

Helsingborgs lasarett

Barn- Familj och Kvinnosjukvård

Sektionen för Mödra-, Barn- och Ungdomshälsovård

Barnhälsovårdsenheten i Nordvästra Skåne



Reflekterande samspelsbehandling

Watch, Wait and Wonder tolkad och bearbetad för förälder-
barn behandling på BHV-enhetens psykologmottagningen.

av

Anna Lannér Swensson

Catarina Waxby

Mödra- och barnhälsovårdspsykologer
vid BHV-enheten i NvSkåne

Helsingborg
i juli 2008

Sammanfattning

Bakgrund: I arbetet som mödra- och barnhälsovårdpsykologer fick vi i uppdrag av arbetsledningen att söka metoder som är prövade och utvärderade gällande samspelsbehandling där både mor och barn är primärt involverade i behandlingen, och där behandlingen harmoniserar med verksamhetens vårdnivå (förebyggande hälsovård) och verksamhetens övriga behandlingsinsatser.

Watch, Wait & Wonder (WWW): En kanadensisk behandlingsmetod överensstämde med de kriterier verksamheten satt upp. Metoden är utarbetad på Hincks institute, Toronto, Kanada av Elisabeth Muir, Mirek Lojkasen och Nancy Cohen. Behandlingssessionerna består av två delar där den första delen är en barnledd aktivitet där modern instrueras att följa barnet. I den andra delen reflekterar modern, tillsammans med terapeuten, kring det som skett i samspelet mellan henne och barnet. Moderna ges även möjlighet att efterhand reflektera kring andra viktiga relationer i hennes liv vilka påverkar samspelet med barnet. De teoretiska byggstenar metoden är konstruerad kring har utgångspunkter i psykodynamisk teori och anknytnings teorin.

Forskningsresultat som redovisats visar att de barn och föräldrar som genomgått WWW behandling i högre utsträckning var organiserat eller tryggt anknutna och uppvisade bättre resultat vad gäller problemlösning och andra kognitivt laddade uppgifter än mor-barn par i jämförelsegruppen som erhållit traditionell psykodynamisk föräldra-barn psykoterapi. Behandlingseffekten under pågående behandling visade sig tidigare i gruppen som genomgått WWW behandling än i jämförelsegruppen.

Reflekterande samspelsbehandling: Behandlingsmetoden fångas och beskrivs träffande i dess engelska benämning Watch, Wait & Wonder översatt till svenska iaktta, vänta och reflektera. Behandlingen bygger på föräldrarnas reflektioner över sitt och barnets samspel här och nu och hur samspelet påverkas av och reflekterar föräldrarnas inre mentala representationer.

Reflekterande samspelsbehandling är författarnas tolkning och bearbetning av WWW.

Konklusion: Studier visar att WWW-metoden är effektiv och redovisar behandlingseffekter tidigare än andra studerade behandlingsmetoder. Vi har funnit att behandlingsmetoden harmoniserar med enhetens vårdnivå. Den fungerar teoretiskt och praktiskt om en övre åldersgräns hos barnet om 12 månader tillämpas. Ramen för behandlingen omfattar en behandlare, en behandlingskontakt/vecka och 8-10 behandlingstillfällen.

Nyckelord: Samspel, Watch, Wait & Wonder, WWW, Reflekterande samspelsbehandling, psykodynamisk, mor-barn samspel, föräldra-barn samspel, bedömning av samspel.

Innehållsförteckning

Bakgrund	sid 1
Sökning efter behandlingsmetoder	sid 1
Watch, Wait & Wonder	sid 2
Metodbeskrivning av WWW	sid 2
Teoretisk grund	sid 3
Beskrivning av behandlingen	sid 4
Terapeutens förhållningssätt	sid 4
Behandlingsprocessen	sid 5
Beskrivning av barnets förutsättningar för samspel	sid 5
Faser i terapin	sid 5
Reflekterande samspelsbehandling	sid 6
Riktlinjer för remiss till behandlingen	sid 6
Beskrivning av samspelsbehandlingen	sid 7
Material	sid 7
Instruktioner till mamman	sid 7
Reflektioner över behandlingen och dess teoretiska förankring	sid 8
Bedömning inför behandling	sid 10
Behandlingserfarenheter	sid 10
Konklusion	sid 11
Referenser	sid 12
Bedömning av samspelet	Bilaga 1
Informationsbroschyr	Bilaga 2

Bakgrund

Stöd i föräldrarollen genom tidig primär och sekundär prevention och korttidsterapeutiska insatser vid postnatal depression syftar alla till att stödja det tidiga samspelet mor-barn och utvecklingen av en trygg anknytning mellan föräldrar och barn. Stöd i föräldrarollen ingår i Barnhälsovårdsenhetens (BHV-enheten) psykologmottagnings kärnverksamhet. Forskning visar att 12-15 % av nyblivna mödrar drabbas av postnatal depression, ett tillstånd som påverkar samspelet med barnet, anknytningsutvecklingen och föräldraskapet. Det finns idag övertygande bevis för att det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn har stor betydelse för barnets fortsatta utveckling vad avser såväl den mer allmänna sociala/känslomässiga utvecklingen och den kognitiva utvecklingen, som utvecklingen av psykopatologi. Forskare menar att 30-40 % av alla föräldrar inte förmår utveckla ett lyhört samspel med sitt barn (Broberg et al, 2003; Cassidy & Shaver, 1999; Hwang & Wickberg, 2003). Forskning (Brockington, 2001) visar att många mammor med postnatal depression har ett fungerande samspel med sitt barn. Endast ett fåtal mödrar har problem med att erbjuda barnet ”moderlig emotionell respons” och när så är fallet kan detta leda till långtgående effekter på mor-barn relationen, vilket i förlängningen kan leda till ”neglect” eller barnmisshandel. Mot bakgrund av aktuell forskning och kunskap bör fokus inte enbart ligga på insatser som indirekt (behandling av postnatal depression) stödjer samspelets och anknytningens utveckling utan även på direkt samspeletsbehandling.

