



**UiO • Universitetet i Oslo**

# **En longitudinell studie av sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning og dysregulering hos spedbarn i en normalpopulasjon**

Vera Waldal Holen & Julie Aune Ueland

Hovedoppgave for profesjonsstudiet i psykologi

30 studiepoeng

Psykologisk institutt

Samfunnsvitenskapelig fakultet

Våren 2021

# Sammendrag

**Forfattere:** Vera Waldal Holen & Julie Aune Ueland

**Tittel:** En longitudinell studie av sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning og dysregulering hos spedbarn i en normalpopulasjon.

**Veileder:** Eivor Fredriksen, førsteamanuensis, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

**Bakgrunn og mål:** Sosialt tilbaketrekkende atferd hos spedbarn kan være lett å overse for foreldre og andre. Det er derfor viktig å få mer kunnskap om fenomenet. Det er gjort lite forskning på om sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder kan predikere senere vansker hos barnet eller foreldreatferd. Denne oppgaven ønsker å undersøke tre problemstillinger: først om sosial tilbaketrekning ved 6 måneder predikerer dysregulering ved 18 måneder, videre om sosial tilbaketrekning ved 6 måneder predikerer mødres opplevde foreldrestress ved 12 måneder, og til slutt om sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneder og dysregulering ved 18 måneder medieres av mødres opplevde foreldrestress ved 12 måneder.

**Metoder:** Studien brukte data fra 787 norske mor-barn dyader fra populasjonsstudien Liten i Norge, støttet av Regionsenteret for barn og ungdoms psykiske helse, øst og sør. Sosial tilbaketrekning ble målt med det strukturerte observasjonsverktøyet Alarm Distress Baby Scale (ADBB) ved 6 måneders alder. Foreldrestress ble målt ved hjelp av selvrapportskjema Parenting Stress Index (PSI) da barna var 12 måneder gamle. I analysene skilles det mellom PSI foreldredomenet og PSI barnedomenet for å kunne si noe om kilden til stresset. Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA) ble brukt for å måle dysregulering ved 18 måneder. Gestasjonsalder, mors utdanning, barnets kjønn og mors alder ble benyttet som kontrollvariabler.

**Resultat:** Gjennom en multippel regresjonsanalyse fant vi at sosial tilbaketrekning ved 6 måneder kan forklare noe av variansen i dysregulering ved 18 måneder. Sammenhengen er liten. Det ble ikke funnet en sammenheng mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneder og foreldrestress ved 12 måneder, hverken for PSI foreldredomenet eller PSI barnedomenet. Medieringsanalysene fant ikke grunnlag for at sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneder og dysregulering ved 18 måneder medieres av foreldrestress.

**Konklusjon:** Sammenhengen funnet i denne oppgaven bidrar til en økt forståelse av de longitudinelle sammenhengene mellom sosial tilbaketrekning og senere vansker med

regulering. Det foreslås at denne sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneder og dysregulering ved 18 måneder kan antyde at sosial tilbaketrekning i første leveår i noen grad kan predikere vansker med dysregulering som vedvarer et år senere. Selv om sosial tilbaketrekning og dysregulering kan sies å være ulike fenomen, diskuteres likheter og forskjeller i fenomenologi. Vi fant ingen sammenheng mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneders alder og opplevd foreldrestress et halvt år senere, ei heller at foreldrestress signifikant medierer sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneder og dysregulering et år senere. Dette utelukker ikke at det kan være andre foreldrekarakteristikk som kan være vesentlige, og mulige tolkninger og hvordan videre forskning kan bidra til en bedre forståelse av utviklingen av dysregulering diskuteres i kapittel 4 og 5.

© Vera Waldal Holen & Julie Aune Ueland

2021

En longitudinell studie av sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning og dysregulering hos spedbarn i en normalpopulasjon

<http://www.duo.uio.no/>

*«Ge barnen kärlek, mera kärlek, och ännu mera kärlek,  
Så kommer folkvettet av sig självt»*

Astrid Lindgren

# Forord

Først ønsker vi å takke vår veileder, Eivor Fredriksen, for å ha bidratt til trygghet, vært imøtekommende og oppmuntrende. Uten din veiledning og støtte hadde vi nok endt opp i et mønster av tvilsom reguleringsatferd, som dypdykk i Real House Wives of Beverly Hills, uttesting av vårens nye hudpleieprodukter og et økt forbruk hos Yummy Heaven.

Vi retter en stor takk til våre foreldre. Den trygge tilknytningen dere har gitt oss har ledet oss inn på en god utviklingsvei, og slik bidratt til å utvikle aldersadekvat selvregulering. Dette har vært avgjørende for å gjennomføre studiet og denne oppgaven.

Videre takker vi medstudentene våre vi har tilbrakt tiden med på lesesalene i Børrestueveien 3. Samholdet, samtalene om stort og smått, samt uttesting av mikromat har gjort at denne tiden har vært noe å se frem til, heller enn å frykte. Takk til familie og venner som har tatt seg tid til å lese korrektur – det setter vi stor pris på! Ellers vil vi takke andre studenter og foreninger som har vært med på reisen de siste seks årene. Spesielt nevner vi Revygruppen Morrari som har gitt oss latter og kos, og Insomnia for sitt bidrag til fest og moro.

Til slutt vil vi takke hverandre. Støtten og samholdet i vår venn-venn-dyade og kohort, har gitt oss evnen til å vike fra sosialt tilbaketrekkende atferd. Gjennom transaksjoner og vår intersubjektive samhandling har dette blitt en fin opplevelse som ingen av oss vill vært for uten.

Julie og Vera

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	i
<b>Forord</b> .....	v
<b>1 Innledning</b> .....	1
1.1 Sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder .....	2
1.1.1 Samspill mellom foreldre og barn .....	3
1.1.2 Temperament, individuelle forskjeller og tilstandsbilder .....	5
1.1.3 Risiko- og beskyttelsesfaktorer for sosial tilbaketrekning .....	6
1.2 Dysregulering i spedbarnsalder .....	8
1.2.1 Risiko- og beskyttelsesfaktorer for dysregulering .....	10
1.3 Foreldrestress .....	12
1.3.1 Risiko- og beskyttelsesfaktorer for foreldrestress .....	13
1.4 Teoretiske perspektiver .....	15
1.4.1 Transaksjonsmodellen .....	15
1.4.2 Intersubjektivitet .....	17
1.4.3 Tilknytning .....	18
1.5 Formål med studien .....	19
<b>2 Metode</b> .....	22
2.1 Deltakere og design .....	22
2.2 Etske betraktninger .....	22
2.3 Målemetoder .....	23
2.3.1 Alarm Distress Baby Scale .....	23
2.3.2 The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment .....	26
2.3.3 Parenting Stress Indeks .....	27
2.3.4 Kontrollvariabler .....	28
2.4 Statistiske analyser .....	29

<b>3 Resultater</b> .....	30
3.1 Deskriptiv statistikk .....	30
3.1.1 Karakteristikker ved utvalget (N=787) .....	30
3.1.2 Frekvensfordeling .....	31
3.1.3 Frafallsanalyser .....	33
3.2 Bivariate analyser .....	34
3.2.1 Multikollinearitet .....	35
3.3 Hovedresultater .....	36
3.3.1 Predikerer sosial tilbaketrekning ved 6 måneder dysregulering ved 18? ( <i>n</i> = 641). 36	
3.3.2 Predikerer sosial tilbaketrekning ved 6 måneders alder mødrenes opplevde foreldrestress ved 12 måneder? .....	37
3.3.3 Medieres en eventuell sammenheng mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneders alder og dysregulering ved 18 måneder av mødres opplevde foreldrestress ved 12 måneder alder? .....	39
<b>4 Diskusjon</b> .....	42
4.1 Sosial tilbaketrekning og dysregulering .....	42
4.2 Sosial tilbaketrekning, foreldrestress og dysregulering .....	44
4.3 Styrker og svakheter .....	48
4.4 Kliniske implikasjoner og fremtidig forskning .....	50
4.4.1 Kliniske implikasjoner .....	50
4.4.2 Fremtidig forskning .....	51
<b>5 Konklusjon</b> .....	52
<b>6 Kilder</b> .....	54



# 1 Innledning

Vedvarende sosial tilbaketrekning hos spedbarn er et fenomen som har vært av interesse siden midten av 1900-tallet da René Spitz og Katherine Wolf (1946) beskrev anaklitisk depresjon hos spedbarn. Det ble lenge antatt at denne formen for depresjon skyldtes langvarig separasjon fra mødre (Ainsworth & Bowlby, 1991; Spitz & Wolf, 1946). Disse spedbarna viste et trist ansiktsuttrykk, apati, psykomotoriske forandringer og forsinkelser, manglende vekst og manglende respons på omsorgspersoner (Zero to Three, 2020). I nyere tid kaller man lignende atferd vedvarende sosial tilbaketrekning (Guedeney, 1997), og det tenkes ikke lenger at det kun skyldes langvarig separasjon fra mødre, men at det er et symptom på flere ulike vansker og lidelser spedbarn kan oppleve (Guedeney, 2007). Det kan blant annet forstås som en måte spedbarn håndterer negative følelsetilstander.

Den sosiale og emosjonelle utviklingen i tidlig barndom er sentral for videre utvikling, og legger til en viss grad grunnlaget for individets senere psykiske helse (Guedeney, Moe, Puura, Mäntymaa, & Tamminen, 2010; Schore, 2001). I de første årene utvikles evner som bidrar til prosessering av sosial og emosjonell informasjon, fasilitering av tilknytningsfunksjoner, regulering av kroppslige og affektive tilstander (Schore, 2015), og evner som gjør det mulig for spedbarnet å aktivt mestre stress (Wittling & Schweiger, 1993).

Tilstandsregulering hos spedbarn er en dyadisk prosess, der spedbarnets primære omsorgspersoner spiller en grunnleggende rolle i å hjelpe spedbarnet med å regulere og håndtere negative følelsetilstander (Zero to Three, 2020). Sroufe (1997) bemerker at omsorgspersoner er så viktig for den tidlige reguleringen at forskere har brukt begreper som *samregulering* (Fogel, 1992) eller *gjensidig regulering* (Tronick, 1989). Dette følger den transaksjonelle forståelsen av spedbarnets utvikling, der utviklingen forstås gjennom transaksjoner med omgivelsene (Sameroff & Fiese, 2000).

I denne oppgaven vil vi først gjennomgå den eksisterende kunnskapen og forskningen gjort på sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder, samt dysregulering i tidlig barndom. Ettersom oppgaven legger en transaksjonell forståelse til grunn vil også foreldrestress i spedbarnsalder og tidlig barndom legges frem. Deretter vil vi presentere formålet med studien, for så hvilke resultater vi fant i det norske utvalget. Til slutt vil resultatene diskuteres med tanke på tidligere forskning, og implikasjoner for videre forskning og klinisk praksis.

## 1.1 Sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder

Spedbarns kognitive, emosjonelle og sosiale utvikling innebærer komplekse og dynamiske prosesser. Utviklingen skjer ikke isolert, men gjennom et samspill med omverdenen. De aller fleste barn følger de samme utviklingsmessige milepælene til omtrent samme tid, og har med dette en «normal» utvikling. Samtidig kan det være vanskelig å avgjøre hva som faller innenfor normalvariasjonen av atferd i sped- og småbarnsalder. Spesielt blir dette skillet vanskelig dersom atferden i utgangspunktet er en del av normalatferd, men hvor omfang og varighet likevel kan indikere et underliggende problem. Sosial tilbaketrekning er et eksempel på dette.

Se for deg et spedbarn som leker med en forelder, men som underveis snur seg bort, bryter blikkontakten, suger på fingrene eller ser ut i rommet. Dette er spedbarnets måte å formidle at det trenger en pause. Etter en kort stund initierer spedbarnet på ny til sosial kontakt og lek med forelderen. På denne måten regulerer spedbarnet flyten i interaksjon med omverdenen, og gjør at det snart er klart for å motta mer stimuli igjen (Tronick, 1989). Sosial tilbaketrekning inngår slik i spedbarnets helt tidlige selvregulering. Alle spedbarn er avhengig av støtte fra sine foreldre for å utvikle denne selvreguleringen, et tema vi skal komme tilbake til. I eksempelet over vil forelderen støtte spedbarnets egen regulering best ved å selv bli med på pausen, slik at spedbarnet får mulighet til å tilpasse seg og roe seg ned på egenhånd, før de går i gang med leken igjen (Murray, 2014).

Det er når den sosiale tilbaketrekningen vedvarer at den representerer noe som er problematisk. Da er det ikke snakk om kortvarig tilbaketrekning som et signal om pause fra stimuli, slik som i eksempelet, men tilbaketrekning som strekker seg over det meste av dagen eller har vart mesteparten av dagen, hver dag i to uker (Guedeney et al., 2010). Det finnes ikke én definisjon på sosial tilbaketrekning hos spedbarn som har konsensus. Guedeney (1997) beskriver det imidlertid helt konkret som reduksjon eller fravær av positiv og/eller negativ atferd. Eksempler på positiv atferd er blikkontakt, smil og pludring. Eksempler på negativ atferd kan være protest eller gråt. Sosial tilbaketrekning kan også innebære økende grad av selvstimulerende bevegelser, redusert responsivitet ved interaksjon, og gjennom den subjektive opplevelsen av at barnet ikke er så «attraktivt» å interagere med. I denne studien er det denne vedvarende formen av sosial tilbaketrekning som undersøkes, altså når sosial tilbaketrekning ikke lenger anses som å være en normal tilpasning og en naturlig del av emosjonsreguleringen.

Guedeney et al. (2010) trekker frem at sosial tilbaketrekning kan forstås som en forsvarsmekanisme hos spedbarnet på lite optimale eller uhåndterlige omsorgsforhold, som for eksempel kan skyldes repeterte eller langvarige brudd i interaksjonen med omsorgsgiver

(Braarud et al., 2013). Sosial tilbaketrekning kan også indikere medfødte eller ervervede tilstander hos barnet som påvirker den sosiale utviklingen, som utviklingsforstyrrelser, problemer med auditive og/eller visuelle modaliteter eller manglende vektøkning (Guedeney, 1997; Wendland, Gautier, Wolff, Brisson, & Adrien, 2010). Spedbarn er født med evne og preferanser for sosial interaksjon, og det er derfor grunn til bekymring når spedbarn ikke viser tegn til sosial atferd. Sosial tilbaketrekning kan dermed være et tidlig faresignal på at spedbarnet ikke har det bra, og en forhøyet risiko for sosial og emosjonell skjevutvikling.

### **1.1.1 Samspill mellom foreldre og barn**

For å forstå sosial tilbaketrekning må vi forstå spedbarns sosiale atferd. Når vi blir født, er vi helt avhengige av at noen sørger for vår overlevelse gjennom mat, husly, og beskyttelse mot farer (Carr, 2015). Utover overlevelse har vi behov for essensiell emosjonell næring, altså tilknytning til andre (Murray, 2014). Det handler om å bli møtt og forstått i våre behov, trøstet, speilet og regulert. For det lille barnet er relasjonen til omsorgsgiverne avgjørende og uerstattelig. Det er gjennom det sosiale samspillet vi lærer oss hvordan verdenen vi lever i henger sammen (Tetzchner, 2012). Derfor kan måten våre behov møtes og håndteres på i spedbarnsalder være noe vi bærer med oss resten av livet, for eksempel gjennom tilknytningsmønstre og emosjonsregulering (Murray, 2014). Relasjonen til våre omsorgsgivere kan utruste oss med gode forutsetninger for å få det godt, og det kan gi oss en trøblete start på livet som får følger i ungdomsalder og i livet som voksen. Det sosiale samspillet er dermed grunnleggende, og det preger hele vår eksistens (Tetzchner, 2012).

Kjernen i den aller tidligste sosiale omgangen er affektiv kommunikasjon. Et godt kommunikasjonssystem er preget av foreldre som er inntonet og oppmerksomme på barnet. Det at man lar seg informere av den andres emosjonelle uttrykk, regulerer seg og responderer på en passende måte i et passende tidsintervall etter barnets initiativ, er i litteraturen omtalt som *kontingente responser*. Timingen er helt sentral for å etablere kontingens, og det er vist at spedbarn ned i 2 måneders alder er sensitive for dette (Nadel, Carchon, Kervella, Marcelli, & Réserbat-Plantey, 1999; Stormark & Braarud, 2004). Foreldre som er inntonet og gir kontingente responser vil kunne reparere brudd i interaksjonen, dempe negative affekter og støtte oppunder positive affekter hos spedbarnet (Tronick, 1989). Synkronisering av affekter er regulerende prosesser, som både skaper positive affekttilstander, og samtidig bidrar til interaktiv reparering når det oppstår negative affekttilstander eller mikrobrudd i kommunikasjonen (Schore & Schore, 2008). Desto mer omsorgspersonen greier å tone seg inn på spedbarnets aktivitetsnivå når det er sosialt engasjert, gir spedbarnet rom for pauser og er

responsiv når spedbarnet på nytt initierer til samspill, desto mer synkroniserte blir dyaden i sin kommunikasjon. Dette er hjørnesteiner for utviklingen av tilknytning, så vel som for resiliens i håndtering av stress. Det er gjennom synkronisert kommunikasjon at trygg tilknytning skapes (Schore & Schore, 2008). Kvaliteten på interaksjonen påvirker altså kvaliteten på spedbarnets tilknytning til omsorgspersonene (Ainsworth & Bell, 1974). De tidlige interaksjonene og kommunikasjonen mellom omsorgsgiver og spedbarn er kritiske for barnets sosiale, emosjonelle og kognitive fungering og utvikling (Markova & Legerstee, 2006). For de aller fleste mødre og fedre kommer denne dynamiske inntoningen og gjensidigheten automatisk.

Murray (2014) presiserer at vanlige interaksjoner er langt ifra perfekt synkroniserte til enhver tid. Brudd og feiltolkninger skjer ofte. Det er heller ikke et ideal at kommunikasjonen skal være feilfri. Tvert imot er det svært viktig at spedbarn blir utfordret og lærer å komme seg etter et vanskelig øyeblikk. Gjennom små og passende utfordringer, som et plutselig nys eller et begeistret foreldrefjes som i et øyeblikk blir for intenst, erfarer spedbarn at de kan regulere sin tilstand, emosjoner og atferd for å komme på rett kjøll igjen. Det viktige ved brudd og feiltolkninger er med andre ord reparasjonen foreldrene gjør sammen med barnet i etterkant.

Det problematiske trer frem dersom kommunikasjonen i dyaden generelt er preget av foreldre som ikke greier å tone seg inn på barnet eller sjelden er kontingente i sine responser og ikke mestrer å reparere bruddene. Med slik kommunikasjon kan spedbarnet ledes inn i vedvarende tilstander av negativ affekt, som det er avhengig av sine foreldre for å komme ut av (Zero to Three, 2020). Dersom dette ikke skjer, må spedbarnet ty til de mestringsstrategiene det har, som å se bort, selvstimulere og trøste seg selv (Carr, 2015). Slike uheldige interaksjonssekvenser kan utspille seg i dyader hvor foreldre har symptomer på depresjon (se for eksempel Field, 1984). Spedbarns reaksjoner på slik foreldreatferd kan være irritabilitet og redusert aktivitetsnivå (Field et al., 1985), tilbaketrekning, unnvikelse av blikkontakt og redusert positiv affekt (Cohn, Matias, Tronick, Connell, & Lyons-Ruth, 1986). Cohn og Tronick (1983) gjennomførte en studie av hvordan spedbarn reagerer på en simulert depresjon hos mor, bedre kjent som still-face-paradigmet. Paradigmet illustrerer hvor forstyrret samspillet mellom forelder og barn blir når mor eller far ikke er responsive. Forelderens mimikkfattige og uttrykksløse ansikt representerer en eksperimentell analog til depresjon. Selv kun tre minutter med interaksjon under depressiv betingelse, medførte sterk engstelse hos spedbarnet som vedvarte i sekvenser med normal interaksjon med mor. I artikkelen poengteres det at dersom disse korte sekvensene produserer så sterkt ubehag, er det ikke usannsynlig at en kontinuerlig eksponering for denne typen atferd, som vil være tilfelle ved en depressiv lidelse, kan være

skadelig for den sosiale utviklingen. Spedbarna beskrives å være i en tilstand av hjelpeløshet, og viser atferd som overlapper med sosial tilbaketrekning. Det kan tenkes at noen av mekanismene som vises gjennom still-face-eksperimentet kan forklare vedvarende sosial tilbaketrekning hos barn som gjennomgående opplever denne formen for foreldreatferd.

### **1.1.2 Temperament, individuelle forskjeller og tilstandsbilder**

Selv om vi fødes med evne for sosial interaksjon, er vi ulike med tanke på hvor sosiale vi ønsker eller trenger å være for å ha det godt. Vanlige beskrivelser av disse ulikhetene er utadvendthet og innadvendthet. Denne dimensjonen regnes for å være allmennmenneskelig, og er inkorporert som ekstroversjon – introversjon i femfaktormodellen (Widiger, 2015). Personlighet og personlighetstrekk brukes for å beskrive karakteristikk og tendenser ved menneskelig atferd og væremåte, og er en del av normalpsykologien. Tradisjonelt har man imidlertid ikke brukt begrepet personlighet i forbindelse med sped- og småbarn, da dette er noe som trer frem først i eldre barnealder og stabiliserer seg i ung voksen alder (De Pauw, 2015). Hos yngre barn er gjerne atferdsdisposisjoner beskrevet som temperament, og man har tenkt at temperamentet utgjør kjernen som personlighet utvikler seg fra gjennom påvirkning av miljøet (De Pauw, 2015). Temperament viser til individuelle forskjeller i atferdsdisposisjoner, uttrykt som individets karakteristiske atferd over ulike situasjoner og over tid, med betydning for sosial fungering (Olafsen, 2010). Temperament er i likhet med personlighet brukt for å skildre ulikheter innen normalvariasjon, og er med dette ikke et uttrykk for sykdom. Sjenerthet er en annen nyanse av individuelle forskjeller. Det viser til en tilbøyelighet til å være engstelig og forsiktig i møte med nye sosiale situasjoner, ofte med en frykt for å bli evaluert av andre (Rubin, Coplan, Bowker, & Menzer, 2014). Det er viktig å presisere at vedvarende sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder er noe annet enn temperament, personlighet og sjenerthet. Vedvarende sosial tilbaketrekning hører inn under det patologiske, og bør alltid være gjenstand for videre utredning og eventuelt behandling. I motsetning til personlighet og temperament er vedvarende sosial tilbaketrekning altså et tegn på manglende tilpasning eller skjevutvikling.

Sosial tilbaketrekning er likevel ikke et patognomont symptom. Det vil si at det *ikke* er spesifikt for én enkelt lidelse, men heller noe som viser seg ved et bredt spekter av tilstandsbilder. Man kan for eksempel se sosial tilbaketrekning ved samspillsvansker, tilknytningsforstyrrelse, omsorgssvikt, posttraumatisk stresslidelse, autismspekterforstyrrelse, men også ved somatiske tilstander som feber, smerte, manglende vektøkning og under- og feilernæring (Guedeney, 1997; Guedeney & Fermanian, 2001; Guedeney, Matthey, & Puura,

2013; Guedeney et al., 2010; Milne, Greenway, Guedeney, & Larroque, 2009; Wendland et al., 2010).

### **1.1.3 Risiko- og beskyttelsesfaktorer for sosial tilbaketrekning**

Det er et stort mangfold av faktorer som påvirker barns sosiale og emosjonelle utvikling. Noen av disse er biologisk predisponerende faktorer ved barnet, som genetiske sårbarheter, konsekvenser av pre- og perinatale komplikasjoner, sekveler fra tidlige skader og sykdom (Carr, 2015). Noen følger av prematuritet og lav fødselsvekt trer gjerne frem som små forsinkelser i motorikk og sosiale ferdigheter; ofte manifesterer det siste seg som sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder (Allen, 2008; Guedeney, Marchand-Martin, Cote, & Larroque, 2012; Hediger, Overpeck, Ruan, & Troendle, 2002). Malloch et al. (2012) fant signifikant høyere grad av sosial tilbaketrekning hos moderat premature spedbarn sammenliknet med spedbarn født til termin ved 1 måneds alder (korrigert).

Sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder er assosiert med forsinket kognitiv og språklig utvikling ved 2 års alder (Milne et al., 2009). I tillegg fant Milne et al. (2009) at sosial tilbaketrekning var assosiert med lavere sosial og kommunikativ funksjon, og høyere grad av atypisk atferd og oppmerksomhetsvansker. Basert på flere studier av tilknytning, emosjonsregulering og nevrobiologisk utvikling (se for eksempel Panzer og Viljoen 2005; Schore 2001), tyder resultatene fra studien til Milne et al. (2009) på at sosial tilbaketrekning kan lede til oppmerksomhetsvansker og muligens læringsvansker i tidlig barndom. I tråd med denne studien, fant Guedeney, Pingault, Thorr, og Larroque (2014) at sosial tilbaketrekning ved 1 år predikerte atferdsmessige og relasjonelle vansker ved henholdsvis 3 og 5 års alder. Videre er sosial tilbaketrekning ved 1 år assosiert med lavere IQ ved 5-6 års alder (Guedeney, Doukhan, Forhan, Heude, & Peyre, 2017).

