
Spädbarnspsykiatri – fokus på föräldraskapets kärna

MARJUKKA PAJULO

Spädbarnspsykiatrin har redan en längre tid varit ett område inom barnpsykiatrin med särskilt aktiv teoribildning och forskning. De senaste åren har man bättre börjat förstå vilken betydelse faktorer under graviditeten har för förälder-barnförhållandet och för barnets senare utveckling, och behovet av att utveckla tidiga interventioner redan under graviditeten är stort. I Finland har vi fått goda erfarenheter av mentaliseringsinriktat arbete. Mentaliseringsförmåga innebär att föräldern har intresse och förståelse för barnets eget fristående sinne och erfarenheter. Det är av central betydelse att stärka denna förmåga för att värna om förhållandet mellan föräldern och barnet, särskilt i familjer med hög psykosocial risk. Inom vanliga familjer används arbete med föräldrarnas mentalisering för att främja smidig växelverkan mellan familjemedlemmarna och på så sätt förebygga missförstånd och störningar i interaktionen.

SKRIBENTEN

Marjukka Pajulo är docent i spädbarnspsykiatri samt psykoterapeut. Hon är specialist i barnpsykiatri och arbetar för närvarande som forskare vid Åbo universitet. Hennes forskning har fokuserat på tidigt föräldraskap och stöd främst vid riskomständigheter. De senaste tio åren har hon samarbetat med Yale Child Study Center och introducerat utvärderingsmetoder samt interventions- och behandlingsmodeller för mentalisering av föräldrar i Finland.

Spädbarnspsykiatri (eng. Infant psychiatry) betyder ursprungligen all den barnpsykiatriska verksamhet som inriktar sig på barn mellan noll och tre år, deras föräldrar, familjer och vårdare och vårdsystemen. Under de senaste tjugo åren har spädbarnspsykiatrin allt tydligare utformats till en egen specialitet (1). Man har allt mer börjat betona vilken betydelse förhållandena under graviditeten har på utvecklingen av barnets hjärna och på hela den senare utvecklingen. Man vet allt mer exakt hur fostrets sinnen och förmåga till interaktion med sin omvärld utvecklas, och man har upptäckt att barnet redan i slutet av fosterstadiet har en omfattande upplevelsevärld och ett rudimentärt minne. Problem med tidig interaktion har också konstaterats ha sitt ursprung i förhållandena redan under

graviditetstiden. Kunskapen om vilka verkningssätt och verkningsmekanismer faktorer under graviditeten har är dock ännu till stora delar bristfällig (2).

De tre första levnadsåren innebär för barnets utveckling en snabb och fortlöpande inläring av nya färdigheter och förmågor, som kontroll av kroppsfunktionerna, kognitiv förmåga, språk och motorik. Efter det går utvecklingen i allt högre grad ut på att förbättra redan uppnådda förmågor och att finjustera känslor, beteende, koncentration och social kompetens (3). Utvecklingspsykologisk forskning har visat att ett spädbarn från allra första början har en medfödd och konsekvent men individuell förmåga att växelverka med omgivningen (4, 5). Uppfattningen om vilken betydelse de första levnadsåren och tidiga omvårdnadserfarenheter har för barnets utveckling har klarnat. Neurobiologisk forskning och bilddiagnostiska undersökningar av hjärnan har påvisat strukturella och funktionella skillnader i babyns hjärna beroende på omvårdnadserfarenheternas kvalitet (6).

Med ökande kunskap har det klarlagts att psykiska problem hos barn kan och bör förebyggas, upptäckas och behandlas på ett mycket tidigare stadium än nu är fallet. Det är viktigt att i tid upptäcka situationer där tidig samverkan mellan babyn och föräldern håller på att gå fel och att erbjuda hjälp så tidigt som möjligt. Betydelsen av tidig omvårdnad accentueras när babyn har sämre utgångspunkter för samverkan än normalt (till exempel små-

syskon och barn som under graviditeten har utsatts för alkohol eller drogar eller för stor stress). Föräldraskapets kvalitet är den viktigaste faktorn som formar det utvecklingsmässiga slutresultatet, och därför är det av största vikt att stödja föräldraskapet och att utveckla prevention och intervention (7).