Kompetensen i evidensbaserade individuella samspeletsmetoder behöver utvecklas inom Mödra- och barnhälsovårdens (MBHV) psykologgrupp. I det aktuella utvecklings- och förändringsarbetet inom BHV-enheten i nordvästra Skåne (NvS) ingår att inventera, utveckla, metodpröva och om möjligt implementera arbetsmetoder för individuell samspeletsbehandling inom enhetens ram och vårdnivå för patientgruppen - förälder och barn 0-1 år. Författarna fick i uppdrag av arbetsledningen att söka metoder för samspeletsbehandling där både mor och barn är primärt involverade i behandlingen, metoder som är prövade och utvärderade och som harmoniserar med verksamhetens vårdnivå (förebyggande hälsovård) och verksamhetens övriga behandlingsinsatser.

Sökning efter behandlingsmetoder

Vid en genomgång av behandlingsmetoder, vad gäller samspeletsbehandling blev det efterhand tydligt att det, på vår vårdnivå, inte fanns några strukturerade validerade behandlingsmetoder för samspeletsbehandling dokumenterade för familjer med barn i ålder 0-12 månader i Skandinavien. Verksamhetens ramar ger inte möjlighet till videoinspelning av familjer och vårt uppdrag var att finna en metod som bygger på intervention här och nu i rummet medan behandlingen pågår.

Sökningen utvidgades och en Kanadensisk behandlingsmetod ”**Watch, Wait and Wonder**” (WWW) (Hwang, 2001; Lindberg, 2000) som överensstämde med de kriterier verksamheten satt upp föreföll intressant. Metoden är utarbetad på Hincks institute, Toronto, Kanada av Elisabeth Muir, Mirek Lojkasen och Nancy Cohen och vänder sig till föräldrar och barn från 4 månader – 9 år med en uttalad samspeletsproblematik. Efter genomläsning av artiklar och utvärderingar (Cohen et al, 1999; Cohen et al, 2002; Muir, 1992) och manualen (Cohen et al, 1999) fann vi att behandlingsmetoden var intressant då den harmoniserar med enhetens vårdnivå och att den fungerar teoretiskt och praktiskt om en övre åldersgräns hos barnet om 12 månader tillämpas. Ramen för behandlingen omfattar en behandlare, en behandlingskontakt/vecka och 8-10 behandlingstillfällen.

Watch, Wait & Wonder.

WWW har jämförts med traditionell psykodynamisk mor-barn psykoterapi (PPT) med avseende på behandlingsutfall (Cohen et al, 1999; Cohen et al, 2002).

Studien omfattade 67 kliniskt jämförbara barn i åldern 10-30 månader (vid behandlingens start) och deras mödrar. Mödrarna som deltog i studien sökte för att deras barn hade olika svårigheter/symptom; sömn- och uppfödningssvårigheter, aggressivt och överaktivt beteende, barnen upplevdes vara bråkiga eller svårtröstade samt uppvisade separationssvårigheter. Föräldrarna sökte även för att de hade problem med att förstå sina barn och uttryckte oro kring sin anknytning till barnet. För de flesta familjer var dessa svårigheter långvariga och hade startat vid födelsen eller någon gång då barnet bara var några månader gammalt.

Mödrar och barn erhöll i medeltal 15 behandlingstillfällen (8-18) med ett tillfälle/vecka över en tid på 5 månader. Följande bedömningar görs i de båda behandlingsgrupperna: mor-barn relationen avseende anknytningsmönster, kvalitet på leken mellan mor och barn, depressionsskattning av mamman, säkerhet/osäkerhet i föräldraskapet samt beteende- och utvecklingsbedömning av barnen.

Resultatet visar att barnen och föräldrarna som fått WWW behandling i högre utsträckning var organiserat eller tryggt anknutna och uppvisade bättre resultat vad gäller problemlösning och andra kognitivt laddade uppgifter än de i den andra behandlingsgruppen (PPT). Barnen i WWW gruppen uppvisade högre förmåga att reglera sitt beteende och sina känslor och kunde därför fortsätta med en uppgift trots att de blev störda.

Mödrarna till barnen som ingick i WWW gruppen rapporterade, efter behandlingen, färre psykologiska svårigheter och depressionssymptom än mödrarna i den andra behandlingsgruppen (PPT). Mödrarna i WWW-gruppen rapporterade även att de kände sig mer kompetenta och tillfredställda i sin föräldraroll än mödrarna i den andra behandlingsgruppen (PPT).

I båda grupperna (PTP och WWW) visar resultatet på en minskning av barnens problem samt minskad föräldrastress. Förbättringar i mor-barn interaktionen observerades i båda behandlingsgrupperna då mammorna gjorde färre intrång i barnens lek och det blev färre konflikter. Forskarna registrerade ökat antalet ömsesidiga och trevliga leksituationer mellan mödrar och barn.

Vid uppföljning efter 6 månader (Cohen et al, 2002) fick båda grupperna samma resultat avseende samtliga parametrar. Resultatet i gruppen som erhållit den traditionella behandlingsmetoden (PTP) låg nu på samma nivå som resultatet från WWW behandlingsgruppen. Båda metoderna är således effektiva, men de positiva behandlingseffekterna visar sig tidigare med WWW behandlingen.