Flere studier har vist at det er en sammenheng mellom sosial tilbaketrekning hos spedbarn og psykisk lidelse hos foreldre. Psykisk lidelse hos foreldre kan påvirke foreldrefungeringen, og det er de minste barna som er mest sårbare for dette (Helle, Boonstra, Broch, Rød, & Vøllestad, 2017). Mäntymaa et al. (2008) fant at både aktuell depresjon hos mor og redusert mental helse hos far det siste året ga økt risiko for sosial tilbaketrekning hver for seg, og at risikoen økte ytterligere dersom begge foreldrene hadde psykiske vansker. I en klinisk studie av 50 spedbarn klassifisert med *non-organic failure to thrive* (NOFT) ble det funnet høy grad av psykopatologi hos foreldrene, hvor 70% av dem tilfredsstilte kriteriene for en akse I-diagnose fra DSM-III (Duniz et al., 1996).

Innen forskningen på feltet er det viet mye oppmerksomhet til postpartumdepresjon (PPD). Risikoen for å utvikle depresjon er forhøyet i tiden rundt graviditet og fødsel (Howard et al., 2014). Denne risikoen øker ytterligere ved prematurfødsler (de Paula Eduardo, de Rezende, Menezes, & Del-Ben, 2019), som i seg selv er assosiert med sosial tilbaketrekning (Braarud et al., 2013). En metastudie på konsekvenser av PPD gjort av Slomian, Honvo, Emonts, Reginster, og Bruyère (2019) viste en negativ effekt av mors depresjon på tilknytningen mellom mor og barn. Flere av studiene de så på fant at kvinner med depressive symptomer viste mindre nærhet, varme og sensitivitet, samt signifikant lavere nivåer av gjensidig inntoning, altså emosjonell tilgjengelighet. I tillegg rapporterte kvinner med PPD større grad av vansker i forholdet til barnet i løpet av det første året enn kvinner uten depressive symptomer (Slomian et al., 2019). Mødre med symptomer på depresjon viser ofte avflatet affekt, er mindre stimulerende og er mindre kontingente i sine responser (Field, Healy, Goldstein, & Guthertz, 1990). Field et al. (1990) fant at mor-barn-interaksjonen var mer forstyrret i dyader hvor mor hadde depressive symptomer. I en studie gjort på italienske barn og mødre henvist til en pediatrik poliklinikk, viste resultatene at økt sosial tilbaketrekning var assosiert med PPD (De Rosa et al., 2010). Den samme studien fant at amming eller hyppig kroppskontakt med mor hadde en beskyttende effekt. Man ser også samspillsvansker mellom spedbarn og foreldre med rusavhengighet (Savonlahti et al., 2005; Siqveland, Haabrekke, Wentzel-Larsen, & Moe, 2014). Savonlahti et al. (2005) nevner at dette dysfunksjonelle samspillet mellom spedbarn og rusavhengig mor spesielt viste seg i situasjoner knyttet til mating, hvor interaksjonen beskrives som flat, tom, og med manglende gjensidighet. Braarud et al. (2013) fant en signifikant høyere grad av sosial tilbaketrekning blant premature spedbarn sammenliknet med kontrollgruppen født til termin. Mødrene til de premature spedbarna hadde signifikant høyere grad av depressive symptomer ved 3 måneder etter fødsler enn mødrene til fulltermin-barn. Det er også funnet større grad av negative relasjonelle mønstre i de dyadene der barnet viser sosial tilbaketrekning (Dollberg, Feldman, Keren, & Guedeney, 2006). Dette innebærer blant annet større grad av invaderende atferd fra mor, lavere grad av gjensidighet i samspill, og lavere grad av involvering i barnet. Det var i tillegg en assosiasjon mellom sosial tilbaketrekning hos spedbarnet og liten tro på egen foreldrefungering.

**Prevalens.** Det er generelt gjort lite forskning på området og tallene er derfor usikre. Dette kan være bidragsytende til at prevalensen av vedvarende sosial tilbaketrekning ser ut til å variere mellom land. Braarud et al. (2013) rapporterer en forekomst på 2,2 – 4% hos barn født til termin, og 3,5 – 11,5% hos premature i Norge. I Finland er det funnet en prevalens på 3 –

7,3% (Mäntymaa et al., 2008; Puura et al., 2010). Dette skiller seg ut fra andre land i Europa og verden, hvor tallene er høyere. I Frankrike og Portugal har man funnet en prevalens på 13,8 – 17% hos ellers friske barn født til termin (Costa & Figueiredo, 2011; Guedeney, Foucault, Bougen, Larroque, & Mentré, 2008; Guedeney et al., 2012; Guedeney et al., 2014). I Israel (Dollberg et al., 2006) og Nepal (Ulak et al., 2020) er prevalensen på 11,4 – 11,6%. Ulak et al. (2020) benyttet seg av den modifiserte versjonen av ADBB med fem vurderingspunkter og terskelverdien  $ADBB \geq 2$ . Fullversjonen av ADBB ble benyttet på noen av barna og 25% av disse fikk en skår over terskelverdi, men inter-rater-reliabiliteten ble vurdert som lite tilfredsstillende. I risikogrupper er prevalensen av ADBB-skårer over terskelverdi tilsynelatende høy. Både De Rosa et al. (2010) og Dollberg et al. (2006) hadde med barn som var henvist til en pediatrik klinikk. Prevalensen blant disse var på henholdsvis 28% og 38,9%. Guedeney et al. (2014) rapporterer en prevalens på 22% for barn med gestasjonsalder  $\leq 36$  uker.

Braarud et al. (2013) påpeker at den like prevalensen i de nordiske landene kan skyldes forholdsvis like forskningsdesign, hvor rekrutteringen er gjort gjennom helsestasjoner (Mäntymaa et al., 2008; Puura et al., 2010). Et annet viktig poeng som trekkes frem er den lange foreldrepermisjonen. Denne bidrar til økonomisk trygghet så lenge man har permisjon, og en samtidig trygghet i at man har en jobb å komme tilbake til. I tillegg tilbys man regelmessige kontroller på helsestasjon i alderen 0-5 år, som opp mot 100% benytter seg av. I 2018 var 98,8 % av alle barn til konsultasjon innen 8. leveuke og 94,7% møtte til 4-års-konsultasjon (Helsedirektoratet, 2020).

## **1.2 Dysregulering i spedbarnsalder**

Innen psykologien har man lenge vært opptatt av emosjonell regulering og dysregulering, og hvordan disse relaterer til utvikling av psykopatologi. I seg selv er emosjoner et begrep som stadig er vanskelig å definere, og følgelig eksisterer det heller ikke noen fullgod definisjon av hva emosjonell regulering og dysregulering er (Keenan, 2000; Lewis, Haviland-Jones, & Barrett, 2010). Definisjonen vil variere med alder og utviklingstrinn, og i denne oppgaven er det dysregulering hos spedbarn som diskuteres. Keenan (2000) trekker frem at dysregulering handler om en manglende evne til å respondere til stimuli på en kontrollert og dynamisk måte. Hos et velregulert spedbarn, vil modulerte endringer i atferdstilstander og nevroendokrin fungering gi optimale responser til stimuli. Ved dysregulering blir overgangene for intense eller varer for lenge (Keenan, 2000). Hyde, O'Callaghan, Bor, Williams, og Najman (2012) noterer i sin artikkel at dysregulering hos spedbarn innebærer irritabilitet, overdreven gråt, og problemer med spising og søvn. I The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment



(ITSEA) er dysreguleringsdomenet operasjonalisert som problemer med søvn og spising, problemer med å regulere negative emosjonelle tilstander og uvanlig sensorisk sensitivitet (Carter, Briggs-Gowan, Jones, & Little, 2003). Dette er imidlertid atferd som mange spedbarn kan ha episoder av. I tråd med dette, understreker Keenan (2000) at det ved dysregulering er snakk om et *mønster* av umodulerte responser til stimuli som viser seg på tvers av tid og situasjon, som således skaper problemer for funksjonen i hverdagen for barnet og/eller foreldrene.

Definisjonsproblematikken kompliseres ytterligere dersom man tar i betraktning at det finnes flere begreper som beskriver sped- og småbarns emosjonelle funksjon, for eksempel temperament og tilknytning. I litteraturen er *vanskelig temperament* et begrep som er mye brukt og forsket på, med opphav i Thomas, Chess, og Birch (1968) sin temperamentsmodell. Karakteristikkene ved et vanskelig temperament utgjøres av hyppige negative emosjonelle tilstander, høy intensitet i emosjonelle uttrykk, vansker med å tilpasse seg, tilbaketrukkethet i møte med det som er nytt (lav tilnærming), og irregulær biologisk rytme (Guerin, Gottfried, & Thomas, 1997; Thomas & Chess, 1986). Dysregulering og vanskelig temperament er med andre ord delvis overlappende i sine beskrivelser, og det kan ikke utelukkes at de til dels er uttrykk for det samme underliggende fenomenet, med dysregulering som det mer alvorlige. Det vil derfor være klokt å ta hensyn til forskningen som er gjort på vanskelig temperament i diskusjonen av dysregulering.

Forskningen som er gjort på stabilitet av ulike atferdsmessige, sosiale og emosjonelle aspekter hos barn tyder på en viss stabilitet, og at både tilknytning og temperament er relevant for utviklingsveiene som barna tar (Bohlin & Hagekull, 2009; Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000). Fordi de første årene av et barns liv er preget av rask utvikling med hyppige endringer, kan mange fagfolk og foreldre forledes til å anta at sosiale, emosjonelle og atferdsmessige vansker er midlertidige og vil gå over med tiden (Briggs-Gowan, Carter, Bosson-Heenan, Guyer, & Horwitz, 2006). Dette er uheldig da reell problematikk kan bli oversett eller avskrevet som normalt. Briggs-Gowan et al. (2006) fant at blant småbarn som hadde høye skårer på ITSEA, som i tillegg til dysregulering måler eksternaliserende og internaliserende vansker, hadde om lag 50% fremdeles høye skårer ett år senere. Samtidig fant de at det var signifikant mer sannsynlig at skårene vedvarte der foreldrene også rapporterte tilleggsproblemer som høye skårer i flere av ITSEA-domenene, høy grad av konflikt i familien, samt høy grad av foreldrestress. Mathiesen og Sanson (2000) fant også at risikofaktorer som dårlig fysisk helse hos barnet, mors mentale helse, negative livshendelser og kroniske

belastninger predikerte vedvarende vansker hos barn i alderen 18 – 30 måneder. Noe av forskningen har vist en støtte for *homotypisk kontinuitet*, altså vedvarende problemer innen samme domene. Det vil si at dysregulering i sped- og småbarnsalder predikerer senere reguleringsvansker (Briggs-Gowan et al., 2006; Hyde et al., 2012; Winsper & Wolke, 2014). Denne sammenhengen forsterkes dersom spedbarnet har problemer innenfor flere reguleringsatferder (Winsper & Wolke, 2014) og dersom spedbarnet opplever vansker innen andre områder, som negative livshendelser eller høyt konfliktnivå og foreldrestress (Briggs-Gowan et al., 2006; Mathiesen & Sanson, 2000).

### **1.2.1 Risiko- og beskyttelsesfaktorer for dysregulering**

Fordi selvregulering er en del av en normal modningsprosess, antas det at faktorer som påvirker normal utvikling av foster og nyfødt også kan avbryte eller hindre modningsprosesser som får følger for selvreguleringen. Eksempler på dette kan være prematuritet og lav fødselsvekt. Spittle et al. (2009) fant at veldig premature barn og barn med lav fødselsvekt (<1250g) hadde signifikant høyere skårer på internaliserende vansker og dysregulering ved 2 års alder, i tillegg til lavere kompetanseskårer. Dette er i tråd med andre studier på området (Conrad, Richman, Lindgren, & Nopoulos, 2010; Delobel-Ayoub et al., 2006; Erickson, MacLean, Duvall, & Lowe, 2013; Lowe, Woodward, & Papile, 2005). Flere studier har funnet at foreldrenes symptomer på PTSD og depresjon predikerer dysregulering både hos premature barn og barn født til termin (Enlow et al., 2011; Pierrehumbert, Nicole, Muller-Nix, Forcada-Guex, & Ansermet, 2003; Treyvaud et al., 2010).

Prenatal eksponering for rusmidler gir også høyere risiko for reguleringsvansker og atferdsproblemer (Lester et al., 2009; Wakschlag, Leventhal, Pine, Pickett, & Carter, 2006). Et viktig poeng er at barn med prenatal ruseksponering ofte vokser opp i høyrisikomiljøer, som kan bidra til ytterligere risiko for reguleringsvansker og atferdsproblemer. Samtidig fant Wakschlag og Hans (1999) i en studie gjort på eldre barn i et høyrisikomiljø at mindre responsivitet hos mor i spedbarnsalder var en sterkere prediktor for atferdsvansker enn prenatal eksponering for opioider.

En av delstudiene i en større longitudinell studie undersøkte risikofaktorer ved barn, mor og familie med tanke på tidlig emosjonell dysregulering hos friske spedbarn ( $n=1364$ ) (NICHD, 2004). Her ble det funnet at emosjonell dysregulering ved 24 og 36 måneders alder var assosiert med mindre grad av sensitivitet og stimulering fra mor, høyere grad av depressive symptomer hos mor og lavere inntekt i husholdningen i barnets første 36 måneder av livet. Barn med negativt humør, lavere skåre på Bayley-skalaen og usikre tilknytningsmønstre hadde større

sannsynlighet for å bli klassifisert som dysregulert. Andre risikofaktorer for økt dysregulering i studien var lav utdanning og dårligere psykologisk tilpasning hos mor, i tillegg til manglende farsfigur. Da det ble kontrollert for variabler ved familie og barn, viste barn med emosjonell dysregulering mer problematiske utfall kognitivt, sosialt og atferdsmessig ved 54 måneder.

I en annen av studiens delstudier ( $n=376$ ) undersøkte de sammenhengen mellom spedbarns emosjonelle dysregulering og mødres sensitivitet til både spedbarns negative affekter (distress) og ikke-negative affekter (non-distress) (Leerkes, Blankson, & O'Brien, 2009). Her fant man at for barn med vanskelig temperament var mødrenes sensitivitet til negative affekter assosiert med lavere grad av emosjonell dysregulering. Sensitivitet til ikke-negative affekter var kun beskyttende mot dysregulering dersom mødrene samtidig også var sensitiv til negative affekter.

I en studie av premature spedbarn fant Treyvaud et al. (2012) at et mer optimalt hjemmemiljø var assosiert med bedre kognitiv utvikling, færre eksternaliserende og internaliserende vansker, bedre regulering og økt sosial og emosjonell kompetanse ved 2 års korrigert alder. Det bør nevnes at studien også fant at hvitmaterieabnormaliteter modulerte forholdet mellom hjemmemiljø og dysregulering, på den måten at hjemmemiljøet hadde mindre effekt på dysregulering hos barn med mild til moderat eller alvorlig grad av hvitmaterieabnormaliteter.

Det er funnet en sammenheng mellom dysregulering ved sped- og småbarnsalder og senere vansker. Blant annet har vedvarende søvnproblematikk i spedbarnsalder vist seg å ha en sammenheng med økt hyperaktivitet og emosjonelle vansker i tidlig barndom (Williams, Nicholson, Walker, & Berthelsen, 2016). Søvn har også vist seg å ha en sammenheng med senere eksekutive funksjoner (Bernier, Beauchamp, Bouvette-Turcot, Carlson, & Carrier, 2013; Bernier, Carlson, Bordeleau, & Carrier, 2010). Det er funnet moderate sammenhenger mellom vanskelig temperament og senere atferdsvansker (Guerin et al., 1997). En metastudie fant at barn som slet med ekstrem gråt eller søvnproblematikk hadde større sannsynlighet for å ha atferdsvansker senere, spesielt internaliserende, eksternaliserende og ADHD-problematikk (Hemmi, Wolke, & Schneider, 2011). Hyde et al. (2012) fant at mors rapportering av atferdsmessig dysregulering ved 6 måneder var assosiert med en signifikant høyere prevalens av rapporterte atferdsproblemer ved 5 og 14 år, men ikke med selvrappotering av problematferd ved 14 og 21 år. Styrken på assosiasjonen mellom dysregulering hos spedbarn og mødres rapportering av problematferd var større ved 5 år enn 14 år, og drastisk redusert da det ble kontrollert for faktorer hos mødre, spedbarn og sosiale forhold. Sammenhengen ble

spesielt redusert av mediatorene mødres angst og depresjon. Dysregulering hos spedbarn var altså en risikofaktor for atferdsproblemer rapportert av mødre ved 5 og 14 år, men var ikke relatert til mental helse i ung voksen alder. Samtidig fant Cook et al. (2019) at alvorlige reguleringsvansker ved 8 og 12 måneder hadde en sammenheng med psykiske vansker i løpet av barndommen, og at de psykiske vanskene tilsynelatende ble forverret over tid. Det er flere studier som har sett en kumulativ effekt av dysregulering, andre vansker og familieproblematikk (Cook et al., 2019; Hemmi et al., 2011; Winsper & Wolke, 2014). Dysregulert atferd i senere alder kan også ha betydning for videre utvikling. Blant annet fant Althoff, Verhulst, Rettew, Hudziak, og van der Ende (2010) at barn med dysregulert atferd i alderen 4 til 16 år hadde større sannsynlighet for å utvikle psykiske vansker 14 år senere enn barn som ikke hadde den samme atferden.

### **1.3 Foreldrestress**

Det å få barn endrer tilværelsen til en person drastisk, og er med på å bidra til flere stressorer. Hvordan foreldrene håndterer disse mange stressorene vil variere. Foreldrestress kan defineres som negative mentale reaksjoner på karakteristikker ved en selv og barnet, som baserer seg på en vurdering av forelderens syn på foreldrerollen, og oppstår når de opplevde kravene til forelderrollen overskrider de tilgjengelige ressursene for å møte disse kravene (Abidin, 1992; Abidin, 1995).

Foreldrestress er et eget domene og er mulig å skille fra andre typer stress (Deater-Deckard, 1998). Det vil derimot uansett være nyttig å forstå foreldrestress i lys av en generell teori for stress. I utviklingen av en stressreaksjon eksisterer det fire komponenter. Den første er en årsaksfaktor. Denne kan være intern eller ekstern og kalles i psykologien ofte for en stressor eller en belastning. Det andre som behøves er en vurdering om denne stressoren er truende og farlig eller ikke. Dette kan gjøres av kroppen eller av sinnet. Det tredje som aktiveres er mestringsstrategier hos personen som forsøker å håndtere stressorene. Det fjerde og siste steget er den mentale og kroppslige reaksjonen på stressoren, som er det man kaller en stressreaksjon (Lazarus, 1993). Abidin (1992, 1995) ser på kilden og typen stressorer som fører til foreldrestress som multidimensjonale. Ifølge han kan disse stressorene deles inn i tre grupper der de hovedsakelig tilskrives: (a) karakteristikker som barnet bringer inn i dyaden, (b) karakteristikker som forelderens bringer inn i dyaden og (c) situasjonelle eller demografiske stressende livshendelser. Det er viktig å nevne at selv om foreldrestress kan sees på som et eget domene betyr ikke dette at man kan utelukke overlapp fra andre stressdomener.

De fleste foreldre opplever en form for foreldrestress, men i varierende grad (Crnic & Greenberg, 1990). I denne oppgaven velger vi å følge Deater-Deckard (2004) sin forståelse om at foreldrestress varierer langs en dimensjon fra normal hverdagsstress til alvorlige stressreaksjoner. Foreldrestress forstås altså som et spekter. Dette gjelder også andre former for stress, og det er funnet at stressende situasjoner i seg selv ikke er en god prediktor for stressreaksjoner ettersom det er stor variasjon i hvordan man reagerer på stress (Lazarus, 1993; Lazarus & Eriksen, 1952). Det er gjort lite forskning på stabiliteten av foreldrestress over tid (Crnic & Ross, 2017; Schappin, Wijnroks, Venema, & Jongmans, 2013). Ifølge Crnic og Ross (2017) viser forskningen en tendens til at foreldrestress er relativt stabilt over tid. Dog er denne forskningen mangelfull og enn så lenge kan man ikke trekke noen konklusjoner. De påpeker også at man vet lite om hva som kan være grunnen til denne mulige stabiliteten, ettersom det er forskjellige ting som bidrar til stress i spedbarnsalder, barnealder og ungdomstid for en forelder. Det er foreslått at denne stabiliteten skyldes at opplevd foreldrestress i større grad er en del av personligheten heller enn et objektive mål på stressende hendelser unikt for forelderen (Crnic & Ross, 2017; Deater-Deckard, 2004).

### **1.3.1 Risiko- og beskyttelsesfaktorer for foreldrestress**

Både karakteristikker ved foreldre, barna og livssituasjonen er vist å ha en sammenheng med foreldrestress. Det er blant annet funnet sammenhenger mellom foreldrestress og familiens inntekt (Deater-Deckard & Scarr, 1996), om man er enslig forsørger (Williford, Calkins, & Keane, 2007) eller at mor bor alene (Östberg, Hagekull, & Wettergren, 1997), foreldrenes utdanningsnivå (Deater-Deckard & Scarr, 1996; Pianta & Egeland, 1990; Östberg et al., 1997), mors alder (Passino et al., 1993), paritet (Östberg et al., 1997), hvor fornøyd man er med ekteskapet (Deater-Deckard & Scarr, 1996) og høyere psykopatologi hos mor (Williford et al., 2007). Det er også funnet en negativ sammenheng mellom større grad av sosial støtte og foreldrestress (Crnic & Greenberg, 1990; Deater-Deckard & Scarr, 1996), selv om forskningen har funnet forskjell i sammenheng mellom type støtte, der støtte fra partner eller med-forelder virker å være viktigst (Sampson, Villarreal, & Padilla, 2015). Høye nivåer av stress hos foreldre kan være en risikofaktor for maladaptiv foreldreatferd og oppdragelse (Deater-Deckard, 1998; Rodgers, 1998; Taylor, Guterman, Lee, & Rathouz, 2009), og foreldrestress hos mor i barnets første leveår kan føre til konsekvenser senere dersom det ikke behandles (Sampson et al., 2015).

Barnets kjønn har vist seg å ha en sammenheng med foreldrestress, der mødre av gutter rapporterer høyere grad av foreldrestress enn mødre av jenter (Vierhaus, Lohaus, Schmitz, & Schoppmeier, 2013). Dette kan skyldes at gutter ofte har større grad av eksternaliserende

vansker (Williford et al., 2007), og at mål på foreldrestress ofte henger sammen med mål på eksternaliserende vansker (Barroso, Mendez, Graziano, & Bagner, 2018). Når det gjelder andre karakteristikker ved barna har man funnet en sammenheng mellom økt grad av foreldrestress og prematuritet (Tandberg et al., 2013; ), barnets sosiale kompetanse (Anthony et al., 2005), eksternaliserende vansker (Anthony et al., 2005; Barry, Dunlap, Cotten, Lochman, & Wells, 2005; Crnic & Greenberg, 1990; Stone, Mares, Otten, Engels, & Janssens, 2016; Williford et al., 2007), internaliserende vansker (Anthony et al., 2005; Hart & Kelley, 2006; Rodriguez, 2011; Stone et al., 2016) og kronisk sykdom hos barnet (Cousino & Hazen, 2013). Det er derimot ikke mulig å si noe sikkert om årsakssammenhengene. Det finnes blant annet forskning som antyder en toveissammenheng mellom foreldrestress og barns atferdsproblemer (Neece, Green, & Baker, 2012) og foreldres stress og barns mestringsstrategier (Cappa, Begle, Conger, Dumas, & Conger, 2011).