Psykiska symtom och störningar hos spädbarn

Tillstånd som klassificeras som psykiatriska störningar ses hos spädbarn oftast som problem med sömn, ätande, reglering av känslolägen och interaktion. Vid psykiska problem hos spädbarn är det sällan i första hand fråga om barnets individuella egenskaper eller problem. Vanligen gäller det ömsesidiga svårigheter med reglering och anpassning mellan barnet och föräldern, som kan utvecklas till störningar om de blir utdragna och ingen hjälp ges (8).

Forskningen och teoribildningen inom området har utvecklats i en västerländsk kontext. I den västerländska kulturen är spädbarns välbefinnande till största delen beroende av föräldrarnas eller de primära vårdhavarnas välbefinnande, eftersom det sällan finns något annat starkt och stödjande nätverk av anhöriga. Mammorna förväntas återvända till arbetslivet redan när barnen är små, vilket gör att kvaliteten på de samhällsliga tjänsterna får större betydelse, med dagvården som typiskt exempel. Faktorer och händelser som inverkar på hur föräldrarna mår återspeglas lätt också på barnet. Ju mindre barnet är desto mer direkt inverkar det på barnet om föräldrarna mår dåligt, eftersom spädbarnets förmåga att reglera och inverka på sitt eget välbefinnande är mycket begränsad. Ju mindre barnet är desto mer angeläget är det att få hjälp och förändring.

En särskild klassificering har utvecklats för psykiatrisk diagnostik av barn under tre års ålder, där man beaktar utvecklingspsykologiska synsätt och interaktionens inverkan på barnens symtom (9). Utvärderingen av barnets tillstånd och behandling sker alltid i samverkan med föräldern, och i de flesta fall också via föräldern. De vanligaste tidiga riskfaktorerna inom familjen är tidiga skilsmässor, fattigdom, dåligt socialt stödnätverk, arbetslöshet samt psykiska problem och missbruksproblem hos föräldrarna. I Finland är missbruksproblem hos mamman den vanligaste orsaken till omhändertagande och placering i fosterhem (10). I värsta fall kom-

mer familjens svåra belägenhet inte fram och familjen får inte hjälp, vilket kan leda till att barnet vanvårdas.

Mentalisering inom spädbarnspsykiatri – varför?

Olika angreppssätt, ”ports of entry”, kan användas för att inverka på förhållandet mellan föräldern och barnet, exempelvis att arbeta med föräldrarnas sinnebilder och att direkt lära ut interaktion (11, 12). De senaste tio åren har en infallsvinkel som fokuserar på mentalisering hos föräldern väckt extra stort intresse. Den har setts som träffsäker, särskilt när det gäller högriskfamiljer inom barnpsykiatri och barnskyddet. Hur föräldern tolkar barnets beteende och reaktioner har konstaterats vara en vanlig problempunkt i dessa familjer. Tolkningen grundar sig ofta på föräldrarnas aktuella sinnesstämning eller egna negativa omvårdnadserfarenheter under tidig barndom (13). Det finns nästan alltid flera samtidiga riskfaktorer och konkret behov av hjälp inom familjerna. Vårdpersonalen måste kunna ta detta i beaktande och samtidigt lyfta fram och få föräldern att se barnets erfarenhet och perspektiv. Ett mentaliseringsinriktat arbetssätt fokuserar på just detta (14). Senare har mentaliseringen setts som viktig också vid arbete med vanliga familjer på rådgivningarna, för att lyfta fram barnets separata erfarenheter och perspektiv i olika dagliga situationer (15). Mentaliseringen kan börja redan under graviditeten.

Mentalisering – vad är det?