Metodbeskrivning av Watch, Wait & Wonder.

Metodbeskrivningen är författarnas tolkning av manualen (Cohen et al, 1999). Behandlings-sessionerna består av två delar där den första delen är en barnledd aktivitet där modern instrueras att följa barnet. I den andra delen reflekterar modern, tillsammans med terapeuten, kring det som skett i samspelet mellan henne och barnet under lek-sessionen, och där modern även ges möjlighet att efterhand reflektera kring andra viktiga relationer i hennes liv som påverkar samspelet med barnet.

Teoretisk grund

De teoretiska byggstenar metoden är konstruerad kring har utgångspunkter i psykodynamisk teori. Framträdande är Winnicotts tankar om den tillräckligt goda modern, överföringsfenomenen i terapisisituationer och att den terapeutiska interventionen sker i lekutrymmet mellan mor-barn och terapeut-mor & barn. Begreppet ”holding” är centralt och belyser terapeutens hållande funktion parallellt med moderns hållande funktion. Kleins teoretiska resonemang om projektiv identifikation och introjektion är även de centrala.

Moderns införlivade och invanda relationsmönster överförs i interaktionen mellan henne och barnet. Interaktionen mor-barn blir enligt Elisabeth Muir en ”prime arena” för moderns olösta relationskonflikter. Detta leder till ett interaktionellt återskapande av ett helt relationssystem, vilket reflekterar moderns nuvarande och tidigare erfarenheter av relationer. Om modern har upplevelser av tidigare olösta relationskonflikter kommer hennes interaktion med barnet att bli mer styrt av dessa inre bilder än av barnets faktiska beteenden och reaktioner här och nu.

Sömn-, uppfödning- och beteendestörningar under barndomen är, enligt Muir, ofta en manifestation av olösta negativa samspeleupplevelser. Moderns störda objektrelationer, vilka via upprepningstvånget ”tar sig in i” lekutrymmet, blir en del av interaktionen mellan henne själv och barnet, vilket lämnar litet eller inget utrymme för barnets egen kreativitet. När barnet å andra sidan leder aktiviteten stängs moderns projektionsmöjlighet av och hennes påträngande agerande stoppas.

Interventionen är uppbyggd kring den teoretiska tanken att det primära terapeutiska arbetet sker i det ”lekutrymme” som finns mellan mor/barn parallellt med det lekutrymme som finns mellan terapeut och mor-barn. Lekutrymmet bör här ses i ett vidare perspektiv som även innefattar tanke- lekutrymme och reflektionsutrymme. Terapeuten erbjuder en trygg, ”hållande” och ”bärande” (holding, containing) miljö, där modern kan undersöka sina känslor för barnet och de minnen som väcks av upplevelsen av att vara tillsammans med barnet på detta icke styrande sätt.

Barnet leder leken/samspelet och mor kan utforska sina känslor och de minnen som situationen/barnets spontana lek oundvikligen framkallar. Instruktionen till modern är att endast samspele med barnet på barnets initiativ. På ytan kan det synas hända litet då den terapeutiska behandlingen sker i reflektionen över vad som sker eller inte sker i ”lekutrymmet” mellan mor och barn. Barnet är den som tar initiativet och materialet i en session är barnets initiativ till aktivitet och mors reaktion på och reflektion kring samspelet.

Begreppet ”själv” är användbart i förståelsen av förändringsmekanismer i denna intervention. Självet kan bara utvecklas i relation till någon annan, ett modersobjekt. Klein beskriver den mentala process, projektiv identifikation, då barnet projicerar ”osmälta” emotionella upplevelser på modern. Genom en process av reintrojektion identifierar barnet sig med det som modern projicerar. Projektionerna är påverkade och förändrade av moderns egna inre objektrelationer eller internaliserade relationssystem vilka reflekteras i moderns interaktion med sitt barn. Denna projektiva process är grund till tvånget att repetitivt agera utifrån den primära relationen och detta är även grunden för överföringar av objektrelationssystem mellan generationer (Muir, 1992). En brist på medvetenhet och kunskap om barnets komplexitet, känslighet och kompetens kan göra att modern inkräktar och styr på bekostnad av barnets utveckling av ett eget ”själv”. Teorierna om samspele och anknytning är centrala och redovisas under avsnittet *Reflektioner över behandlingen och dess teoretiska förankring* (sidan 8).

Beskrivning av behandlingen

Behandlingsmetoden kan vid en första genomläsning verka bedrägligt enkel. När man uppmanar modern att vara närvarande, att se sitt barn och låta barnet styra samspelet samt svara på barnets initiativ, intervenerar man på flera olika nivåer. Vi uppmanar modern att vara tillgänglig, sensitiv och mottaglig för sitt barn. Ett utrymme skapas där barnet får ta initiativet och kan visa mor sina behov, mor och barnet får en chans att förändra sin relation och möjlighet ges att frigöra barnets strävan mot kontakt och utveckling.

Processen kan vara mycket ångestväckande för modern. Genom att be modern följa sitt barns initiativ påskyndas en slags psykologisk kris, då modern inte kan styra barnet eller det som sker. Barnet kommer att rikta moderns uppmärksamhet mot sina behov vad gäller relation/anknytning och utveckling, behov som modern har undvikit att se för att kunna behålla sin inre representation. Målet för WWW är att hjälpa modern att bemästra den uppväckta ångesten så att hon kan följa sitt barns initiativ och behov och på så sätt förändra sina inre representationer av barnet och sig själv som barnets mor.

