsatt få "bada" i ljudet av moderns röst och i hennes dofter. Under graviditeten har fostret genom sitt utvecklade lukt- och smaksinne kunnat reagera på det modern äter och på lukten av hennes kropp. Vid förlossningen och en period därefter är luktsinnet kraftigt utvecklat och fyller en viktig funktion för barnets möjlighet till återanknytning med modern.

Vikten av en tidig relationupprättelse mellan mor och barn efter förlossningen är idag allmänt känd och förlossningsvården har börjat anpassa sig till den kunskapen. Den nya kunskapen om att det finns en faktisk relation mellan mor och barn *före* förlossningen gör det än mer angeläget att garantera kontinuiteten i relationen och att på alla tänkbara sätt söka kompensera för oundvikliga relationsavbrott under graviditeten, vid förlossningen och under nyföddhetsperioden.

Omvärlden bör finnas med stor stödjande beredskap för den havande kvinnan och försöka undanröja allt som hotar hennes relation till sitt ofödda barn. Som nedan anges kan man bedriva ett terapeutiskt arbete med det ofödda barnet och modern under fostertiden. Detta får också en förebyggande effekt genom att både fysiskt och psykiskt underlätta förlossningsprocessen och återupprätta relationen mellan mor och barn efter födelsen (Szejer -97).

Den genetiska frågan

Med den nyvunna kunskapen är det betydligt svårare att ange vad som är genetiskt givet och vad som är omgivningens påverkan under graviditeten. Det "medfödda", som ofta anges vara genetiskt betingat, kan lika väl vara en miljöbetingat konsekvens av impulsinflödet från sinnesorganen till hjärnan under fosterperioden. Busnel och Herbinet (-95) uttrycker att impulsinflödet bestämmer hjärnans funktioner eller t o m skapar hjärnans organ och strukturer.

Förenklat kan man säga att den anatomiska anläggningen av sinnesorganen styrs av generna men organens vidare utvecklingen och alltmer avancerade funktioner styrs väsentligast av impulsinflödet från den omgivande biologiska och sociala miljön.

Vid utebliven stimulans atrofierar sinnesorganens celler och en överstimulering av ett sinnesorgan anges kunna leda till atrofiering av andra sinnesorgans celler. Ett balanserat impulsinflöde från de olika sinnesorganen anses vara av största betydelse för hjärnans normala utveckling (Busnel -95). Med en sådan förståelse blir det svårare att hävda att de "svårkontaktade" barnens avvikelse skulle ha sin grund i ett "medfött" konstitutionellt, genetiskt personlighetstemperament i att vara vag och svårkontaktad enligt tidigare citat av D Stern. Man bortser då helt från att detta barn och modern under flera månader genom sinnesorganens förnimmelser funnits i en relation och i ett samspel med varandra, vilket lett till ett kommunikationsmönster dem emellan som vi först kan iaktta då barnet låtit sig framföras till vår åsyn. Sinnesorganens utveckling påverkas eller kanske rent av styrs av relationen mellan mor och barn under havandeskapet.

Avvikelse i hjärnans utveckling kan således vara en effekt av psykosociala faktorer inverkan på det sensoriska impulsinflödet under fosterperioden. Således bör det under livets tidiga skeenden, före och efter förlossningen, vara möjligt att via sinnesorganen med psykosociala/terapeutiska åtgärder såsom haptonomimetoden förebygga och behandla avvikelser i hjärnans utveckling och funktion, vilka från ett neuropsykiatriskt perspektiv anges vara genetiskt bestämda.

Från neuropsykiatriskt håll hävdas att man kunnat konstatera förändringar i hjärnan som orsak till psykiskt avvikande beteende. Det är dock svårt att hitta referenser till forskningsstudier som entydigt visar på ett direkt samband mellan neuropsykiatriska diagnoser och specifika hjärnstörningar.

Relationsförhållanden vid flerbördsgraviditeter

Under slutet av livmoderstillvaron lever tvillingar genom sina utvecklade sinnesorgan i en mycket nära kroppslig och sensoriell relation med varandra. Denna starka inbördes relation har troligen en större betydelse för den sensoriella och affektiva utvecklingen än vad relationsutvecklingen till modern har under havandeskapet. Tvillingarna kommer efter födelsen att söka återupprätta sin inbördes starka relation, vilket kan försvåra för modern att skapa och upprätthålla en anknytningsrelation till dem. Om en tillräckligt god relation med modern som förmedlare av omvärlden ej kommer till stånd försvåras tvillingarna vidare psykiska utveckling då de i sin egen slutna relation utan ett vuxet stöd allt sämre kommer att klara en åldersadekvat psykiskt utveckling.

Är det den primära tvillinganknytningsrelation under graviditeten som skapar identitetslikheten mellan tvillingar? Är det skillnaden i livmodersförhållanden mellan en- och tvåäggstvillingar vad gäller placenta och fosterhinnor som skapar mindre likhet för tvåäggs- än för enäggstvillingar genom att enäggstvillingar lever än mer tätt tillsammans i livmodern?