Begreppet mentalisering grundar sig på den så kallade medvetandeteorin (theory of mind): en hjärnfunktion som gör att vi kan tolka varandras beteende, känslor och tankar, och vi inser att också andra människor har ett likadant medvetande som vi själva (16). Mentalisering är att rikta uppmärksamheten på medvetande, på tankar, upplevelser, intentioner, önskaningar, förväntningar, känslor. Vidare innebär mentalisering förmåga att reflektera över vilka sinnesstämningar som kan ligga bakom de reaktioner och det beteende som syns utåt. Det är förmågan att uppskatta ett sådant reflekterande kring olika möjligheter, trots att man aldrig med säkerhet kan veta vad en annan människa verkligen upplever (17). Empati är en förutsättning för mentalisering, men på samma gång gör den det möjligt att reglera känslorna så att de inte

blir övermäktiga. Bilddiagnostiska undersökningar har visat att flera olika områden i hjärnan har kopplingar till mentalisering (18). Människans förmåga till mentalisering anses vara en hörnsten för psykiskt välbefinnande, en skyddande faktor i krissituationer och en gemensam mekanism för effekten av olika typer av psykoterapi (19).

Mentalisering inriktar sig både på människan själv och på andra människor, vilket gör begreppet användbart i vården. Metoden kan utnyttjas både i individuell terapi och i par-, familje- och gruppterapi, i interaktiv terapi samt för olika terapeutiska samhällen. Tidiga förebyggande arbetsmetoder och vårdinterventioner för att stärka föräldrarnas mentalisering är ett speciellt betydelsefullt, men ännu rätt nytt, tillämpningsområde inom psykiatri.

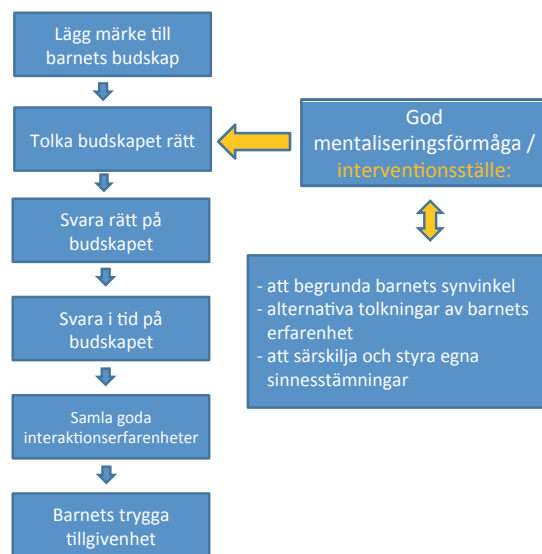
Hur förmågan till mentalisering utvecklas

Erfarenheten av att bli förstådd är det mänskliga livets största källa till glädje och känsla av trygghet. Att utveckla sådana erfarenheter under livets gång, och inte minst under spädbarnstiden, har en enorm betydelse för människans hela utveckling och för hur personligheten formas, samt för förmågan att bilda mänskliga relationer och för att känna empati. Barnets egen mentaliseringsförmåga, alltså förmåga att reflektera över erfarenheter och sinnesinnehåll, utvecklas stegvis med stöd av en förälder som har förmåga till mentalisering. I normala fall är barnets mentaliseringsförmåga långt utvecklad vid ungefär sju års ålder, oberoende av kultur (18, 13).

Tidiga interaktionserfarenheter är huvudarenan för utvecklingen av mentalisering, men den kan också stärkas senare med hjälp av goda människorelationer och behandling. En individ uppnår aldrig en mentaliseringsförmåga som upprätthålls lika bra i alla livssituationer och i alla människorelationer. Stress, trauman, krissituationer eller vissa människorelationer kan tillfälligt försämra mentaliseringsförmågan, i vissa fall i mycket hög grad (19, 17).

Mentalisering under det tidiga föräldraskapet

Mentaliseringsförmåga inom föräldraskapet innebär förmåga och vilja att inse att barnet har sin egen separata erfarenhet och sina egna känslor redan från början. För föräldern är det



Figur 1. Föräldrarnas mentalisering, känslighet i interaktionen med barnet och interventionsställe. (publicerad i Duodecim 2015;131:sidan 1051).

vanligen lätt och naturligt att beakta barnets föreställningsvärld i situationer där allt går bra och inte är stressiga eller utmanande. Det är dock särskilt viktigt att upprätthålla mentaliseringen i besvärliga situationer där allt inte går som på räls. Det betyder att föräldern försöker "kika in" bakom barnets yttre beteende och föreställa sig vilka barnets egna tankar, erfarenheter eller målsättningar är när barnet betar sig på ett visst sätt. Ju mindre barnet är desto svårare är det att göra ett sådant försök. Men redan att försöka kan ge en betydande förändring i inställning och funktionsätt (20) (Figur 1).