Behandlingen består av två delar:

En barnledd aktivitet vilken varar mellan 5-20 minuter och avslutas då modern eller barnet inte orkar mer, blir trött, ängslig eller orolig. Terapeuten instruerar modern att vara på golvet med barnet, följa barnets initiativ, svara sitt barn, men bara på barnets initiativ, att inte ta över eller rikta aktiviteten på något sätt. Mor instrueras att ”watch, wait & wonder”. Det är barnet som bestämmer och ger förutsättningarna för interaktionen, barnet leder – mor följer. Terapeuten är tillbakadragen och iakttar endast det som sker, terapeutens funktion är att fungera som en bärande och trygg bas.

Härefter följer 20 minuter då mor talar om upplevelsen och tankarna hon fått under den barnledda aktiviteten. Modern kan också länka sina erfarenheter till sitt förflutna och sin historia, via de reflektioner som kommit upp.

Behandlingens omfattning beräknas mellan 8-20 behandlingstillfällen, med ett tillfälle i veckan. I den utvärdering som finns beskriven ovan var medeltalet 15 tillfällen/behandling.

Terapeutens förhållningssätt

Mor och barn är på golvet under den barnledda aktiviteten. Terapeuten sitter i en stol en bit ifrån, tyst, närvarande, observerande, utan intervenering; samma funktion som Winnicotts ”good enough holding mother”.

Terapeuten förklarar för modern att han/hon *inte* kommer att interagera med barnet eller modern för att *inte* störa det som utvecklas mellan mamman och barnet.

Om barnet söker kontakt ska terapeuten rikta barnet tillbaka mot modern. Vissa mödrar placerar sig långt från barnet och tror att de inte får prata. Terapeuten bör låta detta ske och sedan ta upp det i samtalet.

I samtalet med modern fokuserar terapeuten samtalet på *moderns observationer* av barnet och *moderns upplevelser* av att låta barnet styra.

Det är viktigt att först få moderns observationer av barnet och samspelet, före hennes tankar och känslor kring det hon upplevt.

När modern berättar om en observation av sitt barn, bekräftar terapeuten detta och kan även göra ytterligare kommentarer i samma linje för att understryka sitt intresse och engagemang.

Då modern blir tyst och inte kan kommentera sina observationer finns risk att terapeuten blir alltför aktiv och delger modern sina egna observationer för att lätta moderns och sin egen ångest, motöverföring. Om modern uppger att hon *inte* ser att barnet gör något bör terapeuten hålla tillbaka impulsen att informera eller rätta modern.

Behandlingsprocessen beskrivs utifrån ett förutbestämt mönster. Vid första sessionen arbetar barnet med att försäkra sig om att mor är en trygg bas. Därefter använder barnet mor som ett objekt och barnet söker efter den förlorade "relationsfödan" för sin överlevnad. Mor fungerar i mittfasen både som container och som spegel för barnets erfarenheter. Slutligen används mor på ett tydligt sätt som en trygg bas som barnet kan utgå ifrån då han/hon utforskar omgivningen och leker med leksaker.

Beskrivning av barnets förutsättningar för samspel.

0-4 mån: Barnet är beroende av omgivningens förmåga till reglering och har begränsad egen rörlighet. Barnet saknar förmåga att ta ansvar för att ta initiativet i samspel.

4-8 mån : Barnet intresserar sig mer och mer för ansikte mot ansikte interaktion, barnet kan ta mer initiativ i kontakten genom att le, gurgla. Barnet kan även vända bort blicken och sig själv på ett tydligare sätt för att avvärja kontakt. Delad uppmärksamhet (joint attention) kan observeras vid ungefär 6 månader då barnet visar visuell uppmärksamhet och kan peka mot ett föremål för att visa sin mamma. Barnet visar ökat intresse för omgivningen och barnet börjar förstå att det kan påverka sin omgivning. Barnet börjar förstå och uppskatta sin egen och moderns inre värld. Barnet börjar nu kunna initiera lek och aktivitet.

En leksession varar ca 5-10 min för ett 4-6 mån gammalt barn och upp till 20 min för ett barn som är 6-9 mån.

9-12 mån: WWW är mest passande för denna åldersgrupp, en tidsperiod av undersökande lek. Barnet uppvisar en mer utvecklad regleringsförmåga och är mer rörligt, kryper och går. Barnet börjar leka föreställande; dockan benämns baba, rör med sked i en kopp och är mer kommunikativt. Specifika anknytningsmönster är etablerade vid 12 månaders ålder.

Faser i terapin

Inledningsfas: *Modern* kan ha svårt för att förstå vad som krävs av henne. Under reflektionsdelen kan modern vara tveksam till att uttrycka sina observationer och hon söker ofta terapeutens observationer och svar.

Det är vanligt att *Barnet* inte kan leka och undersöka saker fritt, utan är upptagen av relationen till modern. Barnet blir ofta distraherat, kan inte fokusera på leken, snubblar ofta på vägen mot sin mamma. Vissa barn vägrar lämna mammas famn för att leka. Barnet kan också på olika sätt försöka få sin mamma att agera som hon brukar, för att få en mer bekant situation och minska ångesten.

Terapeuten måste komma ihåg att den viktigaste relationen är den mellan mor och barn och att den främsta uppgiften är att göra det möjligt för modern att följa sitt barn. Terapeuten måste låta bli att intervensera då modern inte klarar att följa sitt barn, då interventionen kan väcka känslor av hjälplöshet och värdelöshet.