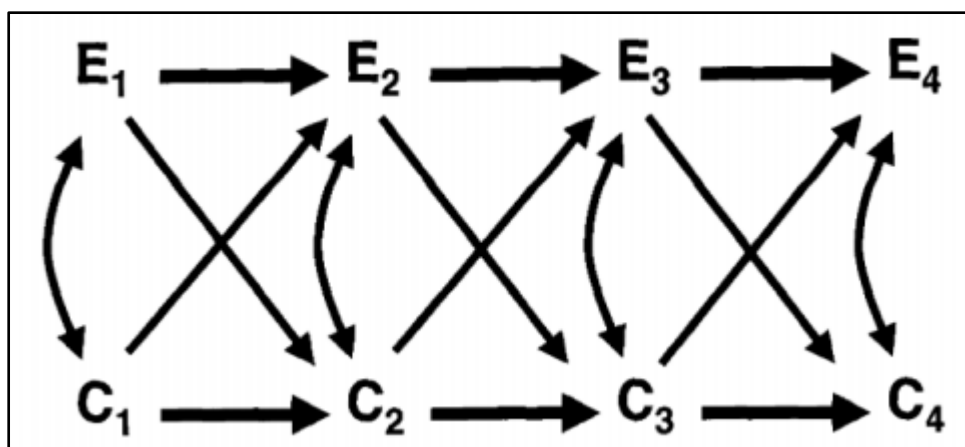
Selv om det er gjort mange undersøkelser på sammenhengen mellom foreldrestress og karakteristikker hos barn og forelder, er et fåtall av disse studiene gjort på foreldrestress i spedbarnsalder (Oddi, Murdock, Vadnais, Bridgett, & Gartstein, 2013). Mye av forskningen her er som regel gjort på familier med premature spedbarn. En metaanalyse har funnet at foreldre av premature barn hadde signifikant høyere stress relatert til barnet enn foreldre av barn født til termin, selv om denne forskjellen var svak (Schappin et al., 2013). Det er derimot flere studier som har funnet positive effekter på foreldrestress ved tidlig intervensjon hos premature barn, også over lengre tid (se for eksempel Landsem, Handegård, Tunby, Ulvund, & Rønning, 2014). Schappin et al. (2013) konkluderte med at prematuritet bør sees på som en komplikasjon ved fødsel og ikke som kilden til stresset i seg selv. En annen studie av Oddi et al. (2013) så på sammenhengen mellom mor og barns temperamentkarakteristikker og opplevd foreldrestress. Studien fant blant annet at spedbarnets negative emosjonalitet predikerte foreldrestress globalt. En annen studie som så på foreldrestress i spedbarnsalder fant en toveis sammenheng mellom mødres stress og reaksjon på spedbarnets tegn, og tydeligheten på spedbarns tegn. Altså at mødre som opplever mer stress hadde mindre sannsynlighet for å reagere på spedbarnets tegn, og spedbarn av mødre som opplevde mer stress hadde mindre tydelige tegn, noe som gjorde tegnene vanskeligere å fange opp for mor (Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson, & Basham, 1983).

## 1.4 Teoretiske perspektiver

### 1.4.1 Transaksjonsmodellen

Å forklare og forstå hvordan spedbarns utvikling fungerer har lenge vært et viktig spørsmål rundt menneskets utvikling. I 1975 ble det lagt frem en mulig måte å forstå barns utvikling på gjennom interaksjoner og transaksjoner med miljøet rundt, der det er det *transaksjonelle samspillet* som i all hovedsak står for endringer i barnet og miljøet (Sameroff, 1975; Sameroff & Chandler, 1975). Dette skyldes at det ved en *interaksjon* mellom to mennesker ikke skjer en endring i hverken den ene eller den andre, heller en samhandling som fører til aktivering av velinnlærte eller innebygde skjemaer som holder seg konstante og uendrede etter interaksjonen. Situasjoner der det skjer en endring, tilpasning eller utvikling av disse skjemaene, som fører til at personen gjør noe nytt, kalles *transaksjoner* (Sameroff, 2009). Mellom en omsorgsperson og dets spedbarn vil det bety at en transaksjon skjer når omsorgspersonen blir påvirket til å gjøre noe han eller hun ikke ville gjort dersom barnet hadde oppført seg på en annen måte, eller motsatt (Smith, 2020). Ved å forstå utvikling i lys av transaksjoner, og ikke bare interaksjoner, gjør det at man kan snakke om utviklingsveier som formes over tid, der en rekke beskyttelses- og risikofaktorer antas å bidra til hvordan denne utviklingen formes (Martinsen, 2020).

Innenfor transaksjonsmodellen blir utviklingen av barnet sett på som et produkt av vedvarende dynamiske interaksjoner mellom barnet og hans familie og sosiale kontekst (Sameroff & Fiese, 2000). I motsetning til tidligere modeller som forsøkte å forklare barnets utvikling ut fra karakteristikk ved kun barnet eller kun miljøet (Sameroff, 1975), blir både barnet og miljøet i transaksjonsmodellen sett på som dynamiske enheter som endres over tid, heller enn statiske variabler (Sameroff, 2009). Det er viktig å huske at dette samspillet går begge veier. Tanken er at barnet utvikles gjennom en gjensidig påvirkning på miljøet over tid, samtidig som det eksisterer innebygde selvkorrigerende tendenser som påvirker barnet i retning av en normal utvikling (Smith, 2020). Gjennom denne forståelsen får barnet en viktig rolle i sin egen utvikling. Barnets medfødte individuelle egenskaper påvirker utviklingen direkte ved å sette føringer, og indirekte gjennom å påvirke hvordan miljøet møter barnet (Sameroff, 2009). Barnet er ikke lenger en passiv deltaker i et samspill med omgivelsene. Se figur 1 for illustrasjon av transaksjonsmodellen.



Figur 1: Transaksjonsmodellen hentet fra Sameroff (2009) der E og C representerer variabler i transaksjoner med hverandre, for eksempel barnet og miljøet.

I løpet av de første leveårene utvikles barn hurtigere enn de noen gang kommer til å gjøre senere (Moe, Lindberg, Moe, & Smith, 2016), og utviklingsveien barnet tar er avhengig av tidlige transaksjoner med miljøet, og avgjørende for videre fungering (Murray, 2014). I denne tiden er spedbarnet fullstendig avhengig av sine omgivelser (Smith, 2020). Det foregår ikke bare raske endringer i spedbarnets utvikling, men også i hele familiesystemet (Belsky, Rovine, & Fish, 2014; Carr, 2015). Når man undersøker barns utvikling er det derfor viktig å se barnet som en del av et helhetlig system som gjennom interaksjoner og transaksjoner i systemet fører til en utvikling av et samspill, som videre former dets utvikling. Derfor vil en transaksjonell forståelse av barns utvikling ligge til grunn for denne oppgaven, også i oppsettet av vår analytiske modell.

Forskningen støtter opp under en transaksjonell forståelse av spedbarn og foreldres utvikling. Som beskrevet over har vi sett eksempler på hvordan mødres depresjon eller rusproblematikk virker å kunne påvirke utvikling av sosial tilbaketrekning hos spedbarn (Mäntymaa et al., 2008; Savonlahti et al., 2005). Oss bekjent er det gjort lite forskning på hvordan sosial tilbaketrekning kan påvirke senere foreldreatferd. Ut fra en transaksjonell forståelse vil det være derimot være naturlig å tenke at denne sammenhengen vil kunne forekomme. Det er blant annet funnet at forskjellige sider av temperament ved 6 måneders alder kan predikere mødres foreldrestress fem år senere, og at mødres foreldrestress ved 6 måneder predikerte barnas atferd ved 5,5 års alder (Pesonen et al., 2008). I tillegg til dette er det funnet støtte for toveis sammenhenger mellom mødres stress og andre karakteristikk ved barna (Cappa et al., 2011; Neece et al., 2012; Oddi et al., 2013). Forskningen har altså grunnlag for å si at karakteristikk ved barn kan påvirke foreldrestress, og at foreldrestress igjen kan være med å påvirke barns utvikling. Dette er i tråd med den transaksjonelle forståelsen.



## 1.4.2 Intersubjektivitet

*Intersubjektivitet* handler om spedbarns evne til å oppfatte og kommunisere med andre mennesker som sosiale vesener og kapasiteten til å dele opplevelser med andre (Trevvarthen & Aitken, 2001). Trevvarthen (1998) snakker om at spedbarn er født med en oppmerksomhet som er særlig mottakelig for andres subjektive tilstander. Dette kaller han *medfødt intersubjektivitet*. Dette støttes blant annet av forskning som har sett at spedbarn kan skille mellom livløse objekter og menneskers ansikt, og foretrekker å søke kontakt mot menneskers ansikt (Tetzchner, 2012). Intersubjektivitet beskriver altså måten spedbarn og omsorgspersoner kommuniserer med hverandre ved hjelp av følelser gjennom gjensidige samspill (Braarud, 2020).

Det er gjort et skille mellom primær, sekundær og tertiær intersubjektivitet (Bråten & Trevvarthen, 2007; Trevvarthen & Aitken, 2001). Med *primær intersubjektivitet* tenker man på spedbarns evne til å være synkron med, imitere og inntone seg på andre, som gjør det mulig for spedbarnet å justere seg etter andre mennesker (Trevvarthen & Aitken, 2001). Denne typen affektiv kommunikasjon er med på å bidra til spedbarns utvikling av selvregulering (Hart & Schwartz, 2009). *Sekundær intersubjektivitet* sikter til når omsorgspersonen og spedbarnet har felles oppmerksomhet mot objekter utenfor dyaden (Trevvarthen & Aitken, 2001). Følelsesmessig henvisning blir relevant som følge av felles oppmerksomhet innenfor en tillitsrelasjon (Bråten & Trevvarthen, 2007). *Tertiær intersubjektivitet* utvikles rundt 3 års alder og inkluderer en samhandling som foregår gjennom symboler og verbal kommunikasjon, i tillegg til en forståelse av andres tanker og følelser (Bråten & Trevvarthen, 2007). Intersubjektivitet referer altså til rommet mellom to subjekter der det foregår en deling av mentalitet, inntoning av subjektets mentale og emosjonelle prosesser, og som konsekvens av dette, utvikling av interaktive reguleringsmønstre (Braarud, 2020). Hovedfokuset blir deling av følelser, samt en oppnåelse av felles forståelse og inntoning til hverandres subjektivitet.

Intersubjektivitetsbegrepet beskriver de flyktige samhandlingene mellom spedbarnet og omsorgsgiver som skjer i øyeblikket der omsorgsgiver og spedbarn har en felles oppmerksomhet og forståelse av hverandre og/eller noe utenfor dyaden (Trevvarthen & Aitken, 2001). Dette skiller seg fra den transaksjonelle forståelsen som heller ser på mønsteret av interaksjoner og transaksjoner over tid, og hvordan denne kontinuiteten bidrar til utvikling (Sameroff, 2009).

Barnets evne til å *mentalisere*, altså evnen til å identifisere, forstå og handle etter de mentale og emosjonelle tilstandene som er med å påvirke atferden til en selv og andre, tenkes å foregå gjennom intersubjektivitet (Fonagy, 2006). Dette bidrar til evnen til å skille mellom

indre og ytre realiteter, samt interne mentale og emosjonelle prosesser fra interpersonlige hendelser. Dersom barnet uttrykker tegn for et behov gjennom for eksempel gråt, vil ofte mor eller far lure på hva barnet reagerer på. Gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon kan forelderen finne ut av behovet og dermed møte det. Dette vil igjen gjøre at barnet får hjelp til å forstå hva det hadde behov for, og kan dermed bli tydeligere for seg selv og andre. Det kan derfor tenkes at en viktig del av intersubjektivitet mellom en omsorgsperson og dets barn, er omsorgspersonens egen evne til mentalisering av barnet og seg selv.

Intersubjektivitet er dermed viktig for spedbarns utvikling av blant annet emosjonsregulering. Det kan derfor tenkes at redusert grad av samspill som barn kan oppleve ved sosial tilbaketrekning potensielt fører til mindre grad av intersubjektivt samspill med omsorgsgivere, noe som kan tenkes å være negativt. På grunnlag av dette tenker vi det er viktig å få en bredere forståelse av mulige konsekvenser ved sosial tilbaketrekning.

### **1.4.3 Tilknytning**

Tilknytning dreier seg om hvordan barn i tidlig utvikling danner relasjoner og knytter følelser til andre på en måte som er felles for alle mennesker (Tetzchner, 2012). Det kan beskrives som en motivasjon til å søke nærhet hos omsorgspersoner for å sikre beskyttelse, trøst og overlevelse (Ainsworth & Bowlby, 1991; Bowlby, 1969). Vi føler oss trygge når vi opplever tilknytningspersonen som tilgjengelig og responsiv. Gjennom samspillet med omsorgspersoner danner barnet et indre skjema, eller *tilknytningsmønster*, som avhenger av hvordan det opplever omsorgspersonenes atferd, sensitivitet og emosjonell tilgjengelighet (Helle et al., 2017). Tilknytningsmønstrene deles inn i trygg, utrygg unnvikende, utrygg ambivalente og desorganiserte. Tilknytning har blitt tillagt betydning både som beskyttelses- og risikofaktor for psykiske plager (Zachrisson, 2010). Trygg tilknytning kalles ofte «psykologisk immunforsvar», og bidrar til at barnet senere i livet bedre vil kunne takle belastninger og traumer (Helle et al., 2017). Allerede i løpet av barnets første leveår blir tilknytningsmønsteret dannet, og det holder seg relativt stabilt gjennom livet (Fraley, 2002; Main & Cassidy, 1988). Utover forholdet til omsorgspersonene, har tilknytningen noe å si for flere utviklingsmessige funksjoner, som nysgjerrighet, emosjonsregulering, sosial kompetanse og evnen til å stole på seg selv (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Groh et al., 2014; Sroufe, 2005).

Et svært viktig poeng er at tilknytning og emosjonsregulering er vevet tett sammen. Bowlby var selv opptatt av dette i den kjente trilogien *Attachment and Loss* (1969, 1973, 1980). Her argumenterer han for at spedbarn er født med et repertoar av atferd (tilknytningsatferd), hvor målet er å søke og opprettholde fysisk nærhet til støttende andre (tilknytningsfigurer).

Følgelig er søken etter fysisk nærhet en medfødt affektreguleringsstrategi og primær tilknytningsstrategi laget for å beskytte individet fra fysiske eller psykologiske trusler og for å lindre stress (Bowlby, 1973). Dersom denne affektreguleringsstrategien er suksessfull, resulterer det i en opplevelse av trygg tilknytning – en opplevelse av at verden er et trygt sted, at man kan stole på andre for beskyttelse, og at man derfor trygt kan utforske miljøet og omgås andre mennesker (Bowlby, 1988). Reguleringsatferd utvikles altså i samspill med tilknytningspersonene.

## **1.5 Formål med studien**

Til tross for at man har observert sosial tilbaketrekning hos spedbarn siden midten av 1900-tallet, er det først etter utviklingen av strukturerte observasjons- og samspillsmetoder, som Alarm Distress Baby Scale (ADBB), at det har vært mulig å undersøke dette hos spedbarn på en strukturert måte innen forskning (Guedeney & Fermanian, 2001). Forskning har funnet sammenhenger mellom spedbarns sosiale tilbaketrekning og mødres depresjon og annen psykiske helse (Braarud et al., 2013; Guedeney et al., 2012; Mäntymaa et al., 2008), fedres psykiske helse (Mäntymaa et al., 2008) og mors rusproblematikk (Savonlahti et al., 2005). Det er også funnet en sammenheng mellom komplikasjoner under fødsel, som prematur fødsel (Moe, Braarud, et al., 2016), og underliggende sykdommer som autismspekterlidelse (Guedeney et al., 2013). Mye av forskningen på sosial tilbaketrekning er altså gjort på kliniske populasjoner med relativt små utvalg, og det er dermed behov for forskning med større normalutvalg.

Det er få studier av sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning og utvikling av vansker i senere barnealder. Likevel har enkelte studier funnet at sosial tilbaketrekning kan predikere utviklingen av kognitiv og språklig funksjon, og oppmerksomhetsvansker ved 30 måneders alder (Milne et al., 2009), og IQ-skårer ved 5 til 6 års alder (Guedeney et al., 2017). Det er også funnet at sosial tilbaketrekning ved 1 år kan predikere atferdsvansker ved 3 år og relasjonelle vansker ved 5 år (Guedeney et al., 2014).

Det er gjort få studier som har undersøkt longitudinelle sammenhenger som inkluderer samvirket mellom foreldrefaktorer og karakteristikk ved barnet over tid, og som samtidig søker å identifisere mulige medierende faktorer mellom sosial tilbaketrekning og senere vansker. En mulig hypotese er at sosial tilbaketrekning forstyrrer utviklingen av evnen til selvregulering, som igjen kan føre til vansker beskrevet i studiene referert til over. Denne hypotesen har støtte i at reguleringsvansker hos barn har vært vist å bidra til oppmerksomhetsproblematikk, atferdsproblemer og emosjonelle vansker (Breman et al.,

2018; Guerin et al., 1997; Hemmi et al., 2011; Williams et al., 2016). Ettersom regulering er noe spedbarn lærer i samspill med sine foreldre, ønsker vi i denne delstudien å undersøke faktorer ved både foreldre og barn over tid i sammenheng med sosial tilbaketrekning.

Studier av foreldrefaktorer ved sosial tilbaketrekning har hovedsakelig omhandlet psykopatologi hos foreldre, eller andre alvorlige tilstandsbilder (De Rosa et al., 2010; Duniz et al., 1996; Mäntymaa et al., 2008), mens det mangler studier på foreldrestress. Videre er det i liten grad undersøkt om forhold ved barnet, som sosial tilbaketrekning, kan predikere senere foreldrestress, da dette typisk er undersøkt med motsatt retning. På grunnlag av dette ønsker vi å undersøke om sosial tilbaketrekning kan predikere foreldrestress ved et senere tidspunkt, med formål om å bidra til en bedre forståelse av hvordan karakteristikker ved barnet kan påvirke foreldrenes stress.

Både sosial tilbaketrekning og dysregulering henger sammen med faktorer i omsorgsmiljøet og i barnet selv, og det er naturlig å legge en transaksjonell forståelse av barns utvikling til grunn i denne delstudien. Vi har derfor til hensikt å undersøke følgende punkter:

1. Predikerer sosial tilbaketrekning ved 6 måneders alder dysregulering ved 18 måneders alder?
2. Predikerer sosial tilbaketrekning ved 6 måneders alder mødres opplevde foreldrestress ved 12 måneders alder?
3. Medieres en eventuell sammenheng mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneders alder og dysregulering ved 18 måneder av mødres opplevde foreldrestress ved 12 måneders alder?

Vår hypotese er at sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder vil kunne predikere senere dysregulering hos barnet. En mulig mekanisme som kan forklare denne sammenhengen er at sosial tilbaketrekning kan medføre redusert grad av samspill mellom spedbarnet og omsorgsgivere som er nødvendig for å utvikle adekvat reguleringsatferd hos barnet, og at dette vil komme til uttrykk gjennom dysregulering. Selv om det er gjort lite forskning på denne sammenhengen, støttes hypotesen av at interaksjoner mellom spedbarn og omsorgsgiver virker å være viktig for utvikling av selvregulering (Crugnola, Ierardi, Gazzotti, & Albizzati, 2014; Leerkes et al., 2009) og at det tenkes at sosial tilbaketrekning bidrar til mindre grad av slikt samspill (Cohn et al., 1986; Field et al., 1985; Guedeney, 1997)

Vår andre hypotese er at sosial tilbaketrekning vil kunne predikere foreldrestress hos mødre ved et senere tidspunkt. Fravær av positiv eller negativ atferd kan virke stressende på en forelder gjennom en opplevelse av manglende kontakt, og bekymringer knyttet til barnets helse

og utvikling. Noe som er med å underbygge vår hypotese er funn av sammenhenger mellom foreldrestress og internaliserende vansker hos småbarn (Anthony et al., 2005; Hart & Kelley, 2006), og temperamentskarakteristikker hos spedbarn (Oddi et al., 2013; Pesonen et al., 2008).

Vår siste hypotese er at sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning og senere dysregulering medieres av foreldrestress. Spedbarns utvikling foregår i transaksjoner med miljøet, og det er ikke mulig å få et helhetlig bilde av sammenhenger i utviklingen uten å se på hvordan karakteristikker i forelderen kan påvirke barnet. Vi ser for oss at sosial tilbaketrekning kan føre til redusert samspill med omsorgsgivere, og at atferden fører til økt stress hos foreldre, som igjen fører til vansker i samspillet som er nødvendig for utvikling av selvregulering. På den måten tenker vi at foreldrestress medierer sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning og senere dysregulering. Dette støttes av andre studier som har funnet støtte for den transaksjonelle forståelsen av barns utvikling (for eksempel Cappa et al., 2011; Neece et al., 2012).

## 2 Metode

### 2.1 Deltakere og design

Denne delstudien har hentet data fra den longitudinelle studien «Liten i Norge» (LiN). LiN-studien er støttet av Norges Forskningsråd, Regionssenter for barn og ungdoms psykiske helse (RBUP), helseregion øst og sør, Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo og Havforskningsinstituttet. Deltakerne ble rekruttert fra ni utvalgte helsestasjoner spredt over hele landet for å inkludere alle de fire helseregionene. Alle gravide kvinner som tilhørte opptaksområdet til en av de ni helsestasjonene i perioden september 2011 til oktober 2012 ble tilbudt deltakelse i studien. Det var ingen eksklusjonskriterier, men spørreskjemaene var kun tilgjengelig på norsk eller engelsk; samtlige deltakere i studien måtte dermed beherske et av disse to språkene (Moe et al., 2019). Alle kvinnene ble informert om studiens omfang og ga samtykke på vegne av seg selv og sitt ufødte barn. De ble informert om at samtykket kunne trekkes når som helst. Kvinnene som ble rekruttert, var i svangerskapsuke 8 til 34. Fire av de ni helsestasjonene etablerte gode rutiner for registrering av deltakerprosenten. De fem resterende gjorde ikke dette. Basert på disse fire helsestasjonenes estimer ble deltakerprosenten estimert til 50,7%. Det var 1041 kvinner som ga sitt samtykke. Fem av disse trakk senere sitt samtykke, med gjenstående 1036 kvinner (Moe et al., 2019).

Denne oppgaven undersøker data fra tre forskjellige tidspunkt, ved barnas alder: 6 måneder, 12 måneder og 18 måneder. I tillegg er bakgrunnsopplysninger om mødrene hentet fra inklusjonsundersøkelsen og bakgrunnsopplysninger om barna hentet fra fødselsjournal. I denne oppgaven må utvalget av mor-barn-dyader ha data fra minst to av disse tre tidspunktene. Som resultat av dette inklusjonskriteriet består denne delstudens utvalg av 787 mor-barn dyader.

### 2.2 Ethiske betraktninger

Liten i Norge-studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD). Alle deltakere har signert et samtykkeskjema som inkluderer informasjon om studien, implikasjoner for deltakelse, og retten til når som helst å trekke seg fra studien uten å oppgi noen grunn, samt få dataene sine slettet. Hver deltaker ble gitt et ID-nummer for å ivareta deres anonymitet. All deltakerdata er registrert elektronisk og lagret direkte i en sikker database.

## 2.3 Målemetoder

### 2.3.1 Alarm Distress Baby Scale

Det finnes mange måleverktøy for å vurdere kognitiv, sosial og motorisk utvikling hos barn. Kun en liten andel av disse egner seg for vurdering av spedbarn, og enda færre retter seg spesifikt mot sosial tilbaketrekking. Den franske barnepsykiateren Antoine Guedeney så behovet for en enkel metode som effektivt kunne brukes av sykepleiere og ikke-medisinsk personell i klinisk praksis (Guedeney & Fermanian, 2001). Sammen med Jacques Fermanian ble *Alarme Détresse Bébé* – Alarm Distress Baby Scale (ADBB) utviklet. Dette er en skala som brukes til å observere og måle vedvarende sosial tilbaketrekning hos spedbarn i alderen 2-24 måneder (Braarud & Richter, 2014; Guedeney & Fermanian, 2001), og er oversatt til norsk (Braarud & Richter, 2014). ADBB-skalaen er konstruert slik at vurderingene skal kunne foretas mens man gjør andre undersøkelser av barnet, som ved besøk hos pediater eller på helsestasjon, og tar til sammen 10-15 minutter (Guedeney & Fermanian, 2001). Dette gjør ADBB anvendbar og lett å implementere i klinisk praksis.

ADBB-skalaen inneholder åtte elementer: (1) ansiktsuttrykk, (2) blikkontakt, (3) generelt aktivitetsnivå, (4) selvstimulerende bevegelser, (5) vokaliseringer, (6) responshurtighet ved stimulering, (7) evne til å inngå i samspill og (8) barnets evne til å tiltrekke seg og bevare oppmerksomhet. Se tabell 1 for utfyllende beskrivelser. Disse elementene skåres på en Likert-skala fra 0 til 4. Skår 0 betyr at barnets atferd absolutt er innenfor normalvariasjonen, 1 betyr veldig lite, men allikevel antydning til atypisk atferd. En skåre på 2 betyr tydelig atypisk atferd, 3 – åpenbar atypisk atferd, og 4 – betydelig og massiv atypisk atferd. Dersom det er tvil om man skal sette 0 eller 1, skal man sette 0. Skåren på alle elementene summeres til en totalskåre, som varierer mellom 0 og 32. Internasjonalt bruker man terskelverdien på 5 for å beskrive når vedvarende sosial tilbaketrekning er et problem (Matthey, Črnčec, Hales, & Guedeney, 2013). Barnet skal ikke skåres hvis det virker å være trøtt, gråter hele tiden, eller om vurderingen på annen måte ikke lar seg gjennomføre. Dersom det er tvil ved resultatenes gyldighet, bør man kalle inn barn og foreldre til ny vurdering. Fordi ADBB-skalaen er beregnet på et stort aldersspenn, må observatøren ta hensyn til utviklingsmessige forandringer innad i elementene. Et spedbarn viser for eksempel flere emosjoner ved 6 måneder enn ved 2 måneder.