Dålig mentaliseringsförmåga syns ofta i att uppmärksamhet bara fästs vid barnets yttre beteende. Föräldern saknar vilja eller förmåga att begrunda barnets separata erfarenhet och synsätt. Den dåliga mentaliseringen kan också komma fram som en tendens att alltid tolka barnets reaktioner som orsakade av samma fysiologiska tillstånd (hunger, trötthet) eller känslor (ilska). Dessa stereotypa tolkningar, som ofta återspeglar föräldrarnas egen sinnesstämning, leder ofta till skadliga missförstånd, till problem med växelverkan och till att barnet känner sig otrött (20).

Under graviditetstiden kommer svag mentalisering fram till exempel i att föräldern har svårt att identifiera eller tåla olika samtidiga och motsägelsefulla känslor. Också mot slutet av graviditeten har föräldern svårt att föreställa sig babyn som en egen individ och att nyfiket observera den. Föräldern inser inte

eller vill inte begrunda vilken betydelse hens egna handlingar eller eget beteendet har för baby (till exempel att sköta om sin hälsa), eller babys betydelse för hen själv (vilka livsförändringar baby kommer att föra med sig). Föreställningarna om baby och föräldraskapet blir bristfälliga eller de uppkommer inte alls, eller de är ensidigt negativa, överidealiserande eller inexakta så att de inte stöder förhållandet till just denna baby (21).

En förälder som har traumatiserats eller har blivit dåligt behandlad i sina tidiga omvårdnadsrelationer riskerar att behandla sitt eget barn mekaniskt, eftersom det per automatik känns hotande att leva sig in i barnets värld. På så sätt kan det uppkomma en kedja av brist på tillgivenhet som spänner över generationer. Arbete för att stärka föräldrarnas mentaliseringsförmåga kan dock göra det möjligt att bryta en sådan negativ kedja (22).

Metoder har utvecklats för att bedöma förmågan till mentalisering internt hos en individ, i interaktion med andra och inom föräldraskapet. De grundar sig på intervjuer, observationer, experiment och självskattningsformulär (23). Metoder för självskattning av föräldrarnas mentaliseringsförmåga, speciellt under graviditeten och den postnatale perioden, har för första gången utvecklats och testats vid Åbo universitet inom födelsekohorten Finn Brain (24).

Arbete inriktat på föräldrarnas mentalisering

Syftet med arbetet är att från första början, kanske redan under graviditeten, väcka föräldrarnas intresse och nyfikenhet för de färdigheter som barnet utvecklar och för barnets eget synsätt. Fokus på mentalisering kombineras ofta med andra typer av arbete, såsom psykoedukation eller teraplaysammankomster. Till mentaliseringsdelen av arbetet hör att noggrant och aktivt föra fram och begrunda barnets erfarenheter och perspektiv, att fundera över sina egna och partners eller en närståendes erfarenheter och perspektiv samt att ta i beaktande möjligheten av alternativa tolkningar. Det är också kännetecknande för metoden att uppmuntra föräldrarnas undrande, nyfikenhet och intresse, att undvika vetande, rådgivning, lärande och tolkningar och att arbeta genom konkreta och aktuella exempelsituationer i det dagliga livet (25). Videoupptagningar av stunder av växelverkan är ett utmärkt hjälpmedel för att stanna upp i situationerna.

Interventioner som förstärker föräldrarnas växelverkan har utvecklats speciellt för riskgrupper, som mammor med missbruksproblem eller depression. I Finland har idén med mentalisering också utvecklats som ett hälsofrämjande (salutogent) arbetssätt och redskap för att främja normalbefolkningens hälsa (26, 27, 15).

Det finns goda erfarenheter och resultat av mentaliseringsinriktade interventioner på kollektiv nivå, till exempel för att förhindra mobbing och marginalisering av ungdomar samt för att utveckla kvaliteten på dagvården (28).