Mittfas: *Modern* känner sig mer bekväm med att följa sitt barn. Hon gör kanske fortfarande intrång i barnets lek, men inte lika mycket. Hon rättar även sig själv antingen spontant i leken eller efteråt i reflektionsdelen. I samtalet kan modern komma med fler observationer och spontana försök till tolkningar.

Barnet visar lek som är kopplad till aktuellt tema (aggressivitet, separationsångest, uppfostran/uppfödning, behov av fysisk kontakt). Vid tredje till femte/sjätte tillfället, då barnets ångest ökar, förefaller barnet ge upp och vilja lämna rummet. Barnets beteende är sannolikt ett försök att undkomma ångesten i terapisituationen.

Terapeuten kan också känna ångest då barnet vill lämna rummet och kan då känna sig ”elak” och tveksam inför metodens positiva effekter på samspelet. *Terapeuten* känner sig säkrare då *modern* efterhand blir mer bekväm med metoden.

Avslutningsfas: När *modern* känner sig helt bekväm med WWW, börjar det bli dags att sluta. *Modern* kan notera att barnet är helt upptagen med undersökande lek och/eller fri symbolisk lek. *Modern* börjar arbeta med frågor kring förlust, separation och vad som har saknats/saknas i hennes relation till sitt barn. *Modern* sörjer både förlusten av invanda relationsmönster och terapiavslutning. *Mor* känner sig ängslig inför att utföra allt själv och att utveckla självständighet.

När *barnet* är redo att sluta kan barnet leka på ett koncentrerat och organiserat sätt, utan *moderns* aktiva inverkan. Barnet gör inte intrång/stör då *terapeuten* och *modern* pratar under reflektionsdelen.

Under reflektionsdelen fortsätter *terapeuten* att hjälpa *modern* se att hon projicerat egna känslor på sitt barn. *Terapeuten* tar upp avslutningen. *Terapeuten* kan känna behov av att förklara allt för *modern* i ett försök att avhjälpa *moderns* känslor av sorg och förlust.

Reflekterande samspelsbehandling

Behandlingsmetoden fångas och beskrivs träffande i dess engelska benämning **Watch, Wait & Wonder**, översatt till svenska **iaktta, vänta och reflektera**. Enligt vår tolkning bygger behandlingen på att *mor* reflekterar över sitt och barnets samspel här och nu *och* hur deras samspel (eller mors impulser till samspel) påverkas av och reflekterar hennes inre mentala representationer och vårt arbetsnamn är **Reflekterande samspelsbehandling**.

Målgruppen för reflekterande samspelsbehandling har varit föräldrar och spädbarn (3-12 månader). Behandlingen vänder sig till föräldrar som är osäkra i sin föräldraroll och i kontakten med sitt barn; mödrar som känner sig nedstämda, oroliga, otillräckliga och har svårigheter att finna fungerande rutiner tillsammans med sitt barn vad gäller ex. mat, sömn och skrikighet. Familjer som erbjudits delta i behandlingen har remitterats från basverksamhetens mottagningar (mödra- och barnhälsovård) alternativt själv kontaktat psykologmottagningen (egenremiss). Författarna använder omväxlande förälder/föräldrar och mor/mödrar i texten vilka syftar på barnets omvårdnadspersoner som kan vara mamman, pappan eller i vissa fall någon annan.

Riktlinjer för remiss till reflekterande samspelsbehandling.

Remissorsakerna kan vara regleringssvårigheter i form av skrikighet, svårigheter att skapa rutiner kring mat, sömn, överdrivet aktiva/passiva barn eller föräldrar med uttalad svårighet att förstå barnets behov.

Barnet skall ej ha fyllt 9 månader vid behandlingens start.

Modern skall behärska svenska språket för att kunna reflektera verbalt med behandlaren. *Tolk* har ej använts.

Då behandlingen har en terapeutisk del skall modern kunna reflektera kring sin relation med barnet här och nu och reflektera kring de tankar och känslor som träder fram under behandlingen.

Uttalad depression eller annan psykiatrisk sjukdom hos modern omöjliggör behandlingsinsatsen.

Om barnafadern är negativ eller inte stödjande till behandlingen, kan detta medföra svårigheter för modern att genomföra behandlingen.

Yttre stress på grund av svår social situation, flyktingproblematik, multipel problematik, missbruksproblem omöjliggör behandlingsinsatsen.

Beskrivning av samspelsbehandlingen

Material (utrustning avsedd för åldersgruppen enligt föreskrifter i manualen Cohen et al, 1999) Muir ser utrustningslistan som en del av den terapeutiska ramen.

Pö//madrass cirkelformad 140 cm i diarmeter.

Filt

Kudde, typ huvudkudde

Leksaker:

Tama och vilda djur

Tråklossar

Lastbil

2 små bilar

Trasdocka

Mjuk liten boll

Stapelbara kärl

Okrossbar spegel

Nyfödd docka

2 skullror

Aktivitetsslåda

Platsringar

Djur med läte.

Instruktioner till modern

Modern ombedes vara på madrassen med barnet.

Modern ombedes följa barnets initiativ hela tiden.

Modern uppmuntras svara barnet, utifrån barnets initiativ, utan att introducera egen aktivitet.

Modern påminns om att detta kan vara svårt då vuxna ofta har en egen idé om vad som ska hända.

Modern upplyses om att det är viktigt att hon inte instruerar, hindrar eller visar ovilja inför barnets aktivitet.

Modern instrueras om att fastän det finns leksaker *behöver barnet inte leka eller vara aktivt överhuvudtaget.*

Modern instrueras att barnet får göra vad det vill så länge det inte riskerar sin säkerhet.