**Tabell 1***Informasjon om elementene i Alarm Distress Baby Scale*

#	Elementer	Beskrivelse
1	Ansiktsuttrykk	I dette elementet vurderes reduksjonen av ansiktsuttrykk. Spekteret av ansiktsuttrykk er mindre hos veldig små spedbarn (inntil 2 måneders alder), men kan vurderes til tross for dette. Normalt er spedbarns ansiktsuttrykk spontane, uttrykksfulle og livlige. Ansiktet til et tilbaketrukket barn kan fremtre som stivt, frosset, fraværende og «eldet».
2	Blikkontakt	Her vurderer observatøren hvor vanskelig det er å oppnå blikkontakt med barnet. Selv med veldig små spedbarn er det generelt lett å få og holde på blikkontakten. Hos det tilbaketrukne barnet kan det variere fra spontan, men noe mer kortvarig blikkontakt, til flyktig, vag, og totalt unnvikende.
3	Generelt motorisk aktivitetsnivå	Ved vurdering av generelt motorisk aktivitetsnivå, ser observatøren etter vansker med å bevege hode, kropp og lemmer. Hånd- og fingerbevegelser skal ikke tas i betraktning her. Dette fordi et barn kan forholde seg rolig, men samtidig ha stereotype, automatiske hånd- og fingerbevegelser. Bevegelser kommer vanligvis spontant eller som følge av stimulering, og er godt koordinerte. Ved sosial tilbaketrekning vil barnet vise redusert og lavt aktivitetsnivå, i tillegg til grader av kroppslig rigiditet, stivhet og immobilitet.
4	Selvstimulerende bevegelser	Selvstimulerende bevegelser omhandler i hvilken grad spedbarnet underholder seg selv/leker med egen kropp. Eksempler kan være å leke med fingre, hender, tær, hår eller suge på tommelen. Observatøren ser etter frekvensen av disse. Enhver aktivitet som ikke synes å være til glede for barnet eller å ha funksjon av å roe det ned, kan ses som en stimulerende bevegelse. I tillegg skal enhver form for repeterende, mekanisk bevegelse som synes avsondret fra generell aktivitet tas i betraktning. Dette elementet har noen utviklingsmessige forandringer, og selvstimulering blir tydeligere jo eldre barnet blir. Tilstedeværelsen av én enkeltstående, tydelig selvstimulerende bevegelse er tilstrekkelig for å skåre 1 eller høyere.
5	Vokalisering	I dette elementet vurderes barnets lydproduksjon. Observatøren vurderer om det er fravær av vokaliseringer som uttrykker glede, og samtidig om det er fravær av vokaliseringer som uttrykker ubehag. Lavere skåre oppnås dersom gråting stopper raskt og hvis vokaliseringene uttrykker tilfredshet. Høyeste skåre er for det stille barnet, det som ikke sier noe, hverken i form av ord eller lyder, selv ikke når det forekommer smertefull stimulering som ved sprøytestikk.
6	Responshurtighet ved stimulering	Her ser man etter forsinkelser av respons etter stimuli. Det er graden av forsinkelse man er ute etter, ikke hvorvidt responsen er stor eller liten. Denne vurderingen krever derfor høy grad av oppmerksomhet hos observatøren, da responser kan arte seg som svært subtile reaksjoner.
7	Relasjon: Evne til å inngå i samspill	Observatøren vurderer spedbarnets evne til å inngå i samspill med henne, eller med andre i rommet som ikke er barnets omsorgsperson. Relasjonen vurderes gjennom øyekontakt, smil, vokalisering, bevegelser i retning av observatør. Hvorvidt det eksisterer en relasjon er viktigere enn om den er positiv eller negativ.
8	Attraksjon: Barnets evne til å tiltrekke seg og bevare oppmerksomhet	Dette er et mål på hvor mye observatøren må anstrenge seg for å holde sin oppmerksomhet på barnet gjennom hele undersøkelsen. Barn uten symptomer på tilbaketrekingsatferd tiltrekker seg lett oppmerksomhet. De gir en følelse av glede og uanstrengthet, uten at de behøver å være vaktsomme, og dette holder seg gjennom hele undersøkelsen. Med noen spedbarn kan man oppleve en umiddelbar interesse i begynnelsen av undersøkelsen, for så å merke at denne interessen ikke holder seg. Dersom man forholder seg til et tilbaketrukket spedbarn, kan observatøren oppleve mangel på glede i interaksjon med barnet, eller føle at barnet holder en «på avstand». Dette elementet krever at observatøren er oppmerksom på sine subjektive følelser gjennom undersøkelsen.

*Beskrivelsene er hentet fra den norske manualen og Guedeney og Fermanian (2001)*



**Validitet.** I artikkelen fra 2001 presenterer Guedeney & Fermanian de psykometriske egenskapene ved den franske versjonen av ADBB. De åtte elementene som er med i skalaen ble vurdert som akseptable, lette å forstå, og lette å fylle ut av observatører, sykepleiere, pediatere og psykologistudenter. Dette gir ADBB god *face validity*. Ekspertene innen ulike fagfelt bedømte hver for seg at elementene hadde god innholdsvaliditet, altså at testen måler det den er ment å måle. Kriterievaliditeten ble undersøkt på to måter. Først som et mål på alvorlighetsgraden av tilbaketrekningssatferden, hvor skårene mellom en ekspert, en sykepleier og en pediatr korrelerte godt. Så ble ADBB-skalaen benyttet som en screening-prosedyre for å oppdage utviklingsmessige risikofaktorer i året etter vurderingen. Gjennom dette kunne man da undersøke ADBB-skalaen sin prediktive validitet, og hvilken sensitivitet og spesifisitet den har ved ulike terskelverdier. Med en terskelverdi på 5, har skalaen en sensitivitet på 0.82 og en spesifisitet på 0.78, som regnes som optimalt for et screeninginstrument.

Begrepsvaliditeten ble målt på tre ulike måter. Korrelasjonen mellom sykepleierens skåre på ADBB og antallet patologiske hendelser i løpet av året etter vurderingen ble utregnet separat med to ulike beskrivelser av spedbarnsdepresjon. Målene som ble benyttet var Spitz sine kriterier for anaklitisk depresjon (1951), samt Herzog og Rathbun-kriteriene for spedbarnsdepresjon (1982). Korrelasjonene var henholdsvis  $r = 0.61$  og  $r = 0.60$ . Dette tyder på at ADBB ikke er identisk med depresjonsskalaene, samtidig som de har noe til felles. Man fant ingen signifikante korrelasjoner mellom totalskåren på ADBB og mors alder, paritet, fars alder, spedbarnets alder, antall tidligere fødsler eller varighet av konsultasjonen. Diskriminant validitet ble derfor vurdert som god. Faktoranalysen viste at elementene ladet på to faktorer: en interpersonlig og en ikke-interpersonlig. De fem elementene som ladet på den interpersonlige faktoren var (2) blikkontakt, (3) generelt aktivitetsnivå, (4) selvstimulerende bevegelser, (7) relasjon og (8) attraksjon. De resterende tre elementene, (1) ansiktsuttrykk, (5) vokalisering, og (6) respons til stimulering, ladet på den ikke-interpersonlige faktoren. Denne strukturen med to faktorer, hvorav én interpersonlig og én ikke-interpersonlig, er i overensstemmelse med hvordan skalaen var konstruert.

**Reliabilitet.** Interrater-reliabiliteten mellom sykepleieren og pediateren ved direkte vurdering av 60 spedbarn med ADBB ble vurdert som svært god, med en intraklasse korrelasjonskoeffisient (ICC) på 0.84. En korrelasjonskoeffisient over 0.75 indikerer god reliabilitet og over 0.90 er regnet som utmerket (Koo & Li, 2016). Interrater-reliabiliteten mellom to psykologistudenter ved vurderinger gjort av 60 videoopptak var også svært gode, både for første vurdering ( $ICC = 0.88$ ) og for den andre vurderingen, gjort seks måneder senere

( $ICC = 0.87$ ). Intraklasse-koeffisientene for test-retest-reliabilitet var 0.90 for den ene psykologstudenten og 0.84 for den andre. Da de vurderte den interne konsistensen for ADBB som global skala, fant de Cronbachs  $\alpha = 0.83$ . I vår delstudie er Cronbachs alfa for ADBB beregnet til  $\alpha = 0.76$ , noe som indikerer akseptabel til god indre konsistens.

### **2.3.2 The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment**

The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA) er et spørreskjema utviklet for å måle sosiale og følelsesmessige problemer og kompetanse hos småbarn i alderen 12 – 36 måneder (Carter et al., 2003). ITSEA er ment å avdekke to typer problematferd. Den ene er atferd som i utgangspunktet er en del av normalutvikling, men som blir problematisk når den viser seg i for stor eller for liten grad (Carter et al., 2003). Kornør og Olafsen (2011) nevner eksempler som aggresjon, tristhet eller frykt. Den andre typen atferd som dekkes av ITSEA er atferd som representerer avvik fra normalutvikling og aldri er utviklingsmessig adekvat (Carter et al., 2003). Kornør og Olafsen (2011) nevner her atferd man kan se ved autismespekterforstyrrelser, som selvskadning, merkelige stillinger eller bevegelser.

ITSEA består av 166 spørsmål og fylles ut av foreldre eller omsorgspersoner. Spørsmålene bedømmes ut fra en trepunkts Likert-skala: 0 = stemmer ikke/sjelden, 1 = delvis sant/noen ganger, 3 = Veldig sant/ofte. Gjennom en faktoranalyse er spørsmålene gruppert i delskalaer under fire domener (Carter et al., 2003). Disse domenene er internalisering, eksterialisering, dysregulering og kompetanse. De tre første representerer skalaer som måler problematferd.

Dysreguleringsdomenet er sammensatt av fire underskalaer: negativ emosjonalitet, søvn, spising og sansesensitivitet. Selv om problemer med søvn og spising virker å være mindre sentral i psykopatologi som sees hos eldre barn, er problemer i disse områdene en vanlig henvisningsgrunn i det første leveåret (Briggs-Gowan & Carter, 2006). I tillegg inkluderer domenet noen typer atferd som er karakteristiske for reguleringsvansker i senere alder som faller inn under ulike diagnoser. Disse inkluderer problemer med intensitet, hyppighet og varighet av emosjonelle responser og økt sensitivitet til sensorisk stimulering.

**Reliabilitet og validitet.** De psykometriske egenskapene til ITSEA er grundig dokumentert (Carter et al., 2003), og informasjonen som presenteres her er hentet fra ITSEA-manualen (Briggs-Gowan & Carter, 2006). Indre konsistens er målt ved Cronbachs alfa. Det er vist en alfakoeffisient på 0.85 - 0.90 for domenene i ITSEA. For dysregulering som helhet ligger den på 0.86, med et spenn på 0.62 - 0.83 for underskalaene. Dette er tilfredsstillende indre konsistens. Inter-rater-reliabilitet er estimert ved bruk av intraklasse korrelasjonskoeffisient.

For domenet dysregulering er ICC = 0.77, og for underskalaene fra 0.61 til 0.80. Test-retest-undersøkelser viste en Pearsons r mellom 0.85 og 0.91 for domeneene, hvor  $r = 0.91$  for dysreguleringsdomenet. For underskalaene lå Pearsons r mellom 0.81 og 0.92.

For å undersøke validitet er ITSEA sammenliknet med andre eksisterende manualer (inkludert Child Behavior Checklist, Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional, the Adaptive Behavior Assessment System, Second Edition, og Bayley Scales of Infant-Toddler Development, Third Edition). Tendensen er at ITSEA sine domener og underskalaer er positivt korrelert til lignende domener og underskalaer, og negativt korrelert til de domeneene eller skalaene som er ulike (Kornør & Olafsen, 2011). Dette antyder god begrepsvaliditet gjennom både konvergerende og divergerende validitet.

I vår studie er Cronbachs alfa beregnet til 0.79 for dysreguleringsdomenet. Denne verdien skiller seg ikke vesentlig fra alfakoeffisienten man finner i manualen. Det vurderes at den indre konsistensen for ITSEA er bevart og tilfredsstillende.

### 2.3.3 Parenting Stress Indeks

Foreldrestress ble målt ved hjelp av Parenting Stress Index (PSI, Abidin, 1995) da barnet var 12 måneder. PSI er et spørreskjema som har blitt utarbeidet ved hjelp av forskning og klinisk praksis. Det har blitt utviklet for å måle stressende aspekter av foreldre-barn interaksjoner og for å identifisere problemer som kan føre til problematisk atferd hos barnet eller forelderen (APA, 2021). Instrumentet er designet for barn i alderen 1 måned til 12 år. PSI består av to domener: barnedomenet og foreldredomenet. Disse baserer seg på 101 spørsmål som til sammen gir en skåre på totalt stress. I tillegg til dette har PSI et livsstressdomene som inkluderer 22 spørsmål om stressende livshendelser eller faktorer utenfor dyaden (Abidin, 1995).

Barnedomenet består av seks underkategorier og undersøker i hvilken grad karakteristikkene ved barnet fører til stress hos forelderen. Underkategoriene som sees på er *Distraherbarhet/Hyperaktivitet* som måler i hvor stor grad barnets atferd tømmer forelderen for energi. *Tilpasningsevne* som måler barnets evne til å håndtere endringer og overganger. *Kravstorhet* måler hvor stort press barnet påfører forelderen. *Humør* ser på barnets karakteristikkene som forelderen opplever at provoserer han eller henne. *Bekrefter foreldre (Reinforces parent)* undersøker i hvilken grad interaksjonen mellom forelder og barn fører til positive affektive responser fra forelderen, og til slutt *Akseptbarhet (Acceptability)* som ser på hvor nært barnet møter forelderens forventninger.

Foreldredomenet undersøker i hvor stor grad forelderens karakteristikkene og sosial støtte bidrar til stress og vansker i barn-forelder-dyaden. Dette domenet består av 7 underkategorier.

*Kompetanse* ser på forelderens opplevde kompetanse i foreldrerollen. *Tilknytning* undersøker foreldrenes egeninvestering i foreldrerollen. *Depresjon* undersøker i hvilken grad forelderens mangler emosjonelle og fysisk energi som gjør det vanskelig å være tilgjengelig for barnet, samt foreldrenes skyldfølelse. *Isolasjon* ser på nivået av sosial isolasjon og tilgjengeligheten av sosial støtte i foreldrerollen. *Helse* undersøker påvirkningen av foreldrenes helse på deres funksjon som forelder. *Rollerestriksjon* ser på påvirkningen av det å være forelder på forelderens frihet. *Partner* undersøker den emosjonelle og fysiske støtten forelderens opplever å få i det å være forelder, og måler nivået av konflikt mellom foreldrene om oppdragelse.

PSI er et selvrapportskjema som fylles ut av forelderens og de fleste spørsmålene er på en fempunkt Likert-skala fra «sterkt uenig» (1) til «helt enig» (5). Totalskåren varierer fra 101 til 505, og skårer mellom 15. og 85. prosentil sees på som normale skårer. PSI har vist god indre konsistens og validitet for både normale og kliniske populasjoner, med en Cronbachs alfa på 0.90 for barnedomenet og mellom 0.70 og 0.83 for underskalaene. Foreldredomenet hadde en Cronbachs  $\alpha = 0.93$  og underskalaene varierte mellom 0.70 til 0.84 (Abidin, 1995). I denne oppgaven var Cronbachs  $\alpha = 0.88$  for PSI barnedomenet og 0.91 for PSI foreldredomenene. I denne studien benyttes domenene som separate skårer og ikke den totale skåren. Dette skyldes et ønske om å undersøke kilden til foreldrenes stress, i tillegg til mengden opplevd stress.

#### **2.3.4 Kontrollvariabler**

Kontrollvariabler som ble benyttet i denne delstudien var barnets kjønn, mors alder, mors utdanning og gestasjonsalder. For å unngå å gjøre fødselsalderen til barnet til en statistisk variabel, har vi valgt å bruke fødselsuke, eller gestasjonsalder, som kontrollvariabel fremfor prematuritet. Dette gjør at fødselsalderen til barnet blir en mer kontinuerlig variabel som kan få frem variasjonen i større grad enn en kategorisk forståelse av barnet som prematurt eller ikke prematurt. Dette er i tråd med forskning som viser at det ikke nødvendigvis er prematuritet i seg selv om forårsaker vansker i relasjonen til omsorgsgiver, men andre komplikasjoner rundt premature fødsler (Pierrehumbert et al., 2003; Schappin et al., 2013).

Mors utdanning benyttes ettersom man har sett at dette kan være en beskyttende faktor for foreldrestress og dysregulering (se for eksempel Deater-Deckard, 1998; NICHD, 2004). Utdanning velges over mors inntekt ettersom flere av deltakerne i studien var studenter, og derfor tenkes det at utdanning vil gi et klarere bilde på mors ressurser enn mors inntekt. Mors alder og barnets kjønn benyttes for å undersøke om disse variablene kan påvirke eventuelle sammenhenger.

Informasjon om gestasjonsalder, barnets kjønn og mors alder ble hentet fra fødselsjournal. Informasjon om mors utdanning ble hentet fra det første intervjuet på helsestasjonen og er målt etter antall år. Gestasjonsalder er kodet etter uken barnet ble født, mors alder er regnet ut fra egen fødselsdag til barnets fødsel og barnets kjønn er kodet 0 for gutt og 1 for jente.

## 2.4 Statistiske analyser

Først ble deskriptive analyser av samtlige variabler som undersøkes i delstudien gjennomført, inkludert kontrollvariablene samt andre karakteristikk ved utvalget. Frekvensen til ADBB, PSI foreldredomenet, PSI barnedomenet og ITSEA dysregulering ble undersøkt.

Videre ble bivariate relasjoner mellom alle variablene undersøkt ved hjelp av Pearsons  $r$ , og muligheten for multikollinearitet ble undersøkt gjennom VIF og toleranse. Frafallsanalyser ble gjennomført ved hjelp av independent-samples t-test der mulige forskjeller mellom de mor-barn-dyadene som var inkludert i delstudien ble sammenliknet med de som ikke var det, samt de som deltok i delstudien, men ikke på siste måling (ved 18 måneder).

For å svare på problemstilling 1. «Predikerer sosial tilbaketrekning ved 6 måneders alder dysregulering ved 18 måneders alder?» ble det gjennomført en multippel regresjonsanalyse med ADBB som uavhengig variabel og ITSEA dysregulering som avhengig variabel. For å svare på problemstilling 2. «Predikerer sosial tilbaketrekning ved 6 måneders alder mødres opplevde foreldrestress ved 12 måneders alder?» ble det gjennomført to multiple regresjonsanalyser. Den første regresjonsanalyse med ADBB som uavhengig variabel og PSI foreldredomenet som avhengig variabel, og den andre med ADBB som uavhengig variabel og PSI barnedomenet som avhengig variabel. Grunnen til dette er at vi ønsker å undersøke hvordan forskjeller i kilden til mors opplevde stress kan bidra til denne sammenhengen. For å svare på det tredje og siste problemstillingen «Medieres en eventuell sammenheng mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneders alder og dysregulering ved 18 måneder av mødres opplevde foreldrestress ved 12 måneders alder?» ble det gjennomført to medieringsanalyser. I den første medieringsanalysen var ABDD den uavhengige variabelen, ITSEA dysregulering den avhengige variabelen og PSI foreldredomenet mediatoren. Den andre medieringsanalysen ble gjennomført med den samme avhengige og den samme uavhengige variabelen, og med PSI barnedomenet som mediator. Alle analysene ble gjort i to steg: ujusterte analyser uten kontrollvariabler, og justerte analyser der oppgavens kontrollvariabler ble inkludert. I denne oppgaven benyttes gestasjonsalder, mors utdanning, barnets kjønn og mors alder som kontrollvariabler.

Analysene er gjort gjennom IBM SPSS Statistics 26 og PROSESS v3.5 (Hayes, 2017).

## 3 Resultater

### 3.1 Deskriptiv statistikk

#### 3.1.1 Karakteristikk ved utvalget (N=787)

Gjennomsnittsalderen for mødrene som deltok var 30.25 år ( $Mdn = 30.06$ , range 18-43,  $SD = 4.7$ ). Over halvparten av mødrene var førstegangsfødende ( $n = 422$ , 56,2%), 259 kvinner hadde ett barn fra før (32.9%), og de resterende 86 kvinnene hadde to eller flere barn (10.9%). Fødselsuke varierte mellom uke 25 og 43. Tjuetre barn ble født mellom uke 25 og 36 (2,9%), 755 barn ble født mellom uke 37 og 42 (96%) og 9 barn ble født i uke 43 (1,1%). Utvalgsfordelingen blant barna var 410 gutter (52.1%), og 377 jenter (47.9%). Se tabell 2 for mer informasjon.

#### Tabell 2

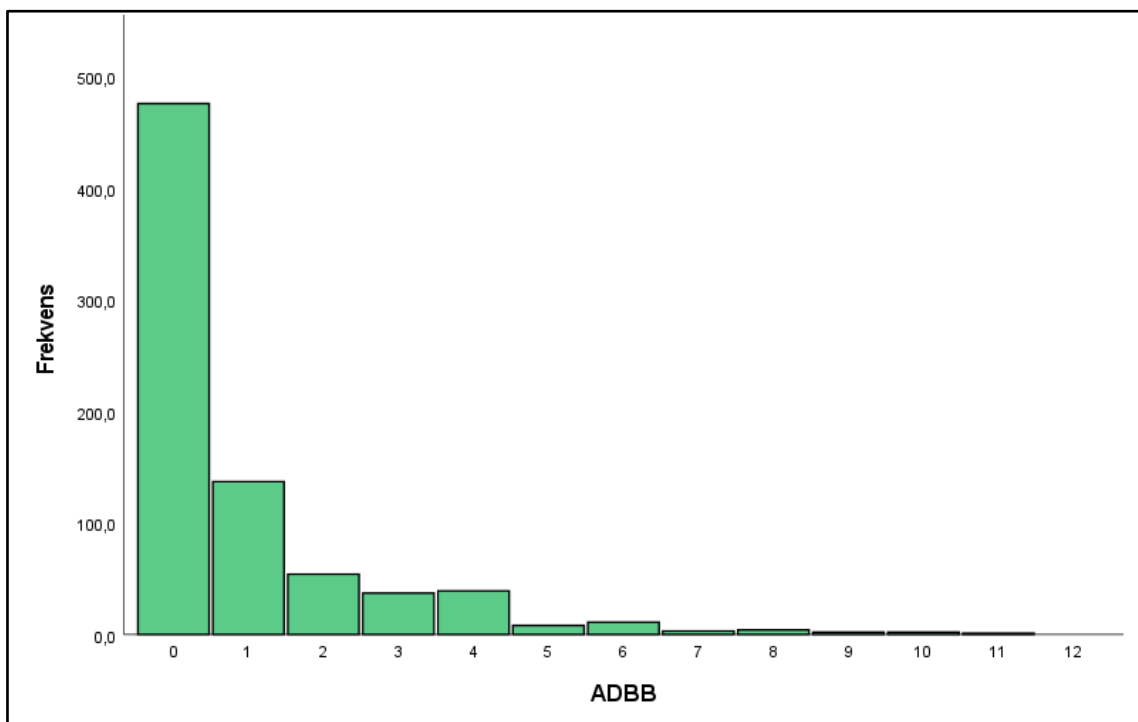
*Demografisk informasjon om utvalget.*

Variabel (N = 787)	Frekvens	Prosent
Samlivsstatus		
Gift/samboer	758	96.4%
Singel	20	2.5%
Skilt/separert/annet	9	1.1%
Utdanningsnivå mor		
9- eller 10-årig ungdomsskole	15	1.9%
Videregående skole	147	18.7%
Inntil 4-årig høyskole/universitet	297	37.7%
4 år eller mer høyskole/universitet	328	41.7%
Arbeidssituasjon mor		
Heltidsarbeid (80-100%)	614	78.0%
Deltid (< 79,9%)	53	6.8%
Student/kombinasjon jobb studier	99	12.5%
Arbeidsledig/annet	21	2.7%

Variabel (N = 787)	Frekvens	Prosent
Bruttoinntekt		
<150.000,- NOK	89	11.3%
150.000,- ; 299.999,- NOK	147	18.7%
300.000,- ; 449.999,- NOK	353	44.9%
450.000,- 599.999,- NOK	142	18.0%
>600.000,- NOK	56	7.1%
Går barnet i barnehage ved 18. måneder (n=660)		
Ja	555	84.1%
Nei	105	15.9%

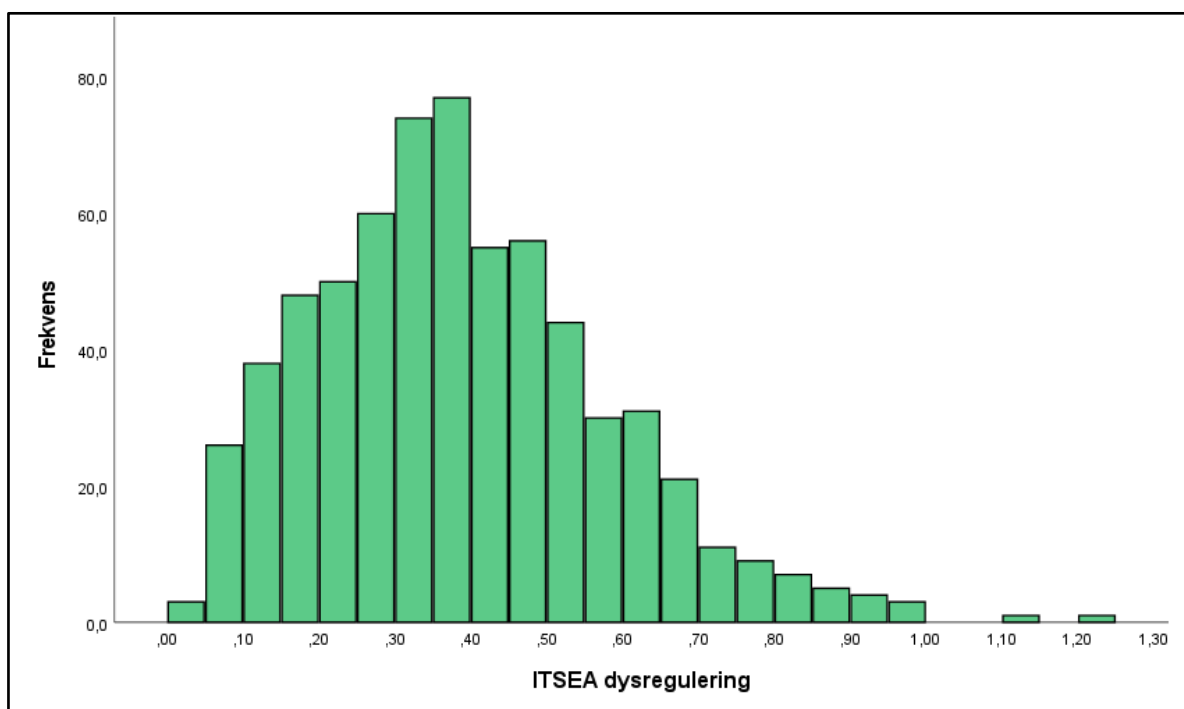
### 3.1.2 Frekvensfordeling

**ADBB ved 6 måneder (n = 774).** Skårene i dette utvalget viser en positiv skjevfordeling (skjevhet = 2.5), med et gjennomsnitt på 0.93 og standardavvik lik 1.66. Nittiseks prosent av barna i utvalget skåret under terskelverdi (n = 743), og 4% over (n = 31). Dette betyr at de fleste barna i vårt utvalg ikke er assosiert med klinisk signifikant sosial tilbaketrekning, noe man kan forvente ut fra et normalutvalg. Dette kan man tydelig se i figur 2. Utvalgets skårer varierer mellom 0 og 11.