Gravida kvinnor med missbruksproblem – en specialsituation

Ett anmärkningsvärt stort antal allvarliga riskfaktorer gällande hälsa, bakgrund och aktuell livssituation ansamlas hos gravida kvinnor med missbruksproblem. Om fostret utsätts för alkohol eller droger innebär det en direkt biofysiologisk risk för fosterutvecklingen. Dessutom försvårar alkohol eller droger och de ackumulerade riskfaktorerna den normala psykiska processen med att bli förälder och med den tidiga anknytningen till baby (29). Man vet att missbruksproblem försämrar de hjärnfunktioner som behövs för att sköta ett spädbarn och ett litet barn och för att fungera som förälder. Sådana funktioner är motivation, förmåga att njuta av barnet, minne och koncentrationsförmåga, självkänsla och förmåga att bedöma sitt handlande, stresstolerans, impuls kontroll och förmåga att reglera sitt sinnestillstånd (30). Interventionerna och behandlingarna måste vara träffsäkra och intensiva.

Graviditetstiden i sig orsakar neurobiologiska förändringar i de nervbanor som förmedlar känslan av välbehag. Under graviditeten och när barnet föds blir föräldraskapet i normala fall en stor källa till välbefinnande (31). Missbruk minskar dock individens vilja att satsa på och koncentrera sig på nära människorelationer och naturliga källor till välbehag. Vid missbruksproblem är det på sätt och vis så att alkohol eller droger och baby tävlar med varandra om första platsen i samma nervbanor i mammans hjärna (32). Därför bör behandlingen vara inriktad på att återbörda nervbanorna tillbaka till den användning för ökat välbefinnande som är deras ursprungliga uppgift.

Genom att förstärka mentaliseringsförmågan försöker man öka mammans intresse för baby som person och stärka anknytningen till baby för att på så sätt väcka motivation

hos mamman att ändra sina levnadsvanor. Man tänker sig att förstärkt mentaliseringsförmåga utrustar mamman men en ”stoppknapp” som får henne att stanna upp och tänka på följderna av sitt handlande ur babys synvinkel.

Exempel på modeller som utvecklats för prevention och intervention

Gruppbaserad preventionsmodell för familjer som får sitt första barn

Inom projektet har man utvecklat en gruppbaserad preventionsmodell att användas inom primärvården för vanliga familjer som nyligen fått sitt första barn. Modellen baserar sig på det amerikanska programmet ”Parents First” (33). Modellen har anpassats för finländska förhållanden (Mannerheims Barnskyddsförbund och Folkhälsans förbund). Modellen avser att förstärka den redan existerande familjeförberedelseverksamheten på mödra- och barnrådgivningarna och att förbättra dess hälsobefrämjande effekt på familjerna.

Preventionsmodellen omfattar 8–12 slutna gruppträffar. Grupperna träffas varannan vecka från det att barnet fyllt fyra månader. I motsats till den ursprungliga versionen är hela familjen med på träffarna, också bebisarna, och högst sex familjer kan höra till en grupp. Varje grupp leds av två utbildade ledare. Varje gruppträff räcker cirka en och en halv timme och inleds med en gemensam måltid. Grupperna ordnas kvällstid för att också ge papporna bättre möjlighet att delta.

I manualen finns tre element som stärker mentaliseringen för varje träff: 1) ett diskussionsämne kring barnets aktuella förmågor och utvecklingsstadium samt kring aktuella utmaningar med föräldraskapet, 2) frågor som väcker tankar kring mentalisering, och 3) ”hemläxor” där målet är att få föräldrarna att stanna upp och leva sig in i barnets perspektiv i olika dagliga situationer. Ett särskilt viktigt uppdrag för ledarna är att väcka föräldrarnas nyfikenhet och intresse för barnet och att hålla eller återföra diskussionens fokus på båda föräldrarnas och barnets individuella erfarenheter och infallsvinklar (27).

Preventionsmodellens effekt utvärderas med hjälp av kontroll- och jämförelsegrupper. Det som utvärderas är föräldrarnas mentaliseringsförmåga och psykiska välbefinnande, parförhållandets kvalitet, den upplevda stress som föräldraskapet för med sig och barnets hälsa och utveckling (15).