Modern påminns också om att om hon är osäker på vad hon ska göra så kan hon komma ihåg orden ”titta, vänta och reflektera” (watch, wait and wonder).

Terapeuten informerar att hon sitter bredvid och delar erfarenheten, men inte kommer att interagera med barnet eller modern.

Den barnledda aktiviteten varar i ca 5-20 minuter, beroende på barnets ålder, och följs av samtalet om moderns *observationer av sitt barn, hennes tankar och känslor, hennes upplevelse av barnets aktivitet, vad som känts lätt/bra och eventuella svårigheter modern upplevt då hon skulle följa instruktionerna*. Terapin fortskrider med reflektioner över moderns anknytningserfarenheter till andra viktiga personer via de affekter och tankar som väcks under behandlingen i samspelet med barnet.

Reflektioner över behandlingen och dess teoretiska förankring.

Teorier om samspel och **anknytning** utvecklades och presenterades 1969 av Bowlby och hans forskarkolleger (Bowlby, 1994). Teorin beskriver den process vars resultat är ett psykologiskt band mellan spädbarnet och dess närmsta vårdare. Anknytningen påverkas av föräldrarnas omvårdningsförmåga; föräldrarnas förmåga att skydda barnet mot olika faror, föräldrarnas lyhördhet för barnets behov, föräldrarnas förmåga att förmedla att barnet har en egen rätt att existera, föräldrarnas förmåga att samarbeta med barnet samt dess förmåga att förutsägbart och pålitligt finnas till för barnet. Människan föds enligt anknytningsteorin med ett evolutionsbiologiskt grundat genetiskt program för att under första levnadsåret knyta an till en eller ett par vårdare. Kvaliteten på anknytningen varierar kraftigt beroende på hur lyhörd och samstämt det känslomässiga samspelet mellan barn och vårdare/föräldrar är. Att mäta kvaliteten på anknytningen under första levnadsåret är inte möjligt då den är i vardande. Det är däremot möjligt att undersöka och beskriva föräldrarnas omvårdningsförmåga samt undersöka föräldra-barn samspelet. Små barns utveckling beskrivs bäst i ett relationsperspektiv och kvaliteten på relationen avspeglar sig i det observerbara samspelet mellan barnet och föräldern samt genom föräldrarnas inre bilder av sig själv och sitt barn (Broberg et al, 2003). Relationen kan beskrivas utifrån vilken trygghet som föräldrarnas närvaro skänker barnet när det känner sig skrämt eller hotat.

Samspelet liknas ofta vid en dans där barnet för och föräldern följer. När samspelet fungerar ”går det som en dans” och det är när det inte fungerar som det blir tydligt att ”något inte stämmer”. Kanske föräldern har svårigheter att följa sitt barn om föräldern inte är lyhörd för barnets signaler. Föräldern kanske följer sin danspartner (barnet) med för mycket eller för lite kraft och blir då antingen för aktiv eller för passiv i samspelet. Svårigheter i samspelet mellan förälder och barn kan ses tidigt i relationen som kommunikationsbrister genom den vuxnes bristande förmåga att svara lyhörd på barnets signalerade behov ex. då föräldern är påträngande och initierar kontakt när barnet är upptaget av annat eller då föräldern är tillbakadragen och inte svarar på barnets upprepade kontaktförsök. Avvisar föräldern barnet när det söker kontakt eller skydd, eller känner sig föräldern hjälplös i kontakten med barnet? Är samspelet ett resultat av barnets eller föräldrarnas behov? Samspelssvårigheter kan yttra sig i form av sömn- och uppfödningssvårigheter eller svårigheter att finna fungerande rutiner eller i förälders oro för ett skrikigt och svårtröstat barn.

Bion beskriver moderns speciella sinnestillstånd tillsammans med barnet såsom förhöjd uppmärksamhet som resonans eller primär identifikation. Det är som om det som händer i barnet händer i henne själv, Bion betecknar den psykiska verksamheten som reverie, vakendrömmande, drömmeri eller drömskhet och hans benämning av processen är alfafunktion. Utan alfafunktion sker ingen omvandling för barnet; sinnesintryck och emotioner förblir oassimilerade, oanvändbara rådata, betaelement. Kärlek och hat är kunskapslänkar där den emotionella erfarenheten (alfafunktionen) omvandlats till kompetens/kunskap (alfaelement) (Norman, 1999).

WWW behandlingen är prövad och utvärderad och resultatet visar en förbättring av samspelet långt tidigare i behandlingen än andra metoder visat. Ur ett anknytnings- och utvecklingsperspektiv är tidsaspekten av största vikt för barnet. Barn kan inte vänta, vilket ibland kan bli fallet i mer vuxenorienterade behandlingar. Samspelsbehandlingen är primärt centrerad till samspelet förälder-barn och behandlingen styrs av barnets aktivitet snarare än av föräldrarnas eller terapeutens initiativ. I all mor- barn behandling betonas vikten av en icke påträngande mor och att moderns emotionella tillgänglighet är av primär betydelse. Reflekterande samspelsbehandling bygger på denna kunskap.

Anknytningen är ett resultat av samspelet och anknytningen är ömsesidig med två aktiva parter. Samspelsbehandlingen bygger på ”den naturliga dialogen” mellan föräldrar och barn. Samspelet inrymmer komponenter som *delat fokus*; föräldern följer barnets fokus, undersöker och intresserar sig för det som barnet är upptaget av, föräldern *bekräftar* och visar att han/hon förstår vad barnet är upptaget av, därefter *väntar* föräldern in barnets signal om att barnet uppfattat att föräldern uppfattat. P Fonagy beskriver att anknytningen utvecklas till mentala representationer (inre arbetsmodeller) hos barnet; av barnet själv, dess viktiga närstående och samspelet dem emellan (Cassidy & Shaver, 1999).