Figur 2: Frekvensfordeling av spedbarns ADBB-skårer ved 6 måneder.

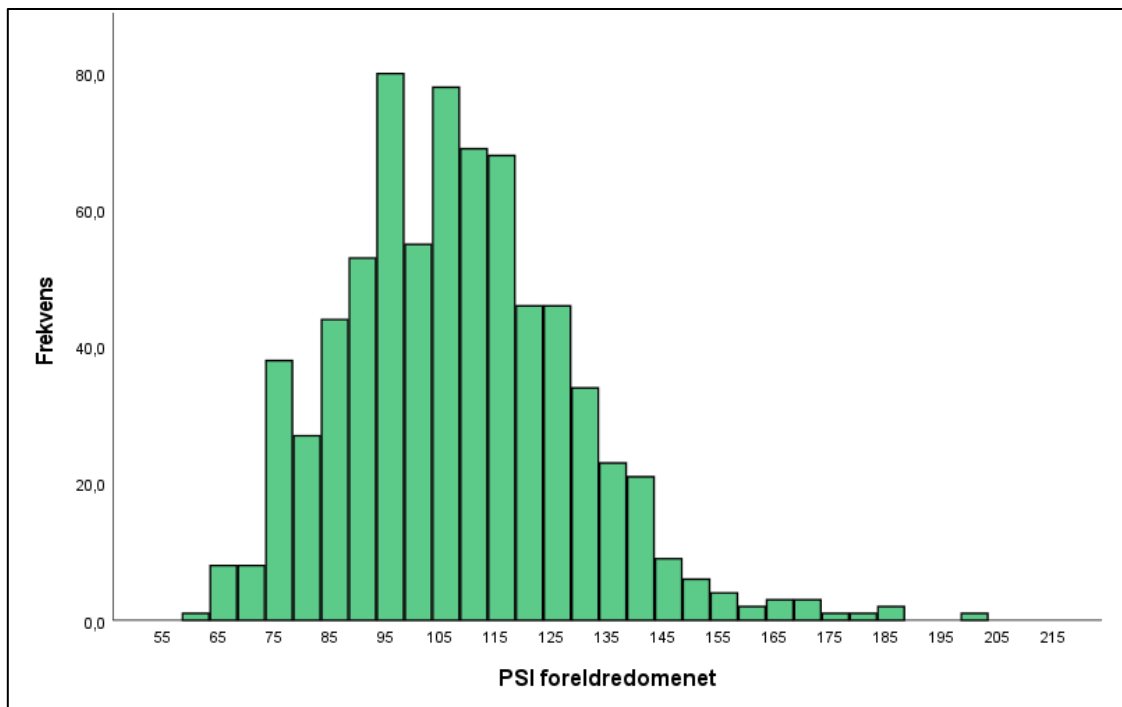
**Dysregulering ved 18 måneder (n = 654).** Frekvensfordelingen for ITSEA dysregulering viser en positiv skjevfordeling (skjevhet = 0.63, se figur 3), med et gjennomsnitt på 0.39 og standardavvik på 0.19. Dette antyder at foreldrene stort sett opplevde at egne barn hadde god regulering, som forventet i et normalutvalg. Skårene i dette utvalget varierer fra 0.4 til 1.21.



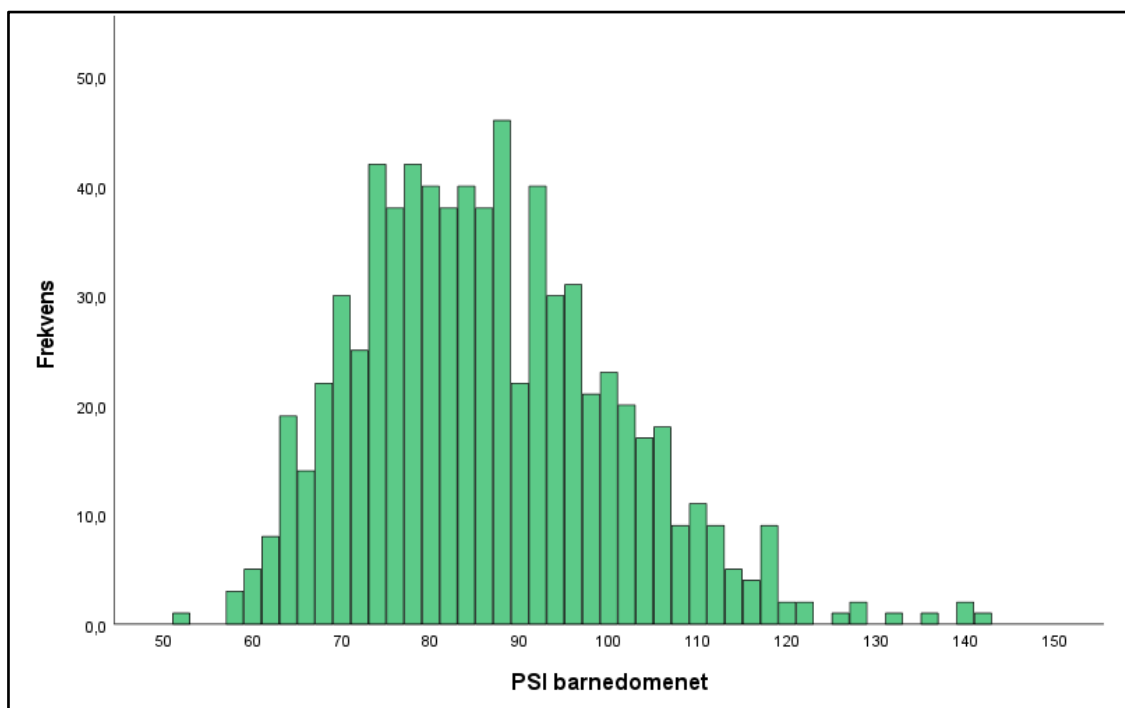
Figur 3: Frekvensfordeling av barns skårer på ITSEA dysregulering ved 18 måneder.

**PSI ved 12 måneder (PSI foreldredomenet n = 731, PSI barnedomenet n = 732).** For frekvensfordelingen for PSI foreldredomenet ser man en positiv skjevfordeling (skjevhet = 0.59, se figur 4) der gjennomsnittet er 107.95 og standardavviket er 20.70. Også PSI barnedomenet er positivt skjevfordelt (skjevhet = 0.58, se figur 5). Gjennomsnittet er lik 85.84 og standardavviket er på 14.34. Dette antyder at mødrene i studien rapporterte lave nivåer av stress, som skyldes både karakteristikk ved forelderen og karakteristikk ved barnet. Dette er å forvente i en normalpopulasjon. Skårene på PSI foreldredomenet varierer mellom 61 og 199, og mellom 52 og 141 på PSI barnedomenet.





Figur 4: Frekvensfordeling av mødres skårer på Parenting Stress Index, foreldredomenet ved 12 måneder.



Figur 5: Frekvensfordeling av mødres skårer på Parenting Stress Index, barnedomenet ved 12 måneder.

### 3.1.3 Frafallsanalyser

Dataene i denne delstudien kommer fra studien Liten i Norge, som har 1036 deltakere. Denne delstudien inkluderte alle deltakere som har svart på minst to av de fire målene som benyttes i analysen. Disse målene er ADBB, PSI foreldredomenet, PSI barnedomenet og ITSEA

dysregulering. Delstudien inkluderer dermed 787 mor-barn dyader, noe som betyr at 249 dyader ikke møtte dette kriteriet. Independent samples t-test ble benyttet for å sammenligne gjennomsnittet til de dyadene som deltok på to av de fire målene i studien mot de som ikke gjorde det. Her viste analysen ingen signifikant forskjell i gjennomsnitt for PSI foreldredomenet, PSI barnedomenet, ITSEA dysregulering eller kontrollvariablene mors alder, barnets kjønn og gestasjonsalder. Det ble derimot funnet en signifikant forskjell i mors utdanningsnivå mellom de som ikke er med i denne delstudien ( $n = 249$ ,  $M = 15.7$ ,  $SD = 2.47$ ) sammenlignet med de som er en del av delstudien ( $n = 787$ ,  $M = 16.16$ ,  $SD = 2.00$ ,  $t(356.9) = 2.65$ ,  $p = .008$ , gjennomsnittlig forskjell = 0.46, 95% CI: [0.12, 0.79]). Her ser man at gjennomsnittet i utdanning hos mor blant de som er med i delstudien var signifikant høyere enn de som ikke møtte kriteriet. Derfor virker det som at de med høyere utdanning hadde større sannsynlighet for å fortsette å være deltakere i studien. I tillegg ble det funnet en signifikant forskjell i ADBB-skårer blant de barna som er med i delstudien ( $n = 774$ ,  $M = 0.93$ ,  $SD = 1.66$ ) sammenlignet med de som ikke er det ( $n = 104$ ,  $M = 1.59$ ,  $SD = 2.55$ ,  $t(114.98) = -2.55$ ,  $p = .012$ , gjennomsnittlig forskjell = -0.66, 95% CI: [-1.17, -0.15]). Basert på retningen av analysen antyder dette en tendens til at barn med høyere ADBB-skåre ved 6 måneder i noe mindre grad deltok på de senere datainnsamlingene relevant for denne delstudien. Det er også ønskelig å sammenligne frafallet blant mor-barn dyader som er inkludert i denne delstudien. Blant de 787 mor-barn dyadene manglet det data for 133 dyader på siste datainnsamling ved 18 måneder. Ingen signifikante forskjeller for hverken ADBB-skårer, PSI foreldredomenet, PSI barnedomenet eller noen av kontrollvariablene ble påvist.

### 3.2 Bivariate analyser

De bivariate sammenhengene mellom alle variablene ble målt med Pearsons  $r$ . Analysen viste positiv korrelasjon mellom ADBB og dysregulering ( $r = .11$ ,  $p < .01$ ). Dette indikerer en svak, men signifikant relasjon mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneder og dysregulering ved 18 måneder. Det var også en svak positiv korrelasjon mellom ADBB og PSI foreldredomenet ( $r = .08$ ,  $p < .05$ ). Korrelasjonen antyder en svak, men signifikant relasjon mellom sosial tilbaketrekning hos spedbarn ved 6 måneder og mødres foreldrestress ved 12 måneder. I tillegg fant man positive korrelasjoner mellom dysregulering og PSI foreldredomenet ( $r = .31$ ,  $p < .01$ ) og PSI barnedomenet ( $r = .357$ ,  $p < .01$ ). Dette indikerer en sammenheng mellom mødres foreldrestress tilknyttet karakteristikk ved både barnet og foreldrene ved 12 måneder, og dysregulering hos barnet ved 18 måneders alder. PSI foreldredomenet og PSI barnedomenet var som forventet positivt korrelert med hverandre ( $r =$

.60,  $p < .01$ ). PSI foreldredomenet korrelerte negativt med mors utdanning ( $r = -.083$ ,  $p < .05$ ). I tillegg var mors utdanning positivt korrelert med mors alder ( $r = .35$ ,  $p < .05$ ) og PSI barnedomenet var negativt korrelert med gestasjonsalder ( $r = -.12$ ,  $p < .01$ ). Se tabell 3 for oversikt over korrelasjonene, samt informasjon om gjennomsnitt, standardavvik og antallet dyader som delstudien har data på for hver enkelt variabel.

**Tabell 3**

*Korrelasjonsmatrise med alle variabler.*

<b>Mål</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b><i>n</i></b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
1. ADBB	0.93	1.66	774	-							
2. Dysregulering	0.39	0.19	654	.11**	-						
3. PSI barnedomenet	85.84	14.34	732	.05	.36**	-					
4. PSI foreldredomenet	107.95	20.70	731	.08*	.31**	.60**	-				
5. Gestasjonsalder	40.03	1.78	787	-.06	.05	-.12**	-.02	-			
6. Mors utdanning	16.16	2.00	787	-.06	-.02	-.00	-.08*	.01	-		
7. Barnets kjønn	0.48	0.50	787	.04	-.05	.00	.00	.02	.05	-	
8. Mors alder.	30.25	4.69	787	.02	-.01	-.03	.03	.01	.35**	.03	-

*Notat: \*\*=  $p < .01$ , \*=  $p < .05$*

### 3.2.1 Multikollinearitet

Variansinflasjonsfaktor (VIF) og toleranse ble brukt for å undersøke multikollinearitet. En VIF-skåre på over 10 kan indikere et alvorlig problem, det samme kan en toleranseskåre på 0.1. En toleranseskåre på 0.2 indikerer et mulig problem (Field, 2018). Tre analyser ble gjennomført med tre forskjellige avhengige variabler: én med ITSEA dysregulering, én med PSI foreldredomenet og én med PSI barnedomenet. I analysene fant vi VIF-skårer mellom 1.00-1.59. Samtlige toleranseskårer var over 0.2; den høyeste lå på 0.99 og den laveste på 0.63. Basert på disse resultatene sett i sammenheng med de bivariate analysene vil ikke multikollinearitet være en bekymring for analysene fremover.

### 3.3 Hovedresultater

#### 3.3.1 Predikerer sosial tilbaketrekning ved 6 måneder dysregulering ved 18? ( $n = 641$ )

I den første regresjonsanalysen viste den standardiserte betaværdien for ADBB en signifikant positiv sammenheng med ITSEA dysregulering ( $\beta = .11, p < .01$ ). Denne sammenheng var tilnærmet lik da kontrollvariablene ble lagt til i steg 2 ( $\beta = .11, p < .01$ ). Dette indikerer at sosial tilbaketrekning ved 6 måneder kan predikere dysregulering ved 18 måneder, med en liten effektstørrelse. Hverken mors utdanning, barnets kjønn, mors alder eller gestasjonsalder viste en signifikant sammenheng. Den ujusterte modellen forklarte 1% av variansen blant skårene på ITSEA dysregulering ved 18 måneder ( $R^2 = .01$ , justert  $R^2 = .01, p < .01$ ). Det samme gjorde den justerte modellen ( $R^2 = .02$ , justert  $R^2 = .01, p < .05$ ). Både den ujusterte og den justerte modellen var signifikant (Ujustert:  $F = 7.61, p < .01$ , justert:  $F = 2.26, p < .05$ ). Se tabell 4 for oversikt over analysene.

**Tabell 4**

*Multipel regresjonsanalyse med ADBB som uavhengig, og ITSEA dysregulering som avhengig variabel*

Variabel	<i>B</i>	95% <i>CI</i>	<i>SE B</i>	Standardisert $\beta$	<i>p</i>
<b>Steg 1</b>					
Konstant	0.38	[0.36, 0.39]	0.01		.000
ADBB	0.01	[0.00, 0.02]	0.01	.11	.006
<b>Steg 2</b>					
Konstant	0.18	[-0.21, 0.56]	0.20		.367
ADBB	0.01	[0.00, 0.02]	0.01	.11	.004
Gestasjonsalder	0.01	[-0.00, 0.02]	0.01	.05	.237
Mors utdanning	0.00	[-0.01, 0.01]	0.00	.00	.916
Kjønn	-0.02	[-0.05, 0.01]	0.02	-.06	.138
Mødrenes alder.	-0.00	[-0.00, 0.00]	0.00	-.02	.715

### 3.3.2 Predikerer sosial tilbaketrekning ved 6 måneders alder mødrenes opplevde foreldrestress ved 12 måneder?

For å svare på problemstillingen ble det gjennomført to regresjonsanalyser. I den første av disse med ADBB som uavhengig variabel og PSI foreldredomenet som avhengig variabel ( $n = 718$ , se tabell 5). ADBB viste en svak positiv sammenheng med PSI foreldredomenet i den ujusterte analysen ( $\beta = .08$ ,  $p < .05$ ), noe som indikerer at økt sosial tilbaketrekning ved 6 måneders alder henger sammen med økt foreldrestress ved 12 måneders alder. Denne sammenhengen ble redusert i den justerte analysen ( $\beta = .07$ ), og var ikke lenger signifikant ( $p > .05$ ). Mødres utdanningsnivå hadde en negativ sammenheng med PSI foreldredomenet i den justerte analysen ( $\beta = -.10$ ,  $p < .05$ ), og indikerer at flere års utdanning henger sammen med lavere nivå av foreldrestress. Hverken kjønn, mors alder eller gestasjonsalder hadde en signifikant sammenheng med foreldrestress. Modellen forklarte 0.4% av variansen ( $R^2 = .006$ , justert  $R^2 = .004$ ) i den ujusterte analysen ( $F = 4.15$ ,  $p < .05$ ). Den forklarte variansen økte til 0.8% i den justerte analysen ( $R^2 = .015$ , justert  $R^2 = .008$ ), men modellen var ikke signifikant ( $F = 2.22$ ,  $p > .050$ ).

**Tabell 5**

*Multipel regresjonsanalyse med ADBB som uavhengig variabel og PSI foreldredomenet som avhengig variabel*

Variabel	<i>B</i>	95% <i>CI</i>	<i>SE B</i>	Standardisert $\beta$	<i>p</i>
<b>Steg 1</b>					
Konstant	107.25	[105.51, 108.99]	.89		.000
ADBB	0.93	[0.03, 1.83]	.46	.08	.042
<b>Steg 2</b>					
Konstant	122.3	[84.7, 159.8]	19.21		.000
ADBB	0.84	[-0.06, 1.75]	.46	.07	.067
Gestasjonsalder	-0.16	[-1.04, 0.72]	.45	-.01	.726
Mors utdanning	-1.06	[-1.89, -0.23]	.42	-.10	.012
Kjønn	-0.21	[-3.24, 2.83]	1.55	-.01	.894
Mors alder	0.28	[-0.07, 0.63]	.178	.06	.112

Deretter ble det gjort en ny multippel regresjonsanalyse, med PSI barnedomenet ( $n = 719$ ) som avhengig variabel. De andre variablene var de samme som i den foregående modellen, se tabell 6. Det ble ikke funnet en signifikant sammenheng mellom ADBB og PSI barnedomenet i hverken den ujusterte eller justerte analysen. Den ujusterte modellen var ikke signifikant ( $F = 1.92, p > .05$ ). Det var derimot den justerte modellen ( $F = 2.94, p < .05$ ), som forklarte 1.3% av variansen ( $R^2 = .020$ , justert  $R^2 = .013$ ). Gestasjonsalder var den eneste variabelen som hadde en signifikant sammenheng med PSI barnedomenet ( $\beta = -.13, p < .01$ ). Dette indikerer at lavere gestasjonsalder henger sammen med økt nivå av foreldrestress som skyldes karakteristikk ved barnet ved 12 måneder. De andre kontrollvariablene var ikke signifikante.

**Tabell 6**

*Multippel regresjonsanalyse med ADBB som uavhengig variabel og PSI barnedomenet som avhengig variabel*

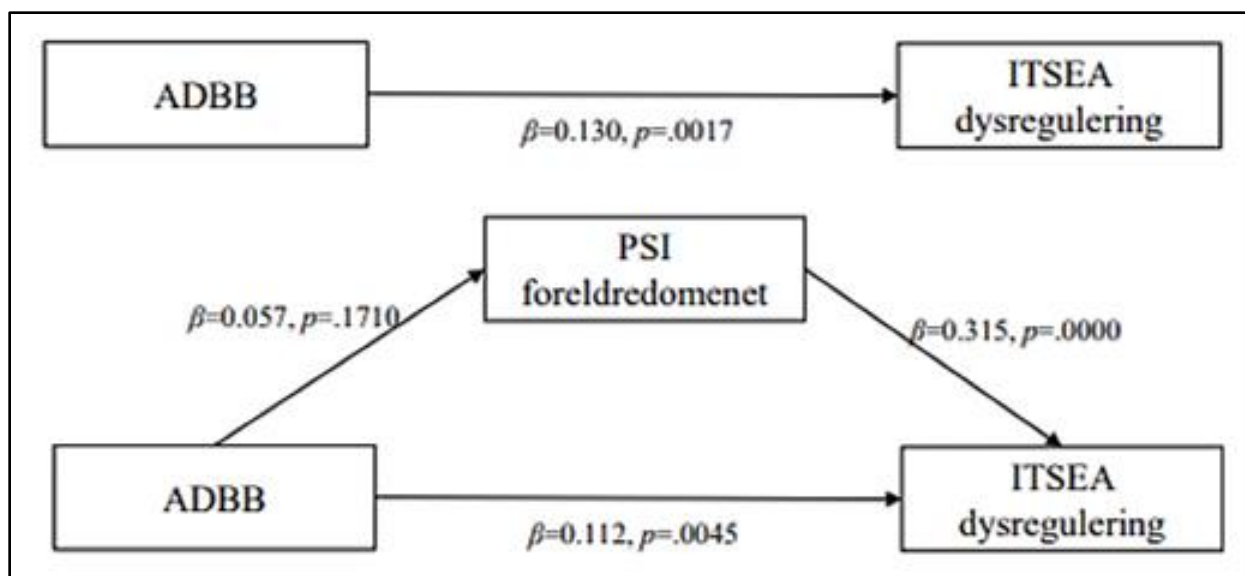
Variabel	<i>B</i>	95% <i>CI</i>	<i>SE B</i>	Standardisert $\beta$	<i>p</i>
<b>Steg 1</b>					
Konstant	85.49	[84.28, 86.70]	0.62		.000
ADBB	0.44	[-0.18, 1.07]	0.32	.052	.166
<b>Steg 2</b>					
Konstant	129.63	[103.58, 155.67]	13.26		.000
ADBB	0.40	[-0.23, 1.02]	0.32	.05	.214
Gestasjonsalder	-1.06	[-1.67, -0.45]	0.31	-.13	.001
Mors utdanning	0.13	[-0.44, 0.71]	0.29	.02	.655
Kjønn	-0.02	[-2.12, 2.09]	1.07	-.00	.989
Mors alder	-0.13	[-0.37, 0.12]	0.12	-.04	.304

### 3.3.3 Medieres en eventuell sammenheng mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneders alder og dysregulering ved 18 måneder av mødres opplevde foreldrestress ved 12 måneder alder?

For å undersøke delstudiens tredje problemstilling ble det gjennomført to enkle medieringsanalyser, i to steg. Første steg var en ujustert analyse med ADBB som den uavhengige variabelen, dysregulering som den avhengige variabel, og PSI foreldre- eller barnedomenet som mediatoresne. I steg to ble kontrollvariablene gestasjonsalder, mors utdanning, barnets kjønn og mors alder lagt til. Forskjellene i de to medieringsanalysene er mediatoresne som i den første analysen var PSI foreldredomenet og den andre analysen var PSI barnedomenet.