Fler än 80 kommuner har förbundit sig att använda modellen, över 500 ledare har utbildats och tusentals familjer har deltagit. Respons som har insamlats med formulär visar att nästan 90 procent har upplevt att de fått betydande hjälp för att bättre förstå barnets beteende. Deltagarna har upplevt det som nyttigt att höra andra föräldrars tankar och funderingar och de har ansett det vara extra intressant att höra partners tankar om deras eget barn, ofta för första gången. Andelen pappor som har deltagit har varit exceptionellt stor, mer än 95 procent. Forskningsresultaten analyseras som bäst.

Intervention på mödrapoliklinikerna under graviditeten för mammor med missbruksproblem

Målet med den intervention som har utvecklats inom projektet är att öka intresset hos mammor som hänvisats till uppföljning på sjukhus för fostrets eller barnets utveckling och att stärka deras känslöband och anknytning till babyn redan under graviditetstiden. På så sätt försöker man öka mammornas motivation att sköta sin egen hälsa, stödja drogfrihet och värna om barnets friska utveckling.

Effekterna av interventionen undersöks med hjälp av en randomiserad kontrollgrupp. Vid bedömningen mäts bland annat hur mamman mår psykiskt och fysiskt, anknytningen till fostret och babyn samt hur barnet mår under den perinatale perioden och hur det utvecklas fram till ett års ålder. Man kan anta att interventionen inverkar fördelaktigt också på antalet nödvändiga barnskyddsåtgärder (34).

Interventionen har två huvudelement som riktar in sig på att förstärka mentaliseringen: 1) interaktiv användning av en 4D-ultraljudsbild i terapeutiskt syfte, och 2) en för ändamålet uppgjord graviditetsdagbok vecka för vecka. Ultraljudsträffarna räcker cirka 20 minuter och de hålls tre gånger, graviditetsveckorna 24, 30 och 35. Arbetet utförs av en erfaren obstetriker och en specialistsjukskötare inom spädbarnspsykiatri som bildar ett arbetspar. Med hjälp av ultraljudsbilden försöker man göra fostret mera levande för mamman. Man går tillsammans med mamman igenom fostrets utvecklingsstadium och färdigheter vid varje veckoträff, man åskådliggör fostrets drag och rörelser och man lyssnar till de känslor och tankar som föds i mamman under träffen och mellan dem. Arbetet grundar sig på idén om så kallad ultraljudskonsultation (35) som kombineras med ett mentaliseringssynsätt.

Direkta mentaliseringsfrågor som inriktar sig på att begrunda erfarenheter används vid lämpliga tillfällen.

Graviditetsdagboken vecka för vecka kombinerar psykoedukation med idén om mentalisering. Varje kursvecka ges en kort beskrivning av fostrets strukturella och fysiologiska utveckling och av den förmåga att varsebli och växelverka med omgivningen som fostret gradvis utvecklar. Dessutom granskas de fysiska och psykiska förändringar som sker i mamman under graviditetens gång. Dagboken innehåller också andra element för att levandegöra babyn för mamman, såsom grafisk visualisering vecka för vecka av tillväxt och storlek. Det finns brevsidor för att skriva ”meddelanden” till babyn (34).

Preliminära resultat visar att interventionen har en gynnsam inverkan speciellt på att minska mammornas depressionssymtom under graviditeten. Ultraljudsarbetet har också lockat mammorna att stanna kvar i undersökningsgruppen bättre än i kontrollgruppen.

Eftersom graviditetsdagboken har fått ett positivt mottagande har den senare bearbetats till en version för hela familjen som lämpar sig för vanliga familjer (samarbete mellan Folkhälsans förbund och Utvecklingscentralen för rådgivningsarbete/Institutet för hälsa och välfärd) (26). Meningen är att dagboken ska vara gratis tillgänglig för alla intresserade föräldrar via rådgivningarna och att den ska verka som ett tidigt verktyg för att främja familjens hälsa. Hur familjeversionen inverkar på föräldrarnas mentalisering under graviditeten, på anknytningen till fostret och på rökning utreds i en befolkningsbaserad undersökning på mödrarrådgivningarna i samkommunen för hälso- och sjukvård i mellersta Satakunta (36).