Samspelsbehandlingen är relevant för föräldrabarnpar då problematiken visar sig i interaktionen och i brister som handlar om föräldrarnas förmåga att ”mentalisera” barnet (spegla barnet, att empatiskt uppfatta/se barnets avsikter och önskningsar och återföra dem till barnet) (Cassidy & Shaver, 1999). Erfarenheter av samspelet med föräldrarna lagras både medvetet (vad mamma sa) och omedvetet (hur mamma sa/hur det var + den egna reaktion på detta/hur det kändes). Terapeuten arbetar mindre med att tolka och mer med att utforska och stödja föräldern i sitt utforskande av sina anknytningsrelationer och vilka möjligheter föräldern har haft att hantera dessa.

I den traditionella psykodynamiska mor-barn behandlingen är barnet oftast mer indirekt involverat i behandlingen. Behandlingen syftar till att förändra moderns mentala representationer (modeller) av relationen mellan henne och barnet. Mor skall i terapin tillskansa sig insikter och genom dessa differentiera mellan barnet och sig själv, vilket skall leda till att hon får möjlighet att möta barnet mer ”objektivt” och svara på barnets behov. Muir (1992) menar att WWW arbetar utifrån en psykodynamisk modell men på både beteende och representationsnivå. Mor har möjlighet att vara optimalt responsiv och sensitiv vid den barnledda aktiviteten och barnet är direkt involverat i behandlingen. I den andra behandlingsdelen får mor möjlighet att diskutera sina observationer och upplevelser av situationen samt de svårigheter hon upplever när hon skall följa sitt barn.

Behandlingen är centrerad kring samspelet. En förutsättning för arbetet med samspelet är att skapa en trygg bas för föräldern (jämföras med Winnicots begrepp *holding* och Bions begrepp *containing*). Terapeuten har samma funktion för föräldern, som föräldern har för barnet, och utgör en trygg bas för utforskande och nyfikenhet och däremellan en trygg hamn att återvända till vid hot och fara.

Terapeutens uppgifter är att;

- Erbjuda sig som *en trygg bas, att bistå föräldern i utforskandet av relationen med barnet och övriga anknytningsrelationer*. Terapeuten hjälper föräldern med översättningsarbetet och medvetandegöra kopplingen mellan nutida problem och tidigare erfarenheter.

- *Använda den terapeutiska relationen där överföringen är central.* Den terapeutiska relationen är verklig och inte bara upplevd. Patientens tidigare erfarenheter av samspel/anknytning påverkar hans/hennes förmåga att utnyttja terapeuten som en trygg bas och detta blir tydligt i den terapeutiska relationen/överföringen.
- *Hjälpa föräldern se att de etablerade inre arbetsmodellerna inte längre behöver gälla utan har blivit föråldrade och inte längre tjänar sitt syfte.* De inre arbetsmodellerna kan ses som ett resultat av barndomens besvikelser och underläge. Terapeuten kan visa att de var funktionella under tidigare omständigheter vilket hjälper föräldern till en förståelse för sig själv och sina tidiga anknytningspersoner.

Bedömning inför eventuell behandling

Det är av stor vikt att göra en professionell bedömning i tre delar inför eventuell behandling:

- föräldrarnas psykiska hälsa samt upplevd hanterbarhet, stressnivå och otillfredsställelse
- barnets mognad, utveckling, kompetens och temperament, såväl behandlarens skattning som föräldrarnas uppfattning av barnets temperament.
- föräldra-barnparets kommunikation och samspel, såväl det observerbara samspelet (samspeletsobservation) som föräldrarnas egen uppfattning om samspelet via självskattningsformulär vilket mäter samspelet alternativt ett särskilt bedömningssamtal/föräldra intervju om samspelet (Brockington, 2001; Brockington, 2004).

En nyligen bekräftad erfarenhet är att föräldrar, i de flesta fall, själva erfar om samspelet är problematiskt och kan svara på detta om de blir tillfrågade (Lannér-Svensson & Waxby, 2008). För mer utförlig beskrivning av bedömning av samspelet se bilaga 1.

Innan behandlingen inleds är det bra att mor och barn får pröva behandlingen och att behandlaren noggrant förklarar behandlingens olika steg (bilaga 2) och vad som förväntas av mor, barn och terapeut. Modern bör informeras om att mittfasen kan vara jobbig att vara i men att det blir lättare efterhand som behandlingen fortsätter. Modern måste engageras i behandlingen och hennes nyfiken på samspelet, sig själv som mor och hennes delaktighet i samspelet är nödvändiga förutsättningar för behandling.

Behandlingserfarenheter

Erfarenheterna grundar sig på de familjer som remitterats till behandlingen under perioden 2005 – 2007.