#### *Medieringsanalyse av ADBB, PSI foreldredomenet og ITSEA dysregulering (n=585).*

Den indirekte effekten fra ADBB til ITSEA dysregulering gjennom PSI foreldredomenet var ikke signifikant forskjellig fra 0, hverken i den ujusterte analysen ( $\beta = .019$ , 95% bootstrap CI [-0.009, 0.049]) eller i den justerte analysen ( $\beta = .018$ , 95% bootstrap CI [-0.010, 0.049]). Sammenhengen mellom ADBB og PSI foreldredomenet var ikke signifikant i hverken den ujusterte analysen ( $\beta = .062$ ,  $p = .132$ ) eller justerte analysen ( $\beta = .057$ ,  $p = .171$ ). Sammenhengen mellom PSI foreldredomenet og ITSEA dysregulering var signifikant i både den ujusterte ( $\beta = .311$ ,  $p = .000$ ) og den justerte analysen ( $\beta = .315$ ,  $p = .000$ ). I tillegg til dette var den totale effekten av ADBB på ITSEA dysregulering signifikant for både den ujusterte ( $\beta = .125$ ,  $p = .003$ ) og den justerte analysen ( $\beta = .130$ ,  $p = .002$ ). Det samme gjaldt den direkte effekten (ujustert:  $\beta = .105$ ,  $p = .007$ , justert:  $\beta = .112$ ,  $p = .005$ ). Dette antyder at sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneder og dysregulering ved 12 måneder ikke medieres av mødres foreldrestress tilknyttet karakteristikkene foreldrene ved 12 måneder. Se figur 6 for modell av den justerte medieringsanalysen.

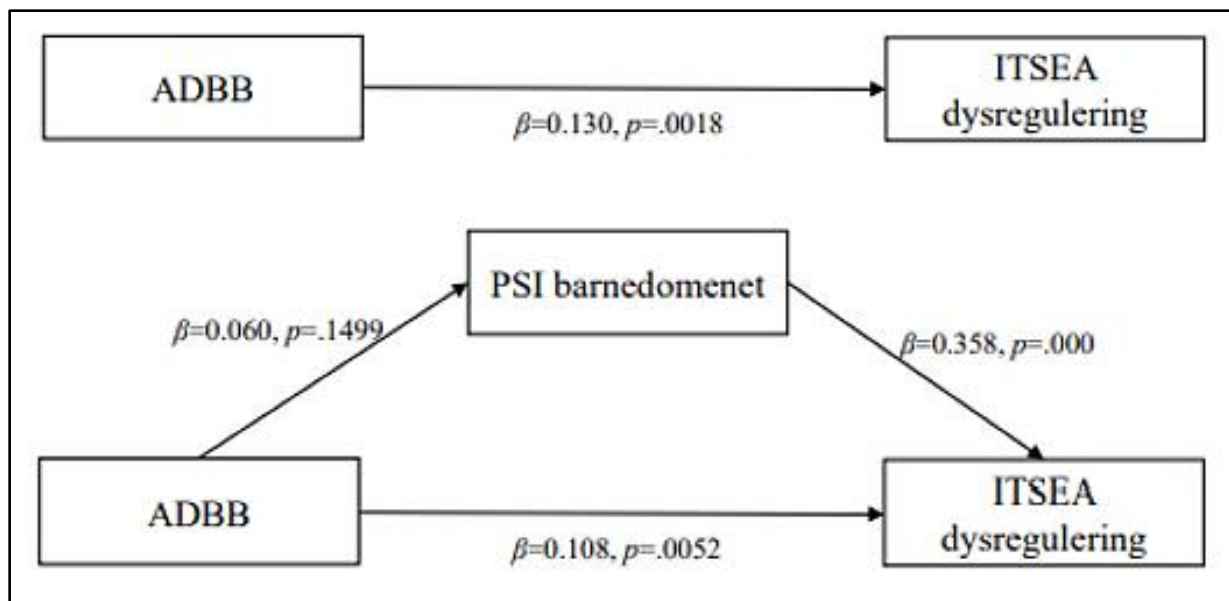


Figur 6: Justert medieringsanalyse med ADBB som uavhengig variabel, ITSEA dysregulering som avhengig variabel og PSI foreldredomenet som mediator. PSI foreldredomenet medierer ikke sammenhengen mellom ADBB og ITSEA dysregulering.

#### **Medieringsanalyse av ADBB, PSI barnedomenet og ITSEA dysregulering (n = 586).**

Heller ikke i denne analysen var den indirekte effekten av ADBB til ITSEA dysregulering gjennom PSI barnedomenet signifikant forskjellig fra 0 i hverken den ujusterte ( $\beta = .021$ , 95% *bootstrap CI* [-0.008, 0.051]) eller den justerte analysen ( $\beta = .021$ , 95% *bootstrap CI* [-0.011, 0.053]). I undersøkelser av de ulike elementene i den indirekte effekten, kom det frem at sammenhengen mellom ADBB og PSI barnedomenet ikke var signifikant i noen av analysene (ujustert:  $\beta = .061$ ,  $p = .139$ ; justert:  $\beta = .060$ ,  $p = .150$ ). Sammenhengen mellom PSI barnedomenet og ITSEA dysregulering var signifikant i både den ujusterte ( $\beta = .351$ ,  $p = .000$ ) og den justerte analysen ( $\beta = .358$ ,  $p = .000$ ). Også den direkte effekten mellom ADBB og ITSEA dysregulering var signifikant i begge analysene (ujustert:  $\beta = .103$ ,  $p = .008$ , justert:  $\beta = .108$ ,  $p = .005$ ). Det samme gjaldt den totale effekten mellom ADBB og ITSEA dysregulering (ujustert:  $\beta = .124$ ,  $p = .003$ , justert:  $\beta = .130$ ,  $p = .002$ ). Dette betyr at sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneder og dysregulering ved 18 måneder ikke medieres av mødres foreldrestress tilknyttet karakteristikk ved barnet ved 12 måneder. Se figur 7 for den justerte medieringsanalysen med PSI barnedomenet som mediator.





Figur 7: Justert medieringsanalyse med ADBB som uavhengig variabel, ITSEA dysregulering som avhengig variabel og PSI barnedomenet som mediator. PSI barnedomenet medierer ikke sammenhengen mellom ADBB og ITSEA dysregulering.

## 4 Diskusjon

Funnene i denne oppgaven indikerer at sosial tilbaketrekning hos spedbarn ved 6 måneders alder kan predikere dysregulering ved 18 måneders alder med en liten effektstørrelse. På bakgrunn av analysene har vi ikke grunnlag for å si at sosial tilbaketrekning ved 6 måneder predikerer opplevd foreldrestress hos mødre når barna er 12 måneder gamle. Det er heller ikke grunnlag for å si at sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning og dysregulering medieres av mødrenes opplevde foreldrestress.

### 4.1 Sosial tilbaketrekning og dysregulering

Resultatene fra analysene viser at det er en svak sammenheng mellom spedbarns sosiale tilbaketrekning ved 6 måneder og barnets dysregulering ved 18 måneder. En måte å forstå denne sammenhengen på kan være at sosial tilbaketrekning fører til mindre grad av reguleringsstøtte, gjennom redusert samspill med foreldre og andre. I eksisterende litteratur er det bred anerkjennelse av at samspillet mellom barn og omsorgspersoner er viktig for utviklingen av selvreguleringen hos spedbarnet, spesielt i de første leveårene (Bowlby, 1969; Crugnola et al., 2014; Murray, 2014; Møller-Pedersen, 2010; Sroufe, 2005; Tronick, 1989; Zero to Three, 2020). Det vil si at dersom et spedbarn er sosialt tilbaketrukket, vil det gå glipp av viktige interaksjoner med foreldrene og andre omsorgsgivere, og det er gjennom disse interaksjonene og det sosiale samspillet at selvregulering læres og utvikles. Det kan derfor tenkes at dersom spedbarnet trekker seg tilbake og er unnvikende, vil ikke spedbarnet utvikle aldersadekvate reguleringssevner gjennom transaksjoner med omsorgspersonene. Dette er i tråd med både den intersubjektive og transaksjonelle forståelsen av barns utvikling, ettersom det både handler om interaksjonene som oppstår i øyeblikket og transaksjonene som skjer over tid (Sameroff, 1975; Sameroff & Chandler, 1975; Trevarthen, 1998; Trevarthen & Aitken, 2001).

En annen måte å forstå denne sammenhengen på kan være gjennom å se dysregulering som et dimensjonalt begrep, hvor sosial tilbaketrekning representerer en mer resignert og internaliserende form for dysregulering. Dette er i tråd med Keenan (2000), som trekker frem at umodulerte responser også kan fortone seg som svake og innsnevret, med lite gråt og dempede reaksjoner. Ut ifra dette kan sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning hos spedbarn ved 6 måneder og dysregulering ved 18 måneder da forstås som en endring i reguleringsatferd. Dette vil si at noen barn som benytter seg av sosial tilbaketrekning som en reguleringsstrategi i spedbarnsalder, utvikler annen reguleringsatferd som viser seg som dysregulering slik den er målt i ITSEA et år senere. I begge tilfeller dreier det seg om manglende

reguleringsevne. Slik utvikling kalles gjerne *heterotypisk kontinuitet*, og innebærer at fenomenet fremdeles er til stede, men kan manifestere seg ulikt i individet ved forskjellige aldre. Dette skiller seg fra *homotypisk kontinuitet*, hvor fenomenet opptrer på samme eller liknende måte over tid. Siden det er anerkjent at emosjonelle og atferdsmessige problemer kan tre frem tidlig (Egger & Angold, 2006), har flere forskere ønsket å undersøke stabiliteten av disse vanskene, som for eksempel Basten et al. (2016). Her ble eksternaliserende og internaliserende vansker undersøkt hos 7206 barn fra de var 1,5 til 6 år. Resultatene viste at det var svært vanskelig å predikere typen vansker ved 6 år ut fra typen vansker ved 1,5 og 3 år. Studien støtter at problematferd endrer seg i førskolealder og at heterotypisk kontinuitet er svært vanlig.

Prevalensen av sosial tilbaketrekning ( $A_{DBB} \geq 5$ ) ligger på 4%, noe som er lavere enn forventet sammenliknet med hva andre studier har funnet. Dette kan ha sammenheng med utvalgets representativitet og self-selection bias, som diskuteres under avsnittet «4.3 Styrker og svakheter» i denne oppgaven. Likevel ser man en trend i de nordiske landene (Braarud et al., 2013; Braarud & Richter, 2014; Mäntymaa et al., 2008; Puura et al., 2010) hvor sosial tilbaketrekning generelt ligger på et lavere nivå enn andre land i Europa og verden (Costa & Figueiredo, 2011; De Rosa et al., 2010; Dollberg et al., 2006; Guedeney et al., 2008; Guedeney et al., 2012; Guedeney et al., 2014; Ulak et al., 2020). Som Braarud et al. (2013) påpeker, kan dette skyldes at man i de nordiske landene har et godt utviklet helsevesen som er gratis, og god oppfølging av spedbarn og foreldre. Slike faktorer kan tenkes å bidra til at flere barn og foreldre får den helsehjelpen de trenger på et tidlig tidspunkt, noe som kan snu uheldig utvikling. Et annet viktig poeng er foreldrepermisjon, som i Norge til sammen er 12 måneder (Arbeidstilsynet, 2021). Gjennom denne ordningen er foreldrene sikret økonomisk trygghet i den første tiden, samtidig som de får mulighet til å prioritere barnet. Foreldrepermisjon kan på denne måten bidra til en mindre stressende hverdag det første året, og bedre tilknytning mellom barn og foreldre. I Norge tilbys det oppfølging av helsestasjon fra fødsel til barnet er fem år, et tilbud som nesten samtlige foreldre benytter seg av (Helsedirektoratet, 2020). Regelmessige besøk på helsestasjon gjør det mer sannsynlig at sykdom og vansker hos barnet oppdages, i tillegg er det en mulighet for foreldre å få støtte og veiledning. Alt dette kan bidra til den lave prevalensen i nordiske land.

Når man vurderer styrken på sammenhenger, er prevalensen av fenomenet en viktig betraktning å ha med seg. En korrelasjon indikerer i hvilken grad variasjonen i en variabel kan predikeres fra en annen variabel. Dersom det er lite variasjon i den ene variabelen blir prediksjonen vanskeligere. Dette betyr at fenomener som i utgangspunktet er lavfrekvente i en

normalpopulasjon vil gi svake sammenhenger (Babchishin & Helmus, 2016). Både sosial tilbaketrekning og dysregulering er vansker som viser seg hos et fåtall av barn. Dette gjenspeiles i frekvensfordelingen av ADBB og ITSEA dysregulering i denne studien, og videre i resultatene. Dette kan potensielt bidra til en underestimert sammenheng mellom sosial tilbaketrekning og dysregulering. Det at vi likevel finner en sammenheng vil samtidig styrke antakelsen om at det *er* en sammenheng mellom sosial tilbaketrekning og senere dysregulering.

## **4.2 Sosial tilbaketrekning, foreldrestress og dysregulering**

Analysene utført for å undersøke de to siste hypotesene i denne delstudien vil diskuteres i dette delkapittelet. I motsetning til våre hypoteser, har vi ikke funnet grunnlag for at sosial tilbaketrekning hos 6 måneder gamle spedbarn predikerer mødrenes foreldrestress ved 12 måneder, eller at sammenhengen mellom spedbarnas sosiale tilbaketrekning ved 6 måneder og dysregulering ved 18 måneder medieres av mødrenes opplevde foreldrestress når barna er 12 måneder. Dette er overraskende, ettersom andre studier har funnet at karakteristikk ved barnet kan påvirke foreldrenes stressnivå, og at foreldrestress kan predikere senere vansker hos barnet (Cappa et al., 2011; Neece et al., 2012).

I den ujusterte regresjonsanalysen ble det funnet en signifikant sammenheng mellom spedbarnas sosiale tilbaketrekning ved 6 måneder og mødrenes opplevde foreldrestress tilknyttet karakteristikk ved foreldrene ved 12 måneder. Denne sammenhengen var liten. Den signifikante sammenhengen forsvant da det ble kontrollert for kontrollvariablene. Dette indikerer at det ikke er en sammenheng mellom sosial tilbaketrekning hos spedbarn ved 6 måneder og mødrenes opplevde foreldrestress ved 12 måneder som er tilknyttet karakteristikk ved foreldrene, men at det heller er andre variabler undersøkt i denne delstudien som kan forklare denne sammenhengen. Hverken i den justerte eller ujusterte regresjonsanalysen ble det funnet en signifikant sammenheng mellom spedbarnas sosiale tilbaketrekning ved 6 måneder og mødrenes opplevde foreldrestress tilknyttet karakteristikk ved barnet ved 12 måneder. Sosial tilbaketrekning hos spedbarn ved 6 måneder predikerer altså ikke mødres opplevde foreldrestress ved 12 måneder i dette utvalget.

Den indirekte effekten i medieringsanalysene var hverken signifikant for den ujusterte eller justerte modellen for noen av analysene. Dette betyr at sammenhengen mellom spedbarns sosiale tilbaketrekning ved 6 måneder og dysregulering ved 18 måneder ikke medieres av mødres opplevde foreldrestress ved 12 måneder i dette utvalget. Det kan virke som at det er den manglende sammenhengen mellom spedbarns sosiale tilbaketrekning ved 6 måneder og mødrenes opplevde foreldrestress ved 12 måneder som er grunnen til dette, ettersom både sosial

tilbaketrekning hos spedbarn ved 6 måneder og mødrenes foreldrestress ved 12 måneder hadde en signifikant sammenheng med barnas dysregulering ved 18 måneder.

En mulig forklaring på hvorfor vi ikke fant en sammenheng mellom sosial tilbaketrekning hos spedbarn og mødres opplevde stress, kan være at sosial tilbaketrekning ikke medfører stress for mødrene. Sosial tilbaketrekning hos spedbarn forstås i denne oppgaven etter Guedeneys (1997) beskrivelse, som reduksjon eller fravær av positiv eller negativ atferd. Det kan tenkes at et spedbarn som trekker seg unna, gråter mindre, selvstimulerer og unnviker blikkontakt, ikke virker stressende på foreldre fordi det rett og slett er vanskeligere å oppfatte som problematisk da man muligens kan fortolke barnet som lite krevende, sammenliknet med barn som utviser mye gråt og uro (Guedeney et al., 2010). Dette støttes i forskning der man blant annet ha funnet at mødre overvurderer barnas eksternaliserende vansker, og undervurderer internaliserende vansker sammenliknet med helsepersonell (Clarke-Stewart, Allhusen, McDowell, Thelen, & Call, 2003), selv om dette ble undersøkt hos eldre barn enn i denne delstudien. Det mangler studier på dette hos sped- og småbarn, og det er behov for mer forskning på foreldres forståelse av ulike typer spedbarnsproblematikk, og hvordan dette henger sammen med opplevd foreldrestress.

En alternativ tolkning kan være at sosial tilbaketrekning hos spedbarn kommer som en følge av foreldrestress, for så at barnets sosiale tilbaketrekning fører til en reduksjon i foreldrestress siden et sosialt tilbaketrukket barn har færre tydelige signaler på egne behov. Et eksempel som kan støtte denne hypotesen er studien til Cappa et al. (2011), som gjennom en Cross-lagged panel analysis fant at foreldrestress kan predikere barns mestringskompetanse. Spesielt hadde barn av foreldre med økt rapportert stress større vansker med interpersonlige og sosiale krav, problemer med målrettet aktivitet og vansker med å finne løsninger i emosjonelt krevende situasjoner. Det kan derfor tenkes at foreldrestress kan påvirke utvikling av spedbarns mestringsstrategier i en maladaptiv retning, som for eksempel sosial tilbaketrekning. En mulig vei for denne mekanismen kan være gjennom foreldrestress sin sammenheng med foreldreatferd. Det er lite empiri som viser en direkte sammenheng mellom foreldrestress og sosial tilbaketrekning. Mer forskning er gjort på sammenhengen mellom depresjon hos mødre og sosial tilbaketrekning hos spedbarn, og kanskje kan deler av dette belyse denne alternative tolkningen, ettersom det kan virke som foreldrestress og depresjon kan føre til liknende typer foreldreatferd. Foreldre som opplever økt stress rapporterer strengere disiplin, har lavere forventninger til barnet, uttrykker mindre omsorgsatferd overfor barnet (Anthony et al., 2005) og er mindre sensitive overfor barnet (Pereira et al., 2012). Tegn til liknende type foreldreatferd

er funnet hos mødre med depresjon som den beskrevet ved foreldrestress (Gelfand & Teti, 1990). Forskningen antyder at depresjon hos foreldre er en risikofaktor for økt sosial tilbaketrekning hos spedbarn (Field, 1984; Matthey, Guedeney, Starakis, & Barnett, 2005; Moe, Braarud, et al., 2016; Mäntymaa et al., 2008). Det kan altså hende at deler av denne sammenhengen mellom depresjon hos mødre og spedbarns sosiale tilbaketrekning kan forklares gjennom foreldrestil og -atferd. Det kan tenkes at den overlappende atferden hos foreldre med økt foreldrestress kan bidra til en liknende sammenheng med sosial tilbaketrekning hos spedbarn. Med dette sagt, er det viktig å nevne at det er flere aspekter ved foreldres depresjon og relasjonene i forelder-barn dyaden som kan være bidragsytende til denne sammenhengen, for eksempel genetisk predisposisjon (Guedeney, 2007). Samtidig eksisterer det funn fra eksperimentelle studier gjort på friske forelder-barn dyader som kan være interessante i denne sammenheng, som for eksempel still-face-paradigmet (Tronick, Als, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978). Som nevnt i innledningen har man sett at selv korte interaksjoner utløser sterkt ubehag hos spedbarnet, der barnets atferd kan minne om det man ser ved sosial tilbaketrekning (Cohn et al., 1986; Cohn & Tronick, 1983). Moe og Braarud et al. (2016) antyder at slikt samspill kan føre til forstyrret utvikling ved vedvarende eksponering.

Ettersom økt foreldrestress kan være en risikofaktor for økt grad av maladaptiv foreldreatferd og oppdragelse (Anthony et al., 2005; Deater-Deckard, 1998; Pereira et al., 2012; Rodgers, 1998), kan det tenkes at foreldrestress kan føre til sosial tilbaketrekning, gjennom for eksempel manglende sensitivitet overfor spedbarnet. Funnene til Crnic et al. (1983) kan være med å støtte denne mulige forklaringen. De så at mødre som opplevde økt grad av stress var mindre sensitive for spedbarnets tegn i samspillsobservasjon. Det er viktig å nevne at ettersom denne studien kun benyttet én observasjon per dyade kan man ikke si noe om årsakssammenhengen. De fant blant annet at spedbarna til disse mødrene hadde mindre tydelige tegn, noe som gjorde det vanskeligere for mødrene å fange dem opp. At sosial tilbaketrekning kommer som en respons på foreldrestress er dog kun én mulig forklaring på den manglende sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning og foreldrestress i denne delstudien. Oss bekjent er det ingen per dags dato som har undersøkt en mulig sammenheng mellom foreldrestress sin påvirkning på sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder, eller hvordan foreldrestil kan påvirke sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder. Dette temaet kan ha potensiale for videre forskning.

Med tanke på at det ikke ble funnet en sammenheng mellom sosial tilbaketrekning hos spedbarn ved 6 måneder og mødres foreldrestress ved 12 måneder, er det ikke overraskende at det ikke ble funnet at mødrene opplevde foreldrestress ved 12 måneder medierer

sammenhengen mellom spedbarns sosiale tilbaketrekning ved 6 måneder og barnets dysregulering ved 18 måneder. Denne hypotesen ble dannet med utgangspunkt i transaksjonsmodellen, der spedbarnet og forelderen påvirker hverandre gjensidig og utvikles gjennom vedvarende dynamiske interaksjoner over tid (Sameroff, 2009). Resultatene manglende grunnlag for en transaksjonell forståelse av sammenhengen mellom spedbarns sosiale tilbaketrekning ved 6 måneder og dysregulering ved 18 måneder, trenger ikke å bety at det ikke eksisterer. Med bakgrunn i at barns utvikling er avhengig av transaksjoner med miljøet rundt seg (Murray, 2014), vil det være naturlig å tenke at det kan være andre aspekter ved omsorgsgiver enn foreldrestress som kan mediere denne sammenhengen. Dette kan for eksempel være andre former for foreldreatferd, uhensiktsmessig foreldrestil eller psykiske lidelser, som igjen vil kunne påvirke forelderens emosjonelle tilgjengelighet, responsivitet og kontingente responser, som alle er viktige for spedbarnets utvikling av reguleringsatferd (Sroufe, 1997). De nevnte faktorene kan derfor tenkes å påvirke sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning og dysregulering som er undersøkt i denne delstudien. Et aspekt av foreldreatferd som kan være interessant å undersøke videre er omsorgsgivers evne til mentalisering av seg selv og barnet. Det vil si evnen til å identifisere og forstå de mentale og emosjonelle tilstandene som er med å påvirke atferden til både seg selv og barnet (Fonagy, 2006). Ettersom barns evne til mentalisering utvikles i samspill med andre, blant annet gjennom foreldrenes evne til mentalisering (Fonagy, 2006), samt at evnen til å gjenkjenne og forstå egne mentale og emosjonelle tilstander er en viktig del av utviklingen av evnen til selvregulering (Hart & Schwartz, 2009), kan det tenkes at mødres evne til å mentalisere kan mediere en sammenheng mellom sosial tilbaketrekning og dysregulering. Det er blant annet vist at mødre i risikogruppe som har fått en mentaliseringsbasert intervensjon utvikler bedre mor-barn interaksjoner etter 12 måneder sammenlignet med mødre i risikogruppe som fikk en psykoedukativ intervensjon (Suchman et al., 2017).

I den justerte analysen av spedbarns sosiale tilbaketrekning ved 6 måneder og mødrenes opplevde foreldrestress ved 12 måneder som er tilknyttet karakteristikkene ved foreldrene, var det kun mødrenes utdanning som hadde en signifikant sammenheng med mødrenes opplevde foreldrestress. Denne sammenhengen var negativ. Mødre med høyere utdanning hadde altså mindre sannsynlighet for høye skårer av foreldrestress der de opplevde at kilden til stresset skyldes egne karakteristikkene. Dette samsvarer med tidligere studier som har sett at utdanningsnivå hos mødre kan virke som en beskyttelsesfaktor på foreldrestress (for eksempel Deater-Deckard & Scarr, 1996). Kun gestasjonsalderen til barnet hadde en signifikant

sammenheng med mødrenes opplevde foreldrestress tilknyttet karakteristikker ved barnet ved 12 måneder. Sammenhengen var negativ, noe som betyr at desto tidligere barnet ble født, desto større sannsynlighet var det for at mor opplevde stress tilknyttet karakteristikker ved spedbarnet. Dette var å forvente da det tidligere er vist en sammenheng mellom prematuritet og foreldrestress (Schappin et al., 2013). Det er viktig å nevne at prematuritet eller gestasjonsalder i seg selv ikke nødvendigvis er kilden til foreldrestress, men er en komplikasjon rundt fødselen som kan føre til andre risikofaktorer som kan påvirke stressnivået hos en forelder, for eksempel lav fødselsvekt eller andre komplikasjoner ved barnet (Schappin et al., 2013).

### **4.3 Styrker og svakheter**

Oppgavens longitudinelle design sees på som en styrke i delstudien, da man slik kan få et innblikk i hvordan transaksjoner mellom mødre og barn utvikles over tid. Dette medfører at sammenhengene som etableres har en kronologisk rekkefølge, og at man kan bruke tidlige mål til å predikere senere utvikling, noe som står i motsetning til krysseksjonelle design hvor man ikke har datagrunnlag for å predikere.