Sammanfattning

Arbetsätt som inriktar sig på att stärka föräldrarnas tidiga mentalisering verkar vara en lovande strategi för att stärka förhållandet mellan barnet och föräldern samt för att öka de positiva erfarenheterna av växelverkan också i högriskfamiljer. Det är viktigt att utveckla utvärderings- och interventionsverktyg för detta ändamål och arbetet med dem pågår.

Marjukka Pajulo
marpaj@utu.fi

Inga bindningar

Referenser

1. Zeanah CH, Zeanah P (2009). The scope of Infant Mental Health. In: Zeanah C.H. (Ed.) Handbook of Infant Mental Health, pp. 5–21. New York: The Guilford Press.
2. Luoma I (2016). Raskausajan psyykinen hyvinvointi: lapsen mielenterveyden varhaiset juuret? Översikt. Duodecim;132:181.
3. Mäntymaa M, Puura K (2016). Lapsuusiän psyykinen kehitys. I boken: Kumpulainen, Aronen m.fl. (red.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria, ss. 23–34. Helsingfors: Kustannus Oy Duodecim.
4. Stern DN (1985). The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books.
5. Havnesköld L, Risholm Mothander P (1995). Det födda barnet, det kompetenta spädbarnet. I: Havnesköld L & Mothander P (red.) Utvecklingspsykologi: psykodynamisk teori in nya perspektiv, ss. 184–215. Falköping, Sweden: Gummessons Tryckeri AB.
6. Schore AN (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. Infant Mental Health Journal;22:7–66.
7. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Howard LM, Pariante C (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. Lancet;384:1800–19.
8. Puura K, Tamminen T (2016). Pikkulapsipsykiatria – ei tarua vaan todellisuutta. Duodecim;132:951–959.
9. The Zero to Three revision task force. DC: 0-3 R. (2005). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: revised edition. Washington: Zero to Three.
10. Hiitola J (2008). Selvitys vuonna 2006 huostaantotetuista ja sijoitetuista lapsista. Lasten sijaishuollon kehittäminen Tampereella. STAKES, Työpaperi 21.
11. Stern DN (1995). The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy. New York: Basic Books.
12. Lieberman AF, Van Horn P (2009). Child-parent psychotherapy: a developmental approach to mental health treatment in infancy and early childhood. In: Zeanah CH (Ed.) Handbook of Infant Mental Health, ss. 439–449. New York: The Guilford Press.
13. Pajulo M, Salo S, Pykkönen N (2015). Mentalisaatio ihmistä suojaavana tekijänä. Duodecim;131:1050–7.
14. Slade A (2002). Keeping the baby in mind: a critical factor in perinatal mental health. Zero to Three;6:7:10–16.
15. Kalland M, Fagerlund Å, VonKoskull M, Pajulo M (2015). Families First: The development of a new mentalization-based group intervention for first-time parents to promote child development and family health. Primary Healthcare Research & Development ;1:1–15.
16. Behring J. (2002). The existential theory of mind. Rev Gen Psychol;6:3–24.
17. Fonagy P, Bateman A, Luyten P (2012). Introduction and overview. In: Bateman A & Fonagy P (Eds.) Handbook of mentalizing in mental health practice, ss. 3–42. American Psychiatric Publishing Inc.
18. Frith U., Frith C. (2005). Development and neurophysiology of mentalizing. Philosophical Transactions of the Royal Society of London B. 35.
19. Larmo A (2010). Mentalisaatio – kyky pitää mieli mielessä. Översikt. Duodecim 2010;126:616–622.
20. Slade A (2008). Working with parents in child psychotherapy: engaging the reflective function. In: Busch FN (Ed.) Mentalization: theoretical considerations, research findings and clinical implications, pp 207–34. New York: The Analytic Press.
21. Slade, A., Patterson M, Miller M (2007). Addendum to Reflective Functioning Scoring Manual (Fonagy, Steele, Steele, Target 1998). For use with the Pregnancy Interview (Slade Grunebaum, Haganir, & Reeves 1987; Slade 2004). The City College and Graduate Center of the City University of New York.
22. Slade A, Grienenberger J, Bernbach E, Levy D, Locker A. (2005a). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. Attachment & Human Development 2005;7:283–298.
23. Luyten P, Fonagy P, Lowyck B, Vermote R (2012). Assessment of mentalization. (2012). I: Bateman A & Fonagy P (red.) Handbook of mentalizing in mental health practice, pp. 43–66. American Psychiatric Publishing Inc.
24. Pajulo M, Tolvanen M, Karlsson L, Öst C, Halme-Chowdhury E, Luyten P, Mayes L, Karlsson H. (2015b). The Prenatal Parental Reflective Functioning Questionnaire (P-PRFQ): factor structure and construct validity exploration in FinnBrain birth cohort pilot study. Infant Mental Health Journal;36:399–414.

-
25. Pajulo M, Salo S, Pyykkönen N (2016a). Mentalisaatiokyky ja reflektiivinen funktio normaalikehitystä suojaavana tekijänä. I boken: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H m.fl. (red.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria, ss. 81–88. Kustannus Oy Duodecim.
26. Pajulo M, Ekholm E, VonKoskull M, Kallioinen O, Andersson G, Westerlund-Cook S, Kortekangas L, Jussila H (2014). Med babyn i tankarna – graviditetsdagbok Finsk- och svenskspråkig version för hela familjen Folkhälsans förbund rf.
27. Viinikka A (red.) (2015). Mentalisaatio perheiden kohtaamisessa. Mannerheims barnskyddsförbund.
28. Midgley N, Vrouva I (2012) (Eds.) Minding the child. Mentalization-based interventions with children, young people and their families. London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
29. Suchman N., Pajulo M., Kalland M, DeCoste C, Mayes L (2012). At-risk mothers of infants and toddlers. I: A. W. Bateman, & P. Fonagy (Eds.), Handbook of mentalizing in mental health practice, ss.309–345. Arlington, VA: American psychiatric publishing.
30. Håkansson U, Halsä A, Söderström K, Skårderud F, Oie MG (2016). Keeping mind in mind: mentalizing and executive functioning in substance-abusing infant mothers: effect on dyadic relationship and infant outcome. Substance Abuse: Research and Treatment;9:93–98.
31. Mayes LC, Magidson J, Lejuez CJ, Nicholls SS (2009) Social relationships as primary rewards: the neurobiology of attachment. I: M de Haan & MR Gunnar (red.) Handbook of developmental neuroscience. New York, NY: Guilford.
32. Rutherford H, Potenza M, Mayes L (2013). The neurobiology of addiction and attachment. I: Suchman N., Pajulo M., Mayes L. (red.) Parenting and substance abuse. Developmental approaches to intervention, pp. 3–25. New York: Oxford University Press.
33. Goyette-Ewing M, Slade A, Knoebber K, Gilliam W, Truman S, Mayes L (2002). “Parents First”: a developmental parenting program. Manual. Yale Child Study Center, CT, USA.
34. Pajulo H, Pajulo M, Jussila H, Ekholm E (2016). Substance-abusing pregnant women: prenatal intervention using ultrasound imaging and mentalization focus to enhance mother-child relationship and reduce substance abuse. Infant Mental Health Journal;37:317–334.
35. Boukydis CFZ (2006). Ultrasound consultation to increase resilience in pregnancy. Annals of the New York Academy of Science: resilience in children;1094:268–272.
36. Ekblad M, Korhonen P, Pajulo M, Wallin H (2016). Kesälatu – Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän äitiys- ja lastenneuvolatutkimus. Projektplan Allmänmedicin, Åbo universitet.

Summary

Infant psychiatry – focus on the core of parenting

Increasing evidence shows the central importance of prenatal circumstances and quality of early parenting care for child development. The need is great for developing more accurately focused and efficient early parenting interventions to promote the parent-child relationship. Increasingly promising is work focusing on parental mentalization (PM), meaning a willingness and ability to pay attention to one's mind: thoughts, feelings, intentions, wishes, expectations. Working with a mentalization stance means already keeping the child's experience and perspective alive in the parent's mind, even from pregnancy onwards. Included are some examples of such programs and studies in Finland.