Behandlingen kan verka enkel att utföra och genomföra men för mor och barn kan sessionerna vara psykologiskt ansträngande då de invanda samspeletsstrategierna inte skall användas utan skall betraktas. I inledningen känns det för den ovana terapeuten obekvämt att betrakta och inte delta och på samma sätt obekvämt för mor och barn att bli betraktade utan att samspele med terapeuten. Behandlingen är utlämnande för många mödrar och barn då relationen/interaktionen visas upp, och därför är arbetet kring att skapa en god och tillitsfull relation mellan mor och terapeut inför behandlingen av största vikt. Det är väsentligt att skapa en hållbar arbetsallians och att visa att behandlaren förstår djupet av moderns problem. Terapeuten empatiserar med moderns smärta (och förödmjukelse) av att inte få till stånd ett fungerande samspel med barnet, och moderns oförmåga att känna positiva känslor för barnet och glädje i samspelet med barnet. Genom att visa stor empati med modern blir mor trygg och ångesten reduceras. Om behandlaren istället tröstar modern ”det där är vanligt”, ”det växer bort” eller ”kommer så småningom” ökas moderns osäkerhet vilket ökar ångesten. När behandlingen är pågående är det viktigt att ingjuta förtroende i föräldern och uppmuntra självobservationer och samspel utanför terapirummet. Växt sker inom ramen för trygga känslomässiga relationer och inte avskilt från dom.

Terapeuten måste, för att behandlingen skall kunna genomföras, känna tillit till metoden och hårda ut när ångesten tilltar i mittfasen. Det är väsentligt att stå ut med moderns känslor av låg tillit till sin föräldrakompetens, att vara en trygg hamn för föräldern så att hon och barnet orkar vara kvar i behandlingen tills det vänder och modern ser sitt barn, accepterar barnet som det är och förhoppningsvis blir förälskad i sitt barn.

I de fall där vi tagit emot remiss där modern har en uttalad depressionsproblematik har det inte varit möjligt att arbeta med samspelet direkt utan depressionen har behandlats innan samspelsbehandlingen kunnat inledas. För att arbeta med samspelet är förutsättningen att modern förmår vara närvarande i relationen till barnet.

I vårt fall är även det terapeutiska behandlingsrummet en begränsande faktor (psykologmottagning) varför vi satt den övre åldersgränsen för samspelsbehandlingen hos barnet till ca 12 månader eller då barnet själv kan promenera ut ur behandlingsrummet.

När behandlingen följer processen känns det i avslutningsfasen för terapeuten som att studera ett nyförälskat par. Mor och barn tycks bekväma i interaktionen, skojar och nojsar med varandra utan att låta sig störas av den iakttagande terapeuten. Vår erfarenhet är att föräldern själv känner när samspelet börjat fungera och en ”tillräckligt god” mor är ofta sin egen samspelsbarometer; som en mor uttryckte det ”Nu är han min på riktigt”.

Först när samspelet känns tryggt i behandlingsrummet kan modern ta med sig förhållningssättet, att vara närvarande vid interaktionen med barnet, från terapirummet. Föräldrar uttrycker ”det känns så bra här, att jag fortsätter hemma”. Varje session består av två delar där första delen i behandlingen kan ses som en pedagogisk vägledning, ett förhållningssätt mellan mor och barn (beteendenivå). Det som bidrar till den djupare förändringen är det psykoterapeutiska samtalet med terapeuten i sista delen av (representationsnivå) varje session.

Konklusion

Behandlingen är hanterbar och ryms inom enhetens ramar och verksamhetens resurser och den harmoniserar väl både teoretiskt och behandlingsmässigt med övrig behandling som erbjuds på enhetens vårdnivå. Reflekerande samspelsbehandling är ett efterlängtat komplement till det övriga behandlingsutbudet - krisbehandling, korttidsterapi, psykoterapi samt föräldrakonsultation - på vår mottagning.

Referenser

- Bowlby, J. (1994) *En trygg bas, Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Natur & Kultur. Stockholm 1994
- Broberg, A., Almqvist, K., Tjus, T. (2003). *Klinisk barnpsykologi*. Natur och Kultur (2003) Falköping.
- Brockington, I.F., Oates, J., Georg, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, N., Loh, C., Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3:133-140.
- Brockington, I.F., Fraser, C., Wilson, D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9:233-242.
- Cohen, N., Muir, E., Parker, C. J., Brown, M., Lojkasek, M., Muir, R., Barwick, M. (1999). Watch, Wait, and Wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* Vol. 20(4), 429-451.
- Cohen, N., Lojkasek, M., Muir, E., Parker C.J. (2002) Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: convergence of therapeutic outcomes. *Infant Mental Health Journal*, VOL. 23(4), 361-380.
- Cohen, N., Muir, E., Lojkasek, M. (1999). *Wach, Wait, & Wonder. A manual describing a Dyadic Infant-led approach to problems in infancy and early childhood*. The Hincks-Dellcrest Center and The Hincks-Dellcrest Institute.
- Cassidy, J., Shaver, P.R. (1999) *Handbook of Attachment*. Gillfordpress New York 1999.
- Hwang, P., Wickberg, B. (2001). *Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa*. Statens folkhälsoinstitut 2001:37.
- Hwang, P., Wickberg, B. (2003). *Post Partum Depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande*. Statens folkhälsoinstitut 2003:59.
- Muir, E. (1992). Watching, Waiting and Wondering; Applying Psychoanalytic Principles to Mother-Infant Intervention, *Infant Mental Health Journal*. Vol 13(4) 319-328.
- Lannér-Svensson, A., Waxby, C (2008) *Tidig identifiering av familjer med samspelsproblem*. Psykoterapeutexamensuppsats Vol. III (2008):04, Lunds Universitet, Institutionen för psykologi.
- Lindberg L (2000) *Att mötas eller inte mötas en litteratur översikt om samspel mellan föräldrar och barn*; Rapport 2000:3 Samhällsmedicin, Enheten för Psykisk Hälsa.
- Muir E (1992) Watching, Waiting and Wondering; Applying Psychoanalytic Principles to Mother-Infant Intervention, *Infant Mental Health Journal*. Vol 13(4) 319-328.
- Norman, J., Ylander