En annen styrke ved denne delstudien er at den har et multimetodedesign. Dataene for sosial tilbaketrekning, foreldrestress og dysregulering er i denne delstudien samlet inn ved bruk av ulike målemetoder og ulike informanter. Sosial tilbaketrekning er målt ved observasjon utført av forskningsassistenter, foreldrestress er målt ved selvrappport via spørreskjema og dysregulering er målt ved spørreskjema besvart av foreldre. At analysene her baseres på både observasjonsdata fra forskningsassistenter og spørreskjema fra foreldre anses som en metodisk styrke ved studien, da man unngår feilvariansen som kan oppstå dersom man bruker samme informasjonskilde og -metode – for eksempel ved kun foreldrerapport via spørreskjema. Dette kan også være med på å forklare hvorfor sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning og dysregulering ikke er like sterk som vi kunne fått dersom det ble brukt felles målemetode og informant. Samtidig styrker det tilliten til estimatene, og at disse representerer faktiske sammenhenger.

I tillegg vurderes valget av måleinstrumenter som en styrke. Både PSI og ITSEA er godt validerte instrumenter som er mye brukt innen forskning og klinikk (Abidin, 1995; Briggs-Gowan & Carter, 2006; Carter et al., 2003). Sammenliknet med de andre måleinstrumentene, er ADBB i mindre grad testet ut. Samtidig er resultatene fra studier gjort i flere land lovende (Braarud et al., 2013; Guedeney & Fermanian, 2001; Guedeney et al., 2013; Lopes, Ricas, & Mancini, 2008; Matthey et al., 2005; Moe, Braarud, et al., 2016; Puura et al., 2010), og instrumentet er anbefalt til bruk i BUP (Heian, 2019)



Deltakerne i Liten i Norge ble invitert til å delta fra ni helsestasjoner på forskjellige geografiske punkter i Norge (Moe et al., 2019). Ettersom de fleste gravide kvinner i Norge får oppfølging på en helsestasjon i løpet av graviditeten, øker dette sannsynligheten for at man fikk spurt de fleste gravide i de geografiske områdene man hadde valgt seg ut. Ca. 50% av de som ble invitert takket ja til deltakelse i studien. Det at utvalget stammer fra forskjellige geografiske punkter i Norge sees på som en styrke med tanke på representativiteten. Utvalgets størrelse og at det er hentet fra en normalpopulasjon sees på som positivt, og styrker generaliserbarheten til funnene i delstudien. Med tanke på at det er gjort få studier på ADBB med et utvalg i denne størrelsesorden, kan man si at dette er et viktig bidrag til fagfeltet. Det at utvalget stammer fra en normalpopulasjon og ikke en klinisk populasjon er med å bidra til dette. Med tanke på at det er lettere å finne en signifikant sammenheng i større populasjoner, gir utvalgets størrelse våre nullfunn mer tyngde.

Vi vet lite om forskjellene mellom de som valgte å delta i LiN-studien mot de som takket nei, noe som kan gi opphav til skjevheter i estimatene. Som ved de fleste kohort-studier er det en risiko for at ressurssterke og friske deltagere i større grad takker ja til å bli med, og dermed blir overrepresentert sammenliknet med befolkningsgrupper med større utfordringer i hverdagen, som i mindre grad kan prioritere forskningsdeltagelse. Slike tendenser kan skape skjevheter i utvalget, såkalt «self-selection bias». Samtidig er det vist at «self-selection bias» først og fremst påvirker prevalensestimater, og at assosiasjoner mellom variabler i liten grad blir affisert av slike skjevheter i utvalget i longitudinelle studier (Nilsen et al., 2009).

Et beslektet fenomen som også kan påvirke generaliserbarheten til funnene er selektivt frafall. Frafallsanalysene indikerer at gruppen som falt fra har enkelte statistisk signifikante forskjeller sammenliknet med gruppen mor-barn dyader som er inkludert i denne delstudien. Gruppen som falt fra hadde signifikant lavere utdannelse og barna hadde signifikant høyere skårer på ADBB, noe som kan begrense generaliserbarheten til funnene. Det ble ikke funnet en signifikant forskjell mellom foreldrestress, mors alder, barnets kjønn eller gestasjonsalder. Forskjellene vi fant kan ha påvirket den manglende sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning hos spedbarn i 6 måneders alder og mødres opplevde foreldrestress ved 12 måneder. Utdanningsnivå er vist å være en beskyttende faktor for foreldrestress (Deater-Deckard, 1998). At det ble funnet en signifikant forskjell i utdanningsnivå kan derfor ha påvirket vår delstudies resultater. Det er mulig at mødrene til de barna som falt fra opplevde en større grad av foreldrestress, noe som igjen kan ha gjort at de ikke hadde kapasitet til å følge opp studien.

Et metodisk problem tilknyttet screeningverktøy som ADBB er at man ikke har mulighet til å vite årsaken til problemet bak høye skårer. Dette vil kunne føre til en stor heterogenitet innad i gruppen med høye skårer, som igjen kan være tilknyttet ulike prognoser og er assosiert med ulike faktorer. En svakhet ved selvrapport som vi benytter oss av i PSI er at det kan være sensitivt for biaser hos mødre. Det kan tenkes at holdninger om at mødre ikke skal oppleve stress tilknyttet det å være forelder kan gjøre at de svarer mindre sant, og at man på den måten får lavere skårer enn realiteten. ITSEA kan både gjennomføres som intervju eller spørreskjema. En ulempe med å benytte seg av ITSEA som spørreskjema, slik det er gjort i vår delstudie, kan tenkes å være at man i større grad er avhengig av hvordan foreldrene tolker barnets atferd. Samtidig er begge disse spørreskjemaene vel validerte metoder, og det er liten grunn til å tro at det er større innslag av feilrapportering i vårt utvalg enn i andre.

## **4.4 Kliniske implikasjoner og fremtidig forskning**

### **4.4.1 Kliniske implikasjoner**

Resultatene fra denne studien indikerer at sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder vil kunne påvirke utvikling av evnen til regulering et år senere. Dette vil bety at helsepersonell som arbeider med barn med sosialt tilbaketrekkende atferd bør ha i mente at atferden kan føre til vedvarende vansker, og at man bør være forsiktig med holdninger om at dette går over av seg selv når barnet blir eldre. Funnet i denne studien underbygger at man bør ta slike vansker på alvor, og utrede ytterligere. Videre gir det kunnskap som kan brukes i arbeid for å tilrettelegge for tidlig intervensjon rettet mot vansker med dysregulering og sosial tilbaketrekning.

En annen interessant del med funnene i denne oppgaven er den manglende sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning og foreldrestress. Dette kan antyde at foreldrene ikke blir stresset av slik atferd, noe som er bekymringsfullt. Dersom det er slik at foreldre ikke legger merke til eller bekymrer seg over en slik avvikende atferd, betyr dette at helsetjenesten har et viktig ansvar i å utrede barn for disse vanskene.

Ettersom ADBB er et screeningverktøy som krever lite ressurser og kan gjøres under vanlige kontroller ved helsestasjoner, mener vi at dette bør vurderes implementert ved helsestasjonene, forutsatt videre validering av metoden på norske forhold. Dette vil i så fall være i tråd med kost-nytte-aspektet ettersom det koster lite, og at det kan ha betydning for senere utvikling. Sammenhengen mellom tidlig intervensjon ved sosial tilbaketrekning og videre utvikling bør undersøkes nærmere for å danne et grunnlag for forebyggende tiltak for sped- og småbarn. På denne måten kan det settes inn ressurser som gir barnet så gode som mulige vilkår for videre utvikling. I beste fall kan man snu trenden og hindre utvikling av senere

psykopatologi, som naturligvis er et gode for individet og pårørende. Det å intervensere tidlig vil i tillegg kunne spare samfunnet for kostnader knyttet til senere behandling.

#### **4.4.2 Fremtidig forskning**

I denne delstudien ble det funnet en sammenheng mellom sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder og barnets evne til å regulere seg selv et år senere. Det er fremdeles mye uvisst om denne sammenhengen. Selv om delstudien ikke fant grunnlag for å si at mødrenes foreldrestress medierer sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning ved 6 måneder og dysregulering ved 18 måneder, kan det være naturlig å tenke at sosial tilbaketrekning hos spedbarn og senere dysregulering medieres av andre karakteristikk ved foreldrene. Vi foreslår at det bør undersøkes om foreldrenes mentalisering kan mediere sammenhengen, muligens også psykiske lidelser, hvor tilgjengelige de er emosjonelt og hvor gode de er til å respondere kontingent på barnets tegn. At vi ikke fant at foreldrestress medierer sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder og senere dysregulering betyr ikke at denne sammenhengen er fraværende i andre populasjoner. Dette kan være nyttig å undersøke nærmere.

I denne oppgaven ser vi kun på sammenhengen etter ett år, det vil derfor være interessant å se om sammenhengen som ble funnet mellom sosial tilbaketrekning og dysregulering også vedvarer over lengre tid, samt om denne sammenhengen kan påvirke videre vansker etter hvert som barnet blir eldre – også inn i voksenalder.

Et annet potensielt interesseområde er å undersøke om foreldrestress eller annen foreldreatferd predikerer sosial tilbaketrekning i spedbarnsalder, og en eventuell toveissammenheng. Å se på foreldres forståelse av ulike typer spedbarsproblematikk og hvordan dette henger sammen med opplevd foreldrestress kan være interessant, og vil kunne bidra til en bredere forståelse av hvorfor det ikke ble funnet en sammenheng mellom sosial tilbaketrekning og foreldrestress i denne delstudien. Alt dette vil kunne gi et bedre innblikk i hvordan normalvariasjon blant foreldre vil kunne påvirke sosial tilbaketrekning i løpet av den tidlige utviklingen.

## 5 Konklusjon

I denne oppgaven ble det funnet en sammenheng mellom sosial tilbaketrekning hos 6 måneder gamle spedbarn og vansker knyttet til dysregulering da de var 18 måneder gamle. Denne sammenhengen er liten.

Det ble ikke funnet en sammenheng mellom spedbarns sosiale tilbaketrekning ved 6 måneder og mødres opplevde foreldrestress ved 12 måneder. Det ble heller ikke funnet at sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning hos spedbarn ved 6 måneder og deres dysregulering ved 18 måneder medieres av mødrenes foreldrestress ved 12 måneder. Det er grunn til å tro at dette skyldes den manglende sammenheng mellom sosial tilbaketrekning og foreldrestress, ettersom både mødrenes foreldrestress ved 12 måneder og sosial tilbaketrekning hos spedbarn ved 6 måneder virker å predikere barnets dysregulering ved 18 måneder. Det er flere måter å forstå denne manglende sammenhengen på. Én kan være at spedbarns sosiale tilbaketrekning ved 6 måneder ikke medfører foreldrestress hos mødre ved 12 måneder. En annen mulig forklaring kan være at sammenhengen går motsatt vei, altså at foreldrestress før 6 måneder kan predikere sosial tilbaketrekning ved 6 måneder. Til slutt er det mulig at sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning hos spedbarn ved 6 måneder og barnets dysregulering ved 18 måneder medieres av andre karakteristikk ved foreldrene enn foreldrestress, for eksempel forelderens evne til mentalisering. Dette er riktig nok kun hypoteser og må undersøkes videre. Selv om det ikke ble funnet grunnlag for en transaksjonell forståelse mellom sosial tilbaketrekning, foreldrestress og dysregulering behøver ikke det å bety at en slik sammenheng ikke eksisterer. Det kan hende at det er andre karakteristikk ved foreldrene enn foreldrestress som medierer sammenhengen mellom sosial tilbaketrekning og dysregulering.

Spedbarn som har vansker med sosial tilbaketrekning kan gå glipp av nødvendige samspill med omsorgsgivere og andre i miljøet som er viktig for utvikling av regulering. Denne gruppen barn er sårbare for å bli oversett da de i liten grad bruker gråt eller uro for å signalisere sine behov og de initierer i liten grad direkte kontakt med sine omgivelser. Det at atferden er vist å ha sammenheng med nettopp omgivelser som i liten grad er oppmerksomme på spedbarnet (Clarke-Stewart et al., 2003; Mäntymaa et al., 2008), bidrar til en forhøyet risiko for at vanskene ikke oppdages. At det ikke ble funnet en sammenheng med spedbarns sosiale tilbaketrekning og foreldrestress kan kanskje forstås i lys av dette. Derfor er det viktig å få en bedre forståelse av hvilke fremtidige følger et slikt atferdsmønster kan ha, slik at man kan få en bedre forståelse for hvordan man kan lage målrettede intervensjoner.

Det finnes flere faktorer ved foreldre og spedbarn som predikerer dysregulering (Keenan, 2000; NICHD, 2004). Selv om effektstørrelsen er liten, tilsier funnene i denne oppgaven at sosial tilbaketrekning kan være én av dem. Det kan derfor tenkes at helsepersonell som møter barn med sosial tilbaketrekkende atferd bør ha i mente at dette kan føre til senere vansker, og undersøke eventuelle andre risikofaktorer hos barnet eller familien.

## 6 Kilder

- Abidin, Richard R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of clinical child psychology, 21*(4), 407-412. doi: [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104\\_12](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12)
- Abidin, Richard R. (1995). *Parenting stress index. Professional manual* (3 utg.). Odessa, FL: Psychological Assesment Resources, Inc.
- Ainsworth, Mary, & Bowlby, John. (1991). An ethological approach to personality development. *American psychologist, 46*(4), 333. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Ainsworth, Mary D Salter, & Bell, Silvia M. (1974). Mother-infant interaction and the development of competence.
- Ainsworth, Mary DS, Blehar, Mary, Waters, Everett, & Wall, Sally. (1978). *Patterns of attachment*: Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, Marilee C. (2008). Neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Current opinion in neurology, 21*(2), 123-128. doi: <https://doi.org/10.1097/WCO.0b013e3282f88bb4>
- Althoff, Robert R, Verhulst, Frank C, Rettew, David C, Hudziak, James J, & van der Ende, Jan. (2010). Adult outcomes of childhood dysregulation: a 14-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(11), 1105-1116. e1101. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.006>
- Anthony, Laura Gutermuth, Anthony, Bruno J, Glanville, Denise N, Naiman, Daniel Q, Waanders, Christine, & Shaffer, Stephanie. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice, 14*(2), 133-154. doi: <https://doi.org/10.1002/icd.385>
- APA. (2021). Parenting Stress Index. Lastet ned fra <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/parenting-stress>

Arbeidstilsynet. (2021). Foreldrepermisjon. Lastet ned fra

<https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/permisjoner/foreldrepermisjon/>

Babchishin, Kelly M, & Helmus, Leslie-Maaike. (2016). The influence of base rates on correlations:

An evaluation of proposed alternative effect sizes with real-world data. *Behavior research methods*, 48(3), 1021-1031. doi: <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0627-7>

Barroso, Nicole E, Mendez, Lucybel, Graziano, Paulo A, & Bagner, Daniel M. (2018). Parenting stress through the lens of different clinical groups: A systematic review & meta-analysis.

*Journal of abnormal child psychology*, 46(3), 449-461. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0313-6>

Barry, Tammy D, Dunlap, Sarah T, Cotten, Sarah J, Lochman, John E, & Wells, Karen C. (2005). The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(3), 265-273. doi:

<https://doi.org/10.1097/00004583-200503000-00011>

Basten, Maartje, Tiemeier, Henning, Althoff, Robert R, van de Schoot, Rens, Jaddoe, Vincent WV, Hofman, Albert, . . . van der Ende, Jan. (2016). The stability of problem behavior across the

preschool years: an empirical approach in the general population. *Journal of abnormal child psychology*, 44(2), 393-404. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-015-9993-y>

Belsky, Jay, Rovine, Michael, & Fish, Margaret. (2014). The developing family system. *Systems and development*, 22, 119-166.

Bernier, Annie, Beauchamp, Miriam H, Bouvette-Turcot, Andrée-Anne, Carlson, Stephanie M, &

Carrier, Julie. (2013). Sleep and cognition in preschool years: Specific links to executive functioning. *Child development*, 84(5), 1542-1553. doi: <https://doi.org/10.1111/cdev.12063>

Bernier, Annie, Carlson, Stephanie M, Bordeleau, Stéphanie, & Carrier, Julie. (2010). Relations

between physiological and cognitive regulatory systems: Infant sleep regulation and subsequent executive functioning. *Child development*, 81(6), 1739-1752. doi:

<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01507.x>

- Bohlin, Gunilla, & Hagekull, Berit. (2009). Socio-emotional development: From infancy to young adulthood. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(6), 592-601. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00787.x>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Breeman, Linda D, Jaekel, Julia, Baumann, Nicole, Bartmann, Peter, Bäuml, Josef G, Avram, Mihai, . . . Wolke, Dieter. (2018). Infant regulatory problems, parenting quality and childhood attention problems. *Early human development*, 124, 11-16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.07.009>
- Briggs-Gowan, Margaret J, & Carter, Alice S. (2006). Infant-toddler social and emotional assessment examiners manual. *PsychCorp: Harcourt Assessment, San Antonio, TX*.
- Briggs-Gowan, Margaret J, Carter, Alice S, Bosson-Heenan, Joan, Guyer, Amanda E, & Horwitz, Sarah M. (2006). Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(7), 849-858. doi: <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000220849.48650.59>
- Braarud, Hanne C. (2020). Samspill mellom to måneder gamle spedbarn og omsorgsgiver. Er spedbarnet en aktiv samtalepartner? I Vibeke Moe, Kari Slinning & Marit Bergum Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (7 utg., s. 137-170). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Braarud, Hanne C, Slinning, Kari, Moe, Vibeke, Smith, Lars, Vannebo, Unni Tranaas, Guedeney, Antoine, & Heimann, Mikael. (2013). Relation between social withdrawal symptoms in full-term and premature infants and depressive symptoms in mothers: a longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 532-541. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.21414>



- Braarud, Hanne Cecilie, & Richter, Jörg. (2014). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Alarm Distress Baby Scale (ADBB). doi: <http://hdl.handle.net/11250/2386077>
- Bråten, Stein, & Trevarthen, Colwyn. (2007). From infant intersubjectivity and participant. *On being moved: From mirror neurons to empathy*, 68, 21.
- Cappa, Kimberly A, Begle, Angela Moreland, Conger, Judith C, Dumas, Jean E, & Conger, Anthony J. (2011). Bidirectional relationships between parenting stress and child coping competence: Findings from the PACE study. *Journal of child and family studies*, 20(3), 334-342. doi: <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9397-0>
- Carr, Alan. (2015). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*: Routledge.
- Carter, Alice S, Briggs-Gowan, Margaret J, Jones, Stephanie M, & Little, Todd D. (2003). The infant-toddler social and emotional assessment (ITSEA): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of abnormal child psychology*, 31(5), 495-514. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1025449031360>
- Clarke-Stewart, K Alison, Allhusen, Virginia D, McDowell, David J, Thelen, Luke, & Call, Justin D. (2003). Identifying psychological problems in young children: How do mothers compare with child psychiatrists? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 23(6), 589-624.
- Cohn, Jeffrey F, Matias, Reinaldo, Tronick, Edward , Connell, David, & Lyons-Ruth, Karlen. (1986). Face-to-Face Interactions of Depressed Mothers and Their Infants. I Edward Z. Tronick & Tiffany Field (Red.), *Maternal Depression and Infant Disturbance* (Vol. 34). San Francisco: The Jossey-Bass social and behavioral sciences series.
- Cohn, Jeffrey F, & Tronick, Edward Z. (1983). Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child development*, 185-193. doi: <https://doi.org/10.2307/1129876>
- Conrad, Amy L, Richman, Lynn, Lindgren, Scott, & Nopoulos, Peg. (2010). Biological and environmental predictors of behavioral sequelae in children born preterm. *Pediatrics*, 125(1), e83-e89. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0634>

- Cook, Fallon, Giallo, Rebecca, Hiscock, Harriet, Mensah, Fiona, Sanchez, Katherine, & Reilly, Sheena. (2019). Infant regulation and child mental health concerns: a longitudinal study. *Pediatrics*, 143(3). doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0977>
- Costa, Raquel, & Figueiredo, Bárbara. (2011). Infant's psychophysiological profile and temperament at 3 and 12 months. *Infant Behavior and Development*, 34(2), 270-279. doi: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.01.002>
- Cousino, Melissa K, & Hazen, Rebecca A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *Journal of pediatric psychology*, 38(8), 809-828. doi: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>
- Crnic, Keith A, & Greenberg, Mark T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child development*, 61(5), 1628-1637. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1990.tb02889.x>
- Crnic, Keith A, Greenberg, Mark T, Ragozin, Arlene S, Robinson, Nancy M, & Basham, Robert B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child development*, 209-217. doi: <https://doi.org/10.2307/1129878>
- Crnic, Keith, & Ross, Emily. (2017). Parenting stress and parental efficacy. I *Parental stress and early child development* (s. 263-284): Springer.
- Crugnola, Cristina Riva, Ierardi, Elena, Gazzotti, Simona, & Albizzati, Alessandro. (2014). Motherhood in adolescent mothers: Maternal attachment, mother–infant styles of interaction and emotion regulation at three months. *Infant Behavior and Development*, 37(1), 44-56. doi: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.12.011>
- de Paula Eduardo, Juliana Arantes Figueiredo, de Rezende, Marcos Gonçalves, Menezes, Paulo Rossi, & Del-Ben, Cristina Marta. (2019). Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 259, 392-403. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.069>
- De Pauw, Sarah. (2015). Childhood Personality and Temperament. I Thomas A. Widiger (Red.), *The Oxford handbook of the five factor model of personality*. New York, NY: Oxford University Press.