Tomas Ljungberg anger i Socialstyrelsens arbetsmaterial version 2001-05-20 *ADHD hos barn och ungdomar - diagnostik, orsaker och farmakologisk behandling* med hänvisning till Levy F -97 *Genetic analysis of a large-scale twin study* att ”ytterligare en felkälla man har upptäckt är att om symtomskattningar jämförs mellan tvåäggstvillingar å ena sidan och vanliga syskon å den andra (som alltså inte är tvillingar och som genetiskt skiljer sig lika mycket åt som tvåäggstvillingar) blir korrelationerna högre för tvillingar än för de vanliga syskonen (Levy -97). Detta kan man inte förklara på annat sätt än att själva betingelsen att utvecklas tillsammans i livmodern och senare gör barnen mer lika än om de inte är tvillingar”.

Om tvillinglikheten enligt ovan ej längre kan tolkas som självklart genetiskt orsakad utan lika väl kan vara en följd av ett nära psykosocialt samspel mellan tvillingarna redan under fosterperioden måste det leda till en omvärdering av tvillingforskningsmetoden. Utifrån A Piontellis forskning bör det vara angeläget att än mer belysa fosterrelationens betydelse för utvecklingen av identitetslikhet vid flerbördshavandeskap. I slutet av denna artikel ges fallbeskrivningar som beskriver bestående tvillingbindningar och moderns svårigheter att kunna bryta in i dessa starka relationer och skapa en tillräcklig anknytningsrelation under förskoleåldern.

Relationsutvecklingen vid adoption

För adoptivmodern och barnet ges ingen möjlighet till återanknytning av fosterperiodens sensoriella och affektiva bindning utan en ny anknytningsrelation måste få tid och utrymme att utvecklas under en längre dyadsamvaro. Tyvärr verkar det inte finnas en tillräcklig förståelse av detta vare sig vid adoptionsinstitutioner, hos ansvariga myndigheter eller inom barnpsykiatri. Möjligheterna till förebyggande information och till stödåtgärder från barnpsykiatrins sida är begränsade. Vid en alltför bristfälligt kompenserad anknytningsrelation ökar risken av en försvårad psykisk utveckling för det adopterade barnet.

Under mor-barnterapi har i flera fall framkommit adoptivmoderns svårigheter att tilltro sig kunna skapa en kompenserande anknytningsrelation och tillräckligt god moderlig funktion för sitt adopterade barn. Mödrarna har uttryckt det svåra i att plötsligt blivit anförtrodda ansvaret för ett nytt mänskligt liv till vilket det inte funnits en havandeskapets och nyföddhetsperiodens sinnesmässiga och känslomässiga relation och där barnet ju helt förlorat sina tidigare anknytningsrelationer. Det är också svårt för adoptivföräldrar att tala om dessa svårigheter då de oftast upplever att det ställs större krav på dem från omgivningen och de söker ofta visa en större duglighet både i yrkesliv och i familjeliv.

Relationsutvecklingen vid biologiska avvikelser hos det väntade barnet

Den väl beskrivna imaginära relationen från modern till sitt förväntade barn utgår troligen på ett mer påtagligt sätt än vad som tidigare angivits från den utvecklade reella sinnesmässiga relationen under havandeskapets förlopp. Den imaginära relationens innehåll är påverkad av moderns tidiga(re) upplevelser och erfarenheter med idealiserade föreställningar.

Om det framfödda barnet avviker alltför mycket från det imaginärt förväntade och från det normala är det svårare för modern att ta barnet till sig och skapa den nödvändiga återanknytningsrelationen. Ju starkare den reella sinnesmässiga och känslomässiga relationen varit mellan modern och barnet under havandeskapet desto större möjlighet för modern att trots den reella avvikelser från det förväntade kunna ta sitt annorlunda barn till sig.

En moder som fött ett avvikande barn med Downs syndrom uttryckte spontant att ”om ingen annan kan älska detta barn så måste jag lära mig det”. Jag tolkar detta som ett uttryck för den starka relation och bindning som uppstått mellan henne och barnet under havandeskapet.

Abortfrågan

Att betrakta fostret som ett mänskligt subjekt blir ytterst avgörande för uppfattningen om och ställningstagandet till inducerade aborter. Enligt min uppfattning har den havande kvinnan den suveräna rätten att avgöra om hon kan ta ansvar för ett nytt mänskligt liv eller ej. Den faktiska relationen mellan mor-barn under graviditeten leder för kvinnans del vid beslut om abort till en fysisk och psykisk förlust och ett ofrånkomligt depressivt tillstånd. Kvinnan behöver all hjälp och allt stöd i sitt vardagsheroiska beslut om abort, vilket många gånger är en handling i omtanke och kärlek till sitt ofödda barn.

Franska neonatologer och anesthesiologer talade vid WAIMH:s världskongress i Tammerfors -96 om att i möjligast mån ta hänsyn till fostrets utvecklade förmåga till sinnesmässiga och känslomässiga förnimmelser vid inducerade aborter och söka lindra fostrets lidande. (WAIMH - World Association for Infant Mental Health).

Vid nästan vart annat fall av spontan abort hittas ingen medicinsk orsak till fostrets död. Är det ofödda barnet självt som utifrån en gryende (o)medvetenhet inte finner möjlighet till fortsatt existens och därför avstår från att leva vidare?

Haptonomi - en behandlingsmetod för mor-barn under graviditeten

Den av holländaren Frans Veldman utvecklade behandlingsmetoden *haptonomi* grundar sig på och bekräftar existensen av en faktisk bindning mellan modern och det ofödda barnet (artiklar av Catherine Dolto-Tolitch och Bernard This i *L'aube de sens* 95).

Metoden har en förebyggande inriktning och uppfattar barnet som sökande efter relation och mening redan under fosterperioden. Genom denna mor-barnrelation ”väcks” det ofödda barnet i förtid och är mer närvarande i ett samspel efter förlossningen.

Kort beskrivet kan metoden sägas utveckla moderns sätt att med sina händer och med sin röst söka kontakt med sitt ofödda barn. Om fostret med haptoterapeutens hjälp regelbundet blir kontaktat av modern från 6:e månaden finner man att alla fysiska och psykiska händelser som modern upplever i den yttre världen har en omedelbar återverkan på fostret och att det reagerar ”autentiskt” på omvärldens skeenden. Detta ger modern möjlighet till ett mycket subtilt samspel med fostret, som tydligt med sitt kroppsspråk visar lust och olust, önskan om kontakt och behov av ro och vila. Genom detta ”affektiva bekräftande” utvecklar fostret en grundläggande trygghetskänsla som består efter förlossningen.

Vid patologiska graviditeter, vid sjukdomar eller vid fostrets död ger metoden föräldrarna möjlighet att vara vid sitt ofödda barns ida i dess smärta och det blir mindre ett passivt offer till det som sker.

Haptonomimetoden har dock råkat i vanrykte genom en förtyglad och förenklad tillämpning.

Erfarenheter av en mor-barnterapeutisk behandlingsmetod

Under de tio år som jag arbetat med tidigt störda barn enligt nedan beskrivna mor-barnterapeutiska metod har min erfarenhet alltmer övertygat mig om att psykosociala förhållanden under tiden före och efter födelsen (den perinatale perioden) har en överbestämmande betydelse för barnets vidare psykiska utveckling.

Det har varit fascinerande att uppleva den omvälvande utveckling som skett för barn med tidig och allvarlig avvikelse i sin psykiska utveckling då de under en mor-barnterapi kunnat komma förbi det som tidigare förhindrat en tillräcklig och nödvändig återanknytning till modern.

Alltmer har jag genom mödrarnas berättelser blivit övertygad om att det ofta funnits hindrande faktorer i mor-barnrelationen före barnets födelse, kring födelsen och perioden därefter. I flera fall där det vid terapins början funnits tarka misstankar eller diagnos på hjärnfunktionsstörning eller psykos eller autism har det i barnets och moderns levnadshistorier framkommit allvarliga och hotande händelser från den perinatale perioden. Sådan händelse är oftast förenad med moderns föreställning om att det väntade barnet är skadat eller skall dö. Efter att dessa händelser och föreställningar under terapins förlopp inför *modern och barnet* fått ordens form och gestalt har viktiga terapeutiska processer kommit till stånd vilka leder till att barnet successivt kunnat lämna tidigare neuropsykiatriskt benämnt tillstånd.

Strukturen och den terapeutiska principen för den tillämpade mor-barnbehandlingen

Den väsentligaste skillnaden jämfört med individuell barnpsykoterapi är att terapin är gemensam för modern och barnet. Den sker i ett traditionellt arnterapirum med Erica-material, målarklaff och en sittgrupp med plats för modern, barnet och terapeuten runt ett bord på vilket finns ritmaterial och lera. En fri golvyta för moderns och barnets fria agerande finns mellan Erica-materialet och sittgruppen. En filt liksom andra leksaker finnes till hands i ett skåp. Då barnet använder Erica-materialet placerar sig modern och terapeuten nära sandlådorna där modern har en bestämd "mamma-stol". Terapitiden är 45 min, oftast bara en gång per vecka.

Teoretiskt utgår metoden från insikten om *det moderligas oändeliga betydelse för barnets varande-i-världen*. Det innebär att i den terapeutiska situationen direkt tillämpa kunskapen om det späda barnets absoluta behov av omvårdnad och (åter)anknytning till modern efter födelsen med en förståelse för barnets oförmåga till utveckling om sådan anknytning ej kommer till stånd.

Målsättningen är att undanröja det som förhindrat barnets anknytning till modern efter födelsen och skapa möjlighet till en kompenserande (åter)anknytning till modern eller hennes permanenta ersättare. Terapeuten söker medvetet undvika att dra överföringsreaktioner till den egna personen och riktar istället genom sina ingripanden fokus på mor-barnrelationen.

Terapeutens funktion är att i första hand vara språkrör för det som uppenbaras i mor-barnrelationen. Allra viktigast är att hjälpa modern att se hur barnet alltid söker henne och är mycket angelägen om en relation till henne. Pga. barnets svårigheter har modern förlorat förmågan att tilltro sig kunna vara en tillräckligt god moder och hon har därför till en början svårt att tro att barnet söker och behöver henne. Med terapeutens stöd kan modern komma till nsikt om att hon - liksom alla mödrar - alltid gjort det bästa för sitt barn men att ödet och livsförhållanden förhindrat att allt kunnat komma på plats. Med denna insikt och den nya upplevelsen av sin stora betydelse för sitt barn kan modern befria sig från skuld känslor som ofrånkomligt drabbar föräldrar då barnen har det svårt. En känsla av skuld bär vi dock alltid mot dem vi älskar eftersom vi alltid önskar och söker vara bättre för dem än vad vi förmår att vara. Detta är skuld känslans existentiella och mer positiva sida. "Att leva är att vara skyldig." Läs Marianne Lernalers fina skrift i Psykisk hälsas monografiserie!

Faderns funktion. Vid all mor-barnterapeutisk behandling är faderns roll väsentlig. Innan barnet nått en tillräckligt kompenserad relation till det moderliga är faderns viktigaste funktion att stödja och garantera kontinuiteten i de nödvändiga moderliga processerna. Därefter är et på ett vanligt sätt faderns roll och funktion att tillsammans med modern hjälpa barnet vidare ut till en allt vidare omvärld. Lite tillspetsat kan man säga att faderns funktion är att hjälpa barnet att "befria" sig från det moderliga beroendet. Om modern ej kan finnas till hands för att tillräckligt kunna täcka barnets primära behov av omvårdnad och anknytningsrelation söker barnet i fadern ersättning för denna brist och fadern fyller då en kompletterande eller ersättande "moderlig" funktion.

Tillämpning i vardagsmiljön. I många fall är det möjligt att kompensera det icke könsmogna barnets anknytningsbrist utan en direkt mor-barnterapi genom att i vardagen under en period återföra mor-barn och befria dem från åtaganden utanför hemmet, såsom skola och arbete. Modern har under en sådan period behov av en rådgivande och stödjande kontakt för att veta hur hon skall bemöta de regressiva behov och krav som barnet till en början kommer att rikta mot henne. Det svåra - både för modern och terapeuten - är att våga ha en tilltro till att barnet vet, uttrycker och söker vad det behöver. Barnets beteende är en ständig strävan att söka kompensera och täcka sin upplevda brist i förhållande till det moderliga för att bättre kunna reda sitt eget varande i världen. Terapeutens uppgift är att genom moderns upprättelse och hennes skuldbefrielse hjälpa barnet till en "tillräckligt god" upplevelse av det moderligas bekräftande närvaro. Då så skett och barnet nått en tillräckligt kompenserad upplevelse av det moderligas närvaro hävs regressionen successivt och barnets tidigare förhindrade utveckling kan komma till stånd. Barnet får ett genuint intresse av att nå vidare ut mot omvärlden och kan nu börja reda sig där utan sina tidigare regressiva och avvärjande försvar med avvikande beteende som följd, vilket av omvärlden uppfattas och betecknas som psykiska symtom. Barnet och den vuxnes ständiga strävan är att nå bästa möjliga samverkan och tillvaro med de andra i världen - det moderliga är inte målet utan det nödvändiga medlet och stödet till att kunna nå dit.

Vid en strukturerad mor-barnterapi utspelar sig förloppet och de terapeutiska processerna på ett liknande sätt. En utförligare artikel planeras för att närmre beskriva de terapeutiska processerna i mor-barnterapi. Intresserade hänvisas också till Bertrand Cramérs *La pratique des psychothérapies mères-bébés, études cliniques et techniques*.

Tillämpning i samverkansarbete. Hänvisning till skrivningar om den direkta samverkan mellan PBU och socialförvaltningens EMIL-enhet i Hökarängen (R Karlsson -96 och 99, P Dahlgren, R Karlsson -99).

Tonåringar och vuxna. Metoden att direkt kompensera för en bestående bristfällig återanknytning mellan mor och barn efter födelsen är enligt min erfarenhet det optimala behandlingsalternativet och är tillämpbart fram mot den begynnande adolescensen.

Därefter försvårar incestförbudet tonåringens direkta tillgång till det kompenserande moderliga primärobjektet. Tonåringen och den vuxne är hänvisade till att indirekt genom överföringsprocesser, inom de psykodynamiska principernas ramar, söka nå allt bättre nå förståelse av och allt bättre kunna förhålla sig till sitt upplevda moderliga bristtillstånd.

Under individuella tonårsterapier är det dock en fördel att kunna ha gemensamma samtal med modern bl a för att beröra förhållanden kring det moderliga. Med terapeutens stöd ges både tonåringen och modern möjlighet att benämna och med ord bättre kunna förhålla sig till det förflutna som tidigare förhindrat tonåringens utveckling och som för modern alltid varit en tung oförsonlig skuld känsla över sitt barns situation.

Fallbeskrivningar

Till artikeln har valts två fall i vilka finns svåra traumatiserande händelser för det ofödda barnet och modern. Dessa trauman har med stor sannolikhet negativt påverkat möjligheten till en tillräckligt god återanknytningen mellan mor-barn efter födelsen och därmed försvårat barnets vidare utveckling. I det första fallet ges mer utförliga exempel på de dynamiska processer som aktualiseras genom den tillämpade mor-barnterapeutiska metoden.

Två fall visar på den starka bindning som föreligger mellan tvillingar under livmoderstillvaron och de svårigheter som kan finnas för den primäre omvårdaren att bryta upp tvillingrelationen och erbjuda sig själv som ett tillräckligt gott anknytningssubjekt/objekt.

Fall 1. 6-årig pojke (B) med diagnos barndomspsykos med autistiska symtom remitteras för mor-barnterapi från en dagbehandlingsenhet (DBA) för tidigt störda förskolebarn. Föräldrarna har brutit kontakt med BUP-mottagning efter att barnpsykiatriker föreslagit placering på institution om de ej klarar ta hand om B som bedömts vara träningsklassmässig. Efter 65 timmars M-B-terapi under två år började pojken utan assistentstöd i liten integrerad särskoleklass där han hela tiden klarat sig bra liksom på fritids. Vid 12 års ålder går pojken som yngste elev i en årskurs 6-8 med ortsatt personlighetsutveckling och en allt mer normaliserad relation till omvärlden och de tidigare så påtagliga autistiska symtomen framträder ej längre.

B är tredje barnet och ende pojken av fem syskon. Under graviditeten drabbades modern (M) av kraftiga blödningar i 13 v och vid gyn.akut bedömde en manlig gynekolog att fostret hade dött vilket fyllde M med förtvivlan. Med ultraljud konstaterar en kvinnlig gynekolog att fostret levde. M sörjde redan sitt döda barn och uppfattade ej det nya beskedet pga. kraftig premedicinering inför planerad abort av det döda fostret. Då M på vårdavdelning åter kommer till medvetande gråter hon och tror sig blivit aborterad sitt döda barn. Den manlige gynekologen kommer till avd för att beklaga sitt misstag och sade "så bra att det ändå gick så här". Detta fyllde M med än mer ledsnad då hon trodde att han menade att abort nog var det bästa för henne. Avd.föreståndaren missuppfattar situationen och tror att M gråter för att fostret levde. En helt förvirrad situation! Föreståndaren berättar i det läget för M att hon har ett levande foster i sin livmoder. M drabbades senare av ytterligare en blödning men i övrigt förlöpte havandeskapet normalt.

B föddes i en normal förlossning och både M och B mådde bra. Vid utskrivning konstaterades ett blåsljud på hjärtat som senare visade sig vara ofarligt men M upplevde det som ett nytt dödshot för sin pojke.

Då B är drygt ett år dog MM och M var då åter gravid. M var mycket deprimerad och hon grät ofta då hon var tillsammans med B. I sitt bräckliga tillstånd klarade M ej att B grät på nätterna och därför sov B tillsammans med fadern skild från M.

Då B var 2,5 år noterade en barnläkare att B var sen i sin utveckling. Föä upplevde läkarens påstående som kränkande men kunde alltmer se att det stämde. B sprang planlöst omkring, sökte ej kontakt med andra barn, pratade enstaka ord som aldrig blev ett riktigt tal och han var extremt ljudkänslig och gallskrek vid vissa ljud. Föä fick lugnande råd från BVC där endast det dåliga talet noterades som avvikelser.

Föä kontaktade BUP-mottagning och vid remiss till barnneurolog då B var 3 år bedömdes han kraftigt försenad och kunde inte medverka i utvecklingstest. Vid psykologbedömning vid 3,5 år

konstaterade avskärmning och psykotiska symtom, vilka ansågs orsakade av traumatiska upplevelser och brist på stimulans samt på konstitutionella faktorer. B bedömdes vara i behov av en lugn stabil barngrupp med stimulans och han placerades med egen assistent på ett vanligt daghem. Hans beteende blev alltmer avvikande och det var svårt att ordna ett gott omhändertagande. H var oftast ensam med sin assistent och då hon ej fanns till hands blev han ibland inlåst ensam i ett rum för att inte störa de andra barnen. Vid 4,5 år anger barnneurolog diagnosen barndomspsykos med autistiska drag och den medicinska utredningen med datortomografi och fragil X var normal. Vid 5 år kom B till en dagbehandlingsenhet med psykodynamisk profil för tidigt störda förskolebarn och snart noterades där en begynnande förmåga till utveckling hos B. BUP bedömde att B var i behov av individualterapi 2-3 ggr/v med parallella föräldrasamtal under flera år. Man var tveksam till att starta behandling med ”en så pass störd pojke i en komplicerad familjesituation”. I det läget tog behandlingsenheten initiativ till en mor-barnterapi som kunde starta då B var 6,5 år. Det krävdes dock formella beslut vid möten med berörda BUP-verksamheter på över 30 effektiva terapeuttimmar! Den verksamma terapin krävde ej mer än 65 timmar.

I *första terapitimmen* omger B sig med en ordliknande flödande ljudmassa och med ett tydligt *hej då* markerar snart att han vill lämna rummet. Med hjälp stannar han kvar och går fram till den torra sandlådan och gör i sanden spontant ett tydligt avtryck av sin hand. Då jag ber M sätta sitt handavtryck bredvid går B snabbt fram och suddar ut sin hand.

B börjar strila sand mot M:s hand och M fångar upp sanden och strilar den tillbaka i B:s hand i en lugn samvaro. I denna samvaro med M säger B plötsligt och upprepat *flicka, flicka, flicka* (B är ende pojken och har fyra systrar). Intuitivt säger jag att han tror sig behöva vara flicka, liksom systrarna, för att bli älskad av M.

Detta leder till ett lekavbrott och B går till målarklaffen och med lila vattenfärg målar han streck med fyllda cirklar i ändarna. Upprepar ordet *Sebastian, Sebastian...* (den lilla räkan i sagan om havsjungfrun) och upprepar sedan *pojke, pojke...* och därefter upprepat sitt eget namn. Gör en slutna rund form med två mindre cirklar och säger *ögon, ögon...* och upprepat *Sebastian*. M associerar till att räkan har ögonen på skaft. B säger tydligt ordet *ansikte* då han fortsatt gör slutna runda former och han fyller dessa med färg och jag benämner att han fyller dessa på samma sätt som M fyllde hans hand med sand. M är berörd över det B framställt eftersom han tidigare bara ritat klotter. B upprepar ofta talen *3,5,15* vilka M påpekar är åldrar på tre av systrarna.

I de följande timmarna upprepas teman från första timmen och B visar i sitt görande en riktning mot M vilket jag benämner för M som till en början inte riktigt förstår sin roll under timmarna. Efter alla tidigare avvisanden tillmäter sig M, i likhet med andra mödrar till barn med tidiga störningar, ej längre ett positivt värde för sitt barn.

I ett första föräldrasamtal förmedlar M hur hopplöst allt varit fram till kontakten med dagbehandlingsenheten och hon är fylld av stor besvikelse mot den barnpsykiatriker som föreslog institutionsplacering. Jag bekräftar föräldrarnas smärta och den ofrånkomliga skuldkänsla de burit genom åren. M säger att hon nu börjat kunna tänka och förstå på ett annat sätt, vilket lindrar hennes tidigare ständigt tyngande skuldkänsla. Med smärta börjar hon förstå att hon nog aldrig riktigt sett eller bekräftat B under flera år då hon aldrig kunnat förstå vad han menade eller behövde. Modern kan också förstå hur förödande den första daghemsplaceringen var för honom.

M har börjat drömma alltmer och hon vill förmedla en viktig dröm. Hon står hemma i köket omgiven av sina fyra döttrar på en ny ljus golvmatta. Delvis under den gamla mörka mattan ligger en hård gråstensliknande klump. En av döttrarna sparkar på den varvid den börjar mjukna och röra på sig. Ur golvet och den grå stenliknande klumpen sticker det ut ett litet spädbarnsben och en hel pojkkropp börjar komma ut ur klumpen. M säger att den var ren och fin precis som hon minnes B. M tolkar själv sin dröm som uttryck för att B nu vill och åter håller på att födas i förhållande till henne. Jag tillägger att drömmen kan vara ett uttryck för hela den process som M är fylld av i att hjälpa B att födas till livet och till att kunna delta i vår mänskliga gemenskap som ödet hittills förnekat honom. Som vid flera tillfällen betonar jag att M liksom alla föräldrar alltid gjort det bästa hon kunnat för sitt barn. Livets händelser har dock berövat hennes pojke möjligheten att ta sig in i det mänskliga samspelet till vilket han liksom alla har en stark längtan och att hans avvikande autistiska beteende är hans bästa försök att värja sig mot den omvärld där han ännu inte reder sitt varande.

På ett övertydligt sätt framkommer detta då B efter en timma blir stående innanför ytterdörren till mottagningen med M stående utanför den öppna dörren med hans kläder och han kan inte passera över tröskeln till M. Då jag söker hjälpa honom klamrar han sig fast vid mig och brister ut i en förtvivlans gråt. Vi står stilla tillsammans och B lugnar sig och säger med tydlig röst *ja,ja*,

okey,klart och kan till sist kliva över tröskeln till M som hjälplöst bevittnat sonens förtvivalde kamp och hand i hand går de sedan iväg.

B söker alltmer reell och symbolisk relation till M, han vill helst vara hemma med M och han börjar upprepa och imitera moderns tal. M börjar nu se sin betydelse och finns till hands och benämner och bekräftar hans görande. M beskriver bilresan till terapin då de i bilens omslutande skal är avskilda från världen i övrigt som en viktig dyadsamvaro med B.

B slappnar av alltmer under timmarna och vilar ibland på golvet framför M. Där finns en filt till hands och B börjar svepa in sig och markera att han sover. Scenen upprepas med allt större relationsnärhet till M. Hon börjar svepa in B i filten och glädjestrålade vecklar han sig sedan ut ur filten och visar upp sig för M som kramar sin pojke. Senare efter flera terapitimmar hamnar B i M:s famn och insvept i filten lägger han sig i babyställning lutad mot M och då jag benämner scenen säger han *da,da* och talar om sig själv som baby. M förstår vikten av detta återfödande i deras första ohotade varande med varandra. Hon säger att de aldrig tidigare haft en sådan närhet, att B aldrig velat vara i hennes famn eller velat vara baby. B vill nu även hemma vara i hennes famn och där talar han babyspråk med en triumferande jublande känsla.

Från detta direkta återfödande i en relation med M börjar B processen av en psykisk utveckling som i skeenden ansluter sig till den allmänna utvecklingspsykologins faser. Då terapin avslutas efter två år kan B börja i en integrerad särskoleklass där han reder sig väl som en av de bättre eleverna och från början helt utan assistentstöd.

Då jag i annat sammanhang efter några år träffar hans äldsta syster säger hon att "det känns som om jag fått tillbaka min lillebror, han var liksom försvunnen i flera år, han är nu så gullig och det är så skönt att krama om honom och det går att prata med honom igen, nu pratar han för fullt hela tiden. Det är som om han kommit tillbaka till mig".

Kommentar. Fallbeskrivningen visar på ett övertydligt sätt - som egentligen inte fordrar någon kommentar - barnets övergripande strävan att söka det moderliga objektet för täcka den upplevda moderliga bristen som förhindrat ett varande med världen. I detta fall har det traumatiska relationsavbrottet under graviditeten och senare uppkomna svårigheter aldrig kunnat bli kompenserade förrän inom ramen för en mor-barnterapi. I en mor-barnterapi försöker terapeuten undvika att skapa överföringsbindningar till sin egen person och söker istället genom ingripanden och uttalanden stärka fokus på mor-barnrelationen med en övertygelse om att barnet självt alltid vet och söker det som saknas för att bättre kunna reda sig i världen. I detta ligger kanske en del av det motstånd som finns mot den mor-barnterapeutiska metoden där terapeuten får en decentraliserad position och ej är centrum för de känslomässiga skeenden som utspelas mellan mor och barn. Är den decentraliserade terapeutiska positionen vid mor-barnterapi alltför narcissistiskt kränkande för oss terapeuter som ju vid individualterapi och psykoanalys är centrum för de känslomässiga överföringsrelationerna?

Fall 2. 16-årig flicka söker tillsammans med föräldrar hjälp vid BUP-mottagning efter längre tids svårigheter med ångest och ätstörningar och ett alkoholbruk som nu också oroar flickan.

Går på internatskola 5 mil från föräldrahemmet. Vid familjesamtal där även 18-årig syster deltar framkommer en nära relation till fadern från båda flickorna, en relation som i det yttre synes ha vissa incestuösa inslag från flickornas sida. Flickorna finns ofta kroppsligen nära fadern, sitter på armstödet till hans stol och någon gång i hans knä. Mycket mer sällan framkommer från flickornas sida en närhet till modern med vilken de enbart har en verbal relation under samtalen. Utifrån sin perifera position i familjen verkar modern dock ha en påtaglig bestämmande och kontrollerande funktion i förhållande till de andra.

Flickan har i vardagen en tendens att dra sig undan relation med isolering på sitt rum och det är oftast i alkoholpåverkat tillstånd som hon söker kamratrelationer och då på ett starkt och agerande sätt.

Vid den viktiga och utförliga anamnesupptagningen kring flickans levnadshistoria framkommer från modern följande. Mot slutet av graviditeten upplevde M plötsligt att det väntade barnet ej längre rörde sig och hon sökte akut hjälp vid gyn.klinik. Efter utförd ultraljudsundersökning uppfattar modern att gynekologen säger till sköterskan att det väntade barnet har dött. Modern vågar ej fråga och ej heller vågar hon berätta vad hon hört för sin man som kommit till sjukhuset. Modern sövs ner för att föda barnet utan att till någon ha förmedlat sin smärtsamma upplevelse och övertygelse om att barnet har dött och modern säger att hon i sitt inre grät och sörjde sitt förlorade barn.

Efter uppvaknandet får modern besked om att hon har fött en levande flicka som mår bra. Detta

blir en omtumlande och förvirrande upplevelse för modern att det barn hon sörjt som dött nu åter lever och finns i en relation till henne. Modern beskriver att hon därefter under flera år ständigt bar på en rädsla för att denna dotter åter skulle kunna dö från henne och att hon nog alltid av ängslan varit överbeskyddande mot dottern. Under samtalen uttrycker dottern att hon upplever att modern lägger sig i för mycket och är för styrande.

Mor-barnrelationen blir det centrala temat i den fortsatta terapeutiska kontakten som ej blev långvarig. Innan terapin avslutas har flickan flyttat hem till föräldrarna och relationen till modern verkar ha fördjupats.

Kommentar. Mot slutet av graviditeten sker i detta fall ett totalt avbrott i den sinnesmässiga och affektiva relationen mellan modern och hennes väntade barn som hon sörjer som död. Modern har ej heller någon upplevelse av att ha fött detta barn till världen. En föreställning om att vara ansvarig för sin dotters död under havandeskapet leder till skuldkänslor hos modern, vilka blir än mer förstärka under dotterns tonår då hon ser dotterns svårigheter att klara sitt liv.

Modern har aldrig tidigare förmedlade upplevelsen av att ha förlorat sitt barn under havandeskapet och aldrig fått möjlighet att bearbeta detta trauma. Detta har lett till ett förhållningssätt mot dottern som alltid präglats av en beskyddande men alltför inträngande omvårdnad. Dottern har reagerat med att avlägsna sig från alltför stort beroende av modern som genom sitt förhållningssätt ej givit flickan möjlighet till egna viljeuttryck. En tillräckligt god återanknytning mellan mor och barn har ej kunnat komma till stånd, vilket lett till reaktioner och symtombildning hos dottern i form av oral problematik med ätstörningar och tidigt alkoholbruk.

Enligt min erfarenhet framkommer vid ätstörningar i flera fall vid en noggrann anamnesupptagning förhållanden i den tidiga livshistorien som förhindrat eller förnekat barnets egna önske- eller viljeuttryck genom ett alltför inträngande förhållningssätt från den primära omvårdaren. Barnet reagerar med ett försvar i form av att behålla sitt yttersta egna viljeuttryck genom att själv bestämma vad det vågar och vill ta in i sig av det som omvärlden erbjuder, nämligen att själv bestämma vad det vill svälja och ta in i sin kropp.

Då man numer ägnar mindre tid till en utförlig tidig relationsanamnes framkommer tidiga barnomsförhållanden alltmer sällan. Med den aktuella neuropsykiatriska och kognitiva terapeutiska trenden gives den bakomliggande livshistorien ej heller så väsentlig betydelse. Ett teoretiskt stöd för den moderliga relationens betydelse i den anorektiska problematiken finns hos M. Selvini Palazzoli i *Anorexi* i kapitlet om objektrelationer och existentiella aspekter som föregår kapitlet om hennes senare tillämpade familjesystemiska behandlingsmodell.

(fortsatt omarbetning av fallexempel)

En enkel tankeformulering om det mänskliga subjektets tillblivelse

I *"Tolkandets gränser"* anger J Reeder att varseblivningar av yttre stimuli "skrivs in" eller "fixeras" i den själsliga apparaten som beständiga "minnesspår". Reeder använder ordet *inskrift* för att "beteckna präglingar i kroppen - inte bara präglingar av varseblivningar utan ännu hellre av den mer komplexa kategori vi kallar erfarenhet". När uppstår då den första inskriften och den första erfarenheten?

Utifrån mitt förståelseperspektiv vill jag ange att *människobarnet blir till under graviditetens förlopp då det ofödda barnet via sinnesorganen kan träda i relation med omvärlden, vilken främst förmedlas och representeras av modern. Sinnesorganens förnimmelser leder för det ofödda barnet till primitiva primära kroppsliga inristningar i en subjektiv (o)medvetenhet som utgör grunden för den vidare psykiska utvecklingen.*

Litteraturhänvisning

- The secret life of the unborn child*, Thomas Verny, Warner Books -81 reprint -98. Redan på 70-talet hade Verny insikt i det som vi nu söker kunskap om!
- L'aimer avant qu'il naisse* (Älska det innan det föds), J-P Relier, Paris, Reponses/Robert Laffont - 93. Sammanfattning av den naturvetenskapliga forskningen kring sinnesorganens anläggning och funktion under fosterperioden tolkat i ett existentiellt perspektiv. Förf. är barnläkare och professor i neonatologi.
- From Fetus to Child - an Observational and Psychoanalytical Study*, Alessandra Piontelli, London, Tavistock/Routledge -92.
- L'aube des sens* (Sinnenas gryning), red. Etienne Herbinet och Marie-Claire Busnel, Paris, Stock, - 95 edition 9, bok nr 5 i *Les cahiers du nouveau-né*, ett kollektivt verk om de sinnesmässiga perceptionerna under foster- och nyföddhetsperioden... Gryningen är ju den obestämbara tid som föregår soluppgången.
- På kroppen och på skriket* (A corps et á cris), Caroline Eliacheff, WW -94. Författaren beskriver vikten av att inför det späda barnet benämna dess ursprung och allra tidigaste förhållanden då det omhändertagits på barnhem i Frankrike eller då det blivit fött "under X" d v s anonymt, vilket är en juridisk möjlighet i Frankrike.
- Des mots pour naïtre, l'ecoute psychanalytique en maternité* (Orden för att födas, psykoanalytiskt lyssnande vid spädbarnsenhet), Myriam Szejer, Paris, Gallimard -97. Sammanfattning av aktuell kunskap om fostret och det nyfödda barnets psykiska förhållanden. Förf. är psykoanalytiker och arbetar med störningar i mor-barnrelationen under neonatalperioden i Françoise Doltos anda.
- L'image inconsciente du corps* (Den omedvetna kroppsbilden), Françoise Dolto, Paris, Seuil "Points" -84. F Dolto förutsäger i denna mer teoretiskt psykoanalytiska bok förhållanden kring fosterperioden som senare fått sin mer forskningsmässiga bekräftelse.
- Séminaire de psychanalyse d'enfant I-III* (Barnpsykoanalytiska seminarier), Françoise Dolto, Paris, Seuil "Points" -91. I likhet med J Lacan höll F Dolto under flera år öppna seminarier som finns sammanställda i dessa band.
- Fallet Dominique*, Françoise Dolto, Rabén -98. Översättning av psykolog Gunilla Hallerstedt som i en inledning presenterar F Doltos tänkande.
- La pratique des psychothérapies mères-bébés, études cliniques et techniques*, Bertrand Cramer, Francisco Palacio-Espasa, Paris, PUF -93. Utöver beskrivning av författarnas psykoanalytisk förankrade mor-barnterapeutiska metod ges en sammanställning av mor-barnmetodens historiska utveckling från M Mahlers tillämpning på 40-talet.
- Att leva är att vara skyldig*, Marianne Lerner, Psykisk Hälsas monografi nr 37 -93. Om skuld-känslans utveckling och plats i vårt varande.
- Tolkandets gränser*, Jurgen Reeder, Natur och Kultur -96.
- Vad gjorde mormors mor för att få vackra och välskapta barn*, Gunvor Nordin, skrift från Utbildningsenheten PBU Stockholm -95. Folkliga föreställningar om graviditet och spädbarnsvård i psykologisk belysning.
- Skydd för det väntade barnet*, Tor Sverne, SOU 1987:11, Allm. Förlaget -87. Delbetänkande av justitiedepartementets utredning om det ofödda barnet.
- Det moderligas oändliga betydelse för barnets varande-i-världen*, föredrag av R Karlsson vid Nordiska kongressen för barn- och ungdomspsykiatri Stockholm -92.
- Tidig intervention med äldre barn - tio år "för sent"*, föredrag av R Karlsson vid Världskongressen i spädbarnspsykiatri (WAIMH) Tammerfors -96.
- Konsekvensbeskrivning av de ekonomiska och behandlingsmässiga fördelarna med den direkta samverkan mellan socialförvaltningens EMIL-enhet och omsorgsförvaltningens PBU i Hökarängen åren 1994-98*, stencil, Rolf Karlsson -98.
- Behandlingssamverkan mellan barnpsykiatrin och socialtjänsten*, - P Dahlgren, R Karlsson, miniseminarium vid Samverkansforum -99 varvid EMIL-enheten och RK tilldelades Kommunförbundet och Stockholms landstings samverkanspris.