- De Rosa, Emilia, Curró, Vincenzo, Wendland, Jaqueline, Maulucci, Silvia, Maulucci, Maria Lucia, & De Giovanni, Livia. (2010). Psychometric properties of the Alarm distress Baby Scale (ADBB) applied to 81 Italian children. *Devenir*, 22(3), 209-223. doi: <https://doi.org/10.3917/dev.103.0209>
- Deater-Deckard, Kirby. (2004). *Parenting Stress*. New Haven: New Haven: Yale University Press.
- Deater-Deckard, Kirby, & Scarr, Sandra. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences? *Journal of Family Psychology*, 10(1), 45. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0893-3200.10.1.45>
- Deater-Deckard, Kirby. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical psychology: Science and practice*, 5(3), 314-332. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>
- Delobel-Ayoub, Malika, Kaminski, Monique, Marret, Stéphane, Burguet, Antoine, Marchand, Laetitia, Sylvie, N, . . . Arnaud, Catherine. (2006). Behavioral outcome at 3 years of age in very preterm infants: the EPIPAGE study. *Pediatrics*, 117(6), 1996-2005. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2310>
- Dollberg, Daphna, Feldman, Ruth, Keren, Miri, & Guedeney, Antoine. (2006). Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and nonreferred infants. *Infant mental health journal*, 27(3), 292-309. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.20093>
- Duniz, M, Scheer, PJ, Trojovský, A, Kaschnitz, W, Kvas, E, & Macari, S. (1996). Changes in psychopathology of parents of NOFT (non-organic failure to thrive) infants during treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5(2), 93-100. doi: <https://doi.org/10.1007/BF01989501>
- Egger, Helen Link, & Angold, Adrian. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 313-337. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x>
- Enlow, Michelle Bosquet, Kitts, Robert L, Blood, Emily, Bizarro, Andrea, Hofmeister, Michelle, & Wright, Rosalind J. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional

- reactivity and emotion regulation. *Infant Behavior and Development*, 34(4), 487-503. doi: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.07.007>
- Erickson, Sarah J, MacLean, Peggy, Duvall, Susanne Woolsey, & Lowe, Jean R. (2013). Screening for dysregulation among toddlers born very low birth weight. *Infants & Young Children*, 26(3), 213-224. doi: <https://doi.org/10.1097/IYC.0b013e31829307b1>
- Field, Andy. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th edition. utg.). Los Angeles: SAGE.
- Field, Tiffany, Healy, Brian T, Goldstein, Sheri, & Guthertz, Moshe. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental psychology*, 26(1), 7. doi: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.26.1.7>
- Field, Tiffany M. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant behavior & development*. doi: [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(84\)80010-7](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(84)80010-7)
- Field, Tiffany, Sandberg, David, Garcia, Robert, Vega-Lahr, Nitza, Goldstein, Sheri, & Guy, Lisa. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother–infant interactions. *Developmental psychology*, 21(6), 1152. doi: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.21.6.1152>
- Fogel, Alan. (1992). Co-regulation, perception and action. *Human Movement Science*, 11(1), 505-523. doi: <https://doi.org/10.1037/10240-003>
- Fonagy, Peter. (2006). The Mentalization-Focused Approach to Social Development. I (s. 51-99). Chichester, UK: Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Fraley, Chris. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and social psychology review*, 6(2), 123-151. doi: [https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602\\_03](https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_03)
- Gelfand, Donna M, & Teti, Douglas M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical psychology review*, 10(3), 329-353. doi: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90065-I](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90065-I)
- Groh, Ashley M, Fearon, R Pasco, Bakermans-Kranenburg, Marian J, Van IJzendoorn, Marinus H, Steele, Ryan D, & Roisman, Glenn I. (2014). The significance of attachment security for

- children's social competence with peers: A meta-analytic study. *Attachment & human development*, 16(2), 103-136. doi: <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.883636>
- Guedeney, Antoine. (1997). From early withdrawal reaction to infant depression: A baby alone does exist. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 18(4), 339-349. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199724\)18:4<339::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199724)18:4<339::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-G)
- Guedeney, Antoine. (2007). Withdrawal behavior and depression in infancy. *Infant Mental Health Journal*, 28(4), 393-408. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.20143>
- Guedeney, Antoine, Doukhan, Sarah, Forhan, Anne, Heude, Barbara, & Peyre, Hugo. (2017). To which extent social withdrawal at the age of 1 year is associated with IQ at 5–6 years old? Results of the EDEN mother–child cohort. *European child & adolescent psychiatry*, 26(11), 1343-1350. doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0988-9>
- Guedeney, Antoine, & Fermanian, Jacques. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(5), 559-575. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.1018>
- Guedeney, Antoine, Foucault, Christophe, Bougen, Eva, Larroque, Beatrice, & Mentré, France. (2008). Screening for risk factors of relational withdrawal behaviour in infants aged 14–18 months. *European Psychiatry*, 23(2), 150-155. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.07.008>
- Guedeney, Antoine, Marchand-Martin, Laetitia, Cote, Sylvana J, & Larroque, Béatrice. (2012). Perinatal risk factors and social withdrawal behaviour. *European child & adolescent psychiatry*, 21(4), 185-191. doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0250-4>
- Guedeney, Antoine, Matthey, Stephen, & Puura, Kaija. (2013). Social withdrawal behavior in infancy: a history of the concept and a review of published studies using the Alarm Distress baby scale. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 516-531. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.21412>

- Guedeney, Antoine, Moe, Vibeke, Puura, Kaija, Mäntymaa, Mirjami, & Tamminen, Tuula. (2010). Sosial tilbaketrekning i spedbarnsalderen. I Vibeke Moe, Kari Slinning & Marit Bergum Hansen (Red.), *Håndbok i sped-og småbarns psykiske helse*: Gyldendal akademisk.
- Guedeney, Antoine, Pingault, Jean-Baptiste, Thorr, Antoine, & Larroque, Beatrice. (2014). Social withdrawal at 1 year is associated with emotional and behavioural problems at 3 and 5 years: the Eden mother-child cohort study. *European child & adolescent psychiatry*, 23(12), 1181-1188. doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0513-8>
- Guerin, Diana Wright, Gottfried, Allen W, & Thomas, Craig W. (1997). Difficult temperament and behaviour problems: A longitudinal study from 1.5 to 12 years. *International Journal of Behavioral Development*, 21(1), 71-90. doi: <https://doi.org/10.1080/016502597384992>
- Hart, Margaret S, & Kelley, Michelle L. (2006). Fathers' and mothers' work and family issues as related to internalizing and externalizing behavior of children attending day care. *Journal of Family Issues*, 27(2), 252-270. doi: <https://doi.org/10.1177/0192513X05280992>
- Hart, Susan, & Schwartz, Rikke. (2009). Peter Fonagy, Affektregulering og mentalisering (Heikki Gröhn, Overs.). I *Fra interaksjon til relasjon* (Vol. 1, s. 205-250). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hayes, Andrew F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*: Guilford publications.
- Hediger, Mary L, Overpeck, Mary D, Ruan, W June, & Troendle, James F. (2002). Birthweight and gestational age effects on motor and social development. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 16(1), 33-46. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.2002.00393.x>
- Heian, Frode. (2019). Instrumenter til bruk i sped-og småbarnsalder. *Faglig veileder for barne-og ungdomspsykiatri*. Lastet ned fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/776ea22a935749bbade2d5b03b8f6e01/bup-med-innholdsfortegnelse-nt010719.pdf#page=57>
- Helle, Jorunn, Boonstra, J, Broch, Kirsten Runeberg, Rød, BY, & Vøllestad, J. (2017). En god sirkel. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(6), 546-557.

- Helsedirektoratet. (2020). Manglende oppmøte på helsestasjon: En kartlegging rundt uteblivelse fra konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet 0-5 år. Lastet ned fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/manglende-oppmote-pa-helsestasjon/Manglende%20oppm%C3%B8te%20p%C3%A5%20helsestasjon.pdf/\\_attachme nt/inline/c78b36f6-d5bc-4803-bd26-817d0e0874a3:d9bc70f2162ad344a3cd74076c740d0bdd71238a/Manglende%20oppm%C3%B8te%20p%C3%A5%20helsestasjon.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/manglende-oppmote-pa-helsestasjon/Manglende%20oppm%C3%B8te%20p%C3%A5%20helsestasjon.pdf/_attachme nt/inline/c78b36f6-d5bc-4803-bd26-817d0e0874a3:d9bc70f2162ad344a3cd74076c740d0bdd71238a/Manglende%20oppm%C3%B8te%20p%C3%A5%20helsestasjon.pdf)
- Hemmi, Mirja Helen, Wolke, Dieter, & Schneider, Silvia. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Archives of disease in childhood*, 96(7), 622-629. doi: <https://doi.org/10.1136/adc.2010.191312>
- Herzog, David B, & Rathbun, Jennifer M. (1982). Childhood depression: Developmental considerations. *American Journal of Diseases of Children*, 136(2), 115-120. doi: <https://doi.org/10.1001/archpedi.1982.03970380027007>
- Howard, Louise M, Molyneaux, Emma, Dennis, Cindy-Lee, Rochat, Tamsen, Stein, Alan, & Milgrom, Jeannette. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775-1788. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Hyde, Rebecca, O'Callaghan, Michael J, Bor, William, Williams, Gail M, & Najman, Jake M. (2012). Long-term outcomes of infant behavioral dysregulation. *Pediatrics*, 130(5), e1243-e1251. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3517>
- Keenan, Kate. (2000). Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 418-434. doi: <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.4.418>
- Koo, Terry K, & Li, Mae Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of chiropractic medicine*, 15(2), 155-163. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>

- Kornør, Hege, & Olafsen, Kåre Sten. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Infant-Toddler Social Emotional Assessment–2. versjon (ITSEA). doi:  
<http://hdl.handle.net/11250/2386075>
- Landsem, Inger Pauline, Handegård, Bjørn Helge, Tunby, Jorunn, Ulvund, Stein Erik, & Rønning, John A. (2014). Early intervention program reduces stress in parents of preterms during childhood, a randomized controlled trial. *Trials*, *15*(1), 1-13. doi:  
<https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-387>
- Lazarus, Richard S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, *44*(1), 1-22. doi:  
<https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Lazarus, Richard S, & Eriksen, Charles W. (1952). Effects of failure stress upon skilled performance. *Journal of Experimental Psychology*, *43*(2), 100. doi: <https://doi.org/10.1037/h0056614>
- Leerkes, Esther M, Blankson, A Nayena, & O'Brien, Marion. (2009). Differential effects of maternal sensitivity to infant distress and nondistress on social-emotional functioning. *Child development*, *80*(3), 762-775. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01296.x>
- Lester, Barry M, Bagner, Daniel M, Liu, Jing, LaGasse, Linda L, Seifer, Ronald, Bauer, Charles R, . . . Das, Abhik. (2009). Infant neurobehavioral dysregulation: behavior problems in children with prenatal substance exposure. *Pediatrics*, *124*(5), 1355-1362. doi:  
<https://doi.org/10.1542/peds.2008-2898>
- Lewis, Michael, Haviland-Jones, Jeannette M, & Barrett, Lisa Feldman. (2010). *Handbook of emotions*: Guilford Press.
- Lopes, Simone C Facuri, Ricas, Janete, & Mancini, Marisa Cotta. (2008). Evaluation of the psychometrics properties of the alarm distress baby scale among 122 Brazilian children. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, *29*(2), 153-173. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.20169>



- Lowe, Jean, Woodward, Barbara, & Papile, Lu-Ann. (2005). Emotional regulation and its impact on development in extremely low birth weight infants. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 26*(3), 209-213.
- Main, Mary, & Cassidy, Jude. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental psychology, 24*(3), 415. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.24.3.415>
- Malloch, Stephen, Shoemark, Helen, Črnčec, Rudi, Newnham, Carol, Paul, Campbell, Prior, Margot, . . . Burnham, Denis. (2012). Music therapy with hospitalized infants—the art and science of communicative musicality. *Infant Mental Health Journal, 33*(4), 386-399. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.21346>
- Markova, Gabriela, & Legerstee, Maria. (2006). Contingency, imitation, and affect sharing: Foundations of infants' social awareness. *Developmental psychology, 42*(1), 132. doi: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.1.132>
- Martinsen, Harald. (2020). Tidlig prediksjon av tilpasningsproblemer og skjevutvikling. I Vibeke Moe, Kari Slinning & Marit Bergum Hansen (Red.), *Håndbok i sped og småbarns psykiske helse* (7 utg., s. 574-594). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mathiesen, Kristin S, & Sanson, Ann. (2000). Dimensions of early childhood behavior problems: Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of abnormal child psychology, 28*(1), 15-31. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1005165916906>
- Matthey, Stephen, Črnčec, Rudi, Hales, Alison, & Guedeney, Antoine. (2013). A description of the Modified Alarm Distress Baby Scale (m-ADBB): An instrument to assess for infant social withdrawal. *Infant Mental Health Journal, 34*(6), 602-609. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.21407>
- Matthey, Stephen, Guedeney, Antoine, Starakis, Nafsica, & Barnett, Bryanne. (2005). Assessing the social behavior of infants: Use of the ADDBB scale and relationship to mother's mood. *Infant*

*Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 26(5), 442-458. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.20061>

- Milne, Lisa, Greenway, Philip, Guedeney, Antoine, & Larroque, Beatrice. (2009). Long term developmental impact of social withdrawal in infants. *Infant Behavior and Development*, 32(2), 159-166. doi: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.12.006>
- Moe, Vibeke, Braarud, Hanne Cecilie, Wentzel-Larsen, Tore, Slinning, Kari, Vannebo, Unni Tranaas, Guedeney, Antoine, . . . Smith, Lars. (2016). Precursors of social emotional functioning among full-term and preterm infants at 12 months: Early infant withdrawal behavior and symptoms of maternal depression. *Infant Behavior and Development*, 44, 159-168. doi: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.06.012>
- Moe, Vibeke, Fredriksen, Eivor, Kjellevoid, Marian, Dahl, Lisbeth, Markhus, Maria Wik, Stormark, Kjell Morten, . . . Smith, Lars. (2019). Little in Norway: A prospective longitudinal community-based cohort from pregnancy to child age 18 months. *BMJ open*, 9(12), e031050. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031050>
- Moe, Vibeke, Lindberg, Astri, Moe, Rigmor Grette, & Smith, Lars. (2016). Tidlig hjelp og utviklingsstøtte til sped- og småbarn. I Hanne Haavind & Haldor Øvreeide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi : Bind 1* (2. utg. utg., Vol. Bind 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Murray, Lynne. (2014). *The psychology of babies: How relationships support development from birth to two*: Hachette UK.
- Mäntymaa, Mirjami, Puura, Kaija, Luoma, Ilona, Kaukonen, Pälvi, Salmelin, Raili K, & Tamminen, Tuula. (2008). Infants' social withdrawal and parents' mental health. *Infant Behavior and Development*, 31(4), 606-613. doi: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.07.005>
- Møller-Pedersen, K. (2010). Urolige sped-og småbarn. I V. Moe, K. Slinning & MB Hansen (Red.). *Håndbok i sped-og småbarns psykiske helse*, 374-392.
- Nadel, Jacqueline, Carchon, Isabelle, Kervella, Claude, Marcelli, Daniel, & Réserbat-Plantey, Denis. (1999). Expectancies for social contingency in 2-month-olds. *Developmental science*, 2(2), 164-173. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-7687.00065>

- Neece, Cameron L, Green, Shulamite A, & Baker, Bruce L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 117(1), 48-66. doi: <https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.1.48>
- NICHHD, Early Child Care Research Network. (2004). Affect dysregulation in the mother-child relationship in the toddler years: Antecedents and consequences. *Development and Psychopathology*, 16(1), 43-68. doi: <https://doi.org/10.10170S0954579404040404>
- Nilsen, Roy M, Vollset, Stein Emil, Gjessing, Håkon K, Skjaerven, Rolv, Melve, Kari K, Schreuder, Patricia, . . . Magnus, Per. (2009). Self-selection and bias in a large prospective pregnancy cohort in Norway. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 23(6), 597-608. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2009.01062.x>
- Oddi, Kate B, Murdock, Kyle W, Vadnais, Sarah, Bridgett, David J, & Gartstein, Maria A. (2013). Maternal and infant temperament characteristics as contributors to parenting stress in the first year postpartum. *Infant and Child Development*, 22(6), 553-579. doi: <https://doi.org/10.1002/icd.1813>
- Olafsen, Kåre S. (2010). Temperament i den tidlige utviklingen. I Vibeke Moe, Kari Slinning & Marit Bergum Hansen (Red.), *Håndbok i sped-og småbarns psykiske helse* (s. 285-302).
- Panzer, Annie, & Viljoen, Margaretha. (2005). Supportive neurodevelopmental evidence for ADHD as a developmental disorder. *Medical hypotheses*, 64(4), 755-758. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2003.12.060>
- Passino, Anne Wurtz, Whitman, Thomas L, Borkowski, John G, Schellenbach, Cynthia J, Maxwell, Scott E, Keogh, Deborah, & Rellinger, Elizabeth. (1993). Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting. *Adolescence*, 28(109), 97-123.
- Pereira, Jessica, Vickers, Kristin, Atkinson, Leslie, Gonzalez, Andrea, Wekerle, Christine, & Levitan, Robert. (2012). Parenting stress mediates between maternal maltreatment history and maternal sensitivity in a community sample. *Child abuse & neglect*, 36(5), 433-437. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.006>

- Pesonen, Anu-Katriina, Räikkönen, Katri, Heinonen, Kati, Komsí, Niina, Järvenpää, Anna-Liisa, & Strandberg, Timo. (2008). A transactional model of temperamental development: Evidence of a relationship between child temperament and maternal stress over five years. *Social Development, 17*(2), 326-340. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00427.x>
- Pianta, Robert C, & Egeland, Byron. (1990). Life stress and parenting outcomes in a disadvantaged sample: Results of the mother-child interaction project. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*(4), 329-336. doi: [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904\\_4](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_4)
- Pierrehumbert, B, Nicole, A, Muller-Nix, C, Forcada-Guex, M, & Ansermet, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 88*(5), F400-F404. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/fn.88.5.F400>
- Puura, Kaija, Mäntymaa, Mirjami, Luoma, Ilona, Kaukonen, Pälvi, Guedeney, Antoine, Salmelin, Raili, & Tamminen, Tuula. (2010). Infants' social withdrawal symptoms assessed with a direct infant observation method in primary health care. *Infant Behavior and Development, 33*(4), 579-588. doi: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.07.009>
- Rodgers, Antoinette Y. (1998). Multiple sources of stress and parenting behavior. *Children and youth services review, 20*(6), 525-546. doi: [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(98\)00022-X](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(98)00022-X)
- Rodriguez, Christina M. (2011). Association between independent reports of maternal parenting stress and children's internalizing symptomatology. *Journal of Child and Family Studies, 20*(5), 631-639. doi: <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9438-8>
- Rubin, Kenneth, Coplan, Robert , Bowker, Julie , & Menzer, Melissa. (2014). Social withdrawal and shyness. I Peter Hart & Craig Smith (Red.), *Blackwell Handbook of Childhood Social Development* (s. 329-352). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Sameroff, Arnold. (1975). Transactional models in early social relations. *Human development, 18*(1-2), 65-79. doi: <https://doi.org/10.1159/000271476>
- Sameroff, Arnold. (2009). *The transactional model*: American Psychological Association.

- Sameroff, Arnold J, & Chandler, Michael J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. *Review of child development research*, 4, 187-244.
- Sameroff, Arnold J, & Fiese, Barbara H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. *Handbook of early childhood intervention*, 2, 135-159.
- Sampson, McClain, Villarreal, Yolanda, & Padilla, Yolanda. (2015). Association between support and maternal stress at one year postpartum: Does type matter? *Social Work Research*, 39(1), 49-60. doi: <https://doi.org/10.1093/swr/svu031>
- Savonlahti, Elina, Pajulo, Marjaterstu, Ahlqvist, Sari, Helenius, Hans, Korvenranta, Heikki, Tamminen, Tuula, & Piha, Jorma. (2005). Interactive skills of infants with their high-risk mothers. *Nordic journal of psychiatry*, 59(2), 139-147. doi: <https://doi.org/10.1080/08039480510022990>
- Schappin, Renske, Wijnroks, Lex, Venema, Monica MAT Uniken, & Jongmans, Marian J. (2013). Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. *PloS one*, 8(2), e54992. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054992>
- Schore, Allan N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(1-2), 7-66. doi: [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N)
- Schore, Allan N. (2015). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*: Routledge.
- Schore, Judith R, & Schore, Allan N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical social work journal*, 36(1), 9-20. doi: <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7>
- Siqueland, Torill S, Haabrekke, Kristin, Wentzel-Larsen, Tore, & Moe, Vibeke. (2014). Patterns of mother–infant interaction from 3 to 12 months among dyads with substance abuse and psychiatric problems. *Infant Behavior and Development*, 37(4), 772-786. doi: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.09.003>

- Slomian, Justine, Honvo, Germain, Emonts, Patrick, Reginster, Jean-Yves, & Bruyère, Olivier. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1745506519844044. doi: <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Smith, Lars. (2020). Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. I Vibeke Moe, Kari Slinning & Marit Bergum Hansen (Red.), *Håndbok i sped-og småbarns psykiske helse* (7 utg., s. 29-52).
- Spittle, Alicia J, Treyvaud, Karli, Doyle, Lex W, Roberts, Gehan, Lee, Katherine J, Inder, Terrie E, . . . Anderson, Peter J. (2009). Early emergence of behavior and social-emotional problems in very preterm infants. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 909-918. doi: <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181af8235>
- Spitz, Rene A. (1951). The psychogenic diseases in infancy: An attempt at their etiologic classification. *The psychoanalytic study of the child*, 6(1), 255-275. doi: <https://doi.org/10.1080/00797308.1952.11822915>
- Spitz, Rene A, & Wolf, Katherine M. (1946). Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. *The psychoanalytic study of the child*, 2(1), 313-342. doi: <https://doi.org/10.1080/00797308.1946.11823551>
- Sroufe, L Alan. (1997). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*: Cambridge University Press.
- Sroufe, L Alan. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development*, 7(4), 349-367. doi: <https://doi.org/10.1080/14616730500365928>
- Stone, Lisanne L, Mares, Suzanne HW, Otten, Roy, Engels, Rutger CME, & Janssens, Jan MAM. (2016). The co-development of parenting stress and childhood internalizing and externalizing problems. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(1), 76-86. doi: <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9500-3>
- Stormark, Kjell Morten, & Braarud, Hanne C. (2004). Infants' sensitivity to social contingency: a "double video" study of face-to-face communication between 2-and 4-month-olds and their

- mothers. *Infant Behavior and Development*, 27(2), 195-203. doi:  
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2003.09.004>
- Suchman, Nancy E, DeCoste, Cindy L, McMahon, Thomas J, Dalton, Rachel, Mayes, Linda C, & Borelli, Jessica. (2017). Mothering From the Inside Out: Results of a second randomized clinical trial testing a mentalization-based intervention for mothers in addiction treatment. *Development and psychopathology*, 29(2), 617-636. doi:  
<https://doi.org/10.1017/S0954579417000220>
- Tandberg, Bente Silnes, Sandtrø, Hege Pettersen, Vårdal, Mari, & Rønnestad, Arild. (2013). Parents of preterm evaluation of stress and nursing support. *Journal of Neonatal Nursing*, 19(6), 317-326. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2013.01.008>
- Taylor, Catherine A, Guterman, Neil B, Lee, Shawna J, & Rathouz, Paul J. (2009). Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *American journal of public health*, 99(1), 175-183. doi:  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.126722>
- Tetzchner, S von. (2012). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thomas, Alexander, & Chess, Stella. (1986). The New York longitudinal study: From infancy to early adult life. I Robert Plomin & Judith Dunn (Red.), *The study of temperament: Changes, continuities, and challenges* (s. 39-52). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Thomas, Alexander, Chess, Stella, & Birch, Herbert. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. New York: New York University Press.
- Trevarthen, Colwyn. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. I Stein Bråten (Red.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (Vol. 15, s. 46).
- Trevarthen, Colwyn, & Aitken, Kenneth J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of child psychology and psychiatry*, 42(1), 3-48. doi:  
<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00701>

- Treyvaud, Karli, Anderson, Vicki A, Lee, Katherine J, Woodward, Lianne J, Newnham, Carol, Inder, Terrie E, . . . Anderson, Peter J. (2010). Parental mental health and early social-emotional development of children born very preterm. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(7), 768-777. doi: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp109>
- Treyvaud, Karli, Inder, Terrie E, Lee, Katherine J, Northam, Elisabeth A, Doyle, Lex W, & Anderson, Peter J. (2012). Can the home environment promote resilience for children born very preterm in the context of social and medical risk? *Journal of experimental child psychology*, 112(3), 326-337. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2012.02.009>
- Tronick, Edward, Als, Heidelise, Adamson, Lauren, Wise, Susan, & Brazelton, T Berry. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child psychiatry*, 17(1), 1-13. doi: [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)62273-1](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)62273-1)
- Tronick, Edward Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American psychologist*, 44(2), 112. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.112>
- Ulak, Manjeswori, Ranjitkar, Suman, Shrestha, Merina, Braarud, Hanne C, Chandyo, Ram K, Shrestha, Laxman, . . . Kvestad, Ingrid. (2020). The Feasibility of the Full and Modified Versions of the Alarm Distress Baby Scale (ADBB) and the Prevalence of Social Withdrawal in Infants in Nepal. *Frontiers in Psychology*, 11. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02025>
- Vierhaus, Marc, Lohaus, Arnold, Schmitz, Anne-Katharina, & Schoppmeier, Marlene. (2013). Relationships between maternal parenting stress and reports on children's internalizing and externalizing problems: A cross-lagged structural equation model. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 3(1), 39. doi: <https://doi.org/10.5539/JEDP.V3N1P39>
- Wakschlag, Lauren S, & Hans, Sydney L. (1999). Relation of maternal responsiveness during infancy to the development of behavior problems in high-risk youths. *Developmental psychology*, 35(2), 569. doi: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.2.569>



- Wakschlag, Lauren S, Leventhal, Bennett L, Pine, Daniel S, Pickett, Kate E, & Carter, Alice S. (2006). Elucidating early mechanisms of developmental psychopathology: The case of prenatal smoking and disruptive behavior. *Child development*, 77(4), 893-906. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00909.x>
- Waters, Everett, Merrick, Susan, Treboux, Dominique, Crowell, Judith, & Albersheim, Leah. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child development*, 71(3), 684-689. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00176>
- Wendland, Jaqueline, Gautier, Annie-Claire, Wolff, Marion, Brisson, Julie, & Adrien, Jean-Louis. (2010). Relational Withdrawal Behavior and Early Signs of Autism: A Preliminary Study Using Family Videos. *Devenir*, 22(1), 51-72. doi: <https://doi.org/10.3917/dev.101.0051>
- Widiger, Thomas A. (2015). *The Oxford handbook of the five factor model of personality* Oxford library of psychology, *Five factor model of personality*
- Williams, Kate E, Nicholson, Jan M, Walker, Sue, & Berthelsen, Donna. (2016). Early childhood profiles of sleep problems and self-regulation predict later school adjustment. *British Journal of Educational Psychology*, 86(2), 331-350. doi: <https://doi.org/10.1111/bjep.12109>
- Williford, Amanda P, Calkins, Susan D, & Keane, Susan P. (2007). Predicting change in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. *Journal of abnormal child psychology*, 35(2), 251-263. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9082-3>
- Winsper, Catherine, & Wolke, Dieter. (2014). Infant and toddler crying, sleeping and feeding problems and trajectories of dysregulated behavior across childhood. *Journal of abnormal child psychology*, 42(5), 831-843. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9813-1>
- Wittling, Werner, & Schweiger, Elisabeth. (1993). Neuroendocrine brain asymmetry and physical complaints. *Neuropsychologia*, 31(6), 591-608. doi: [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(93\)90054-4](https://doi.org/10.1016/0028-3932(93)90054-4)
- Zachrisson, Henrik Daae. (2010). Tilknytning og psykisk helse hos sped- og småbarn. I Vibeke Moe, Kari Slinning & Marit Bergum Hansen (Red.), *Håndbok i sped-og småbarns psykiske helse*: Gyldendal akademisk.

Zero to Three. (2020). *DC: 0-5 : diagnostisk klassifisering av psykisk helse og utviklingsforstyrrelser i sped- og småbarnsalderen* (Amalie Vatne Brean, Overs. 1. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal.

Östberg, Monica, Hagekull, Berit, & Wettergren, Sigrid. (1997). A measure of parental stress in mothers with small children: dimensionality, stability and validity. *Scandinavian journal of psychology*, 38(3), 199-208. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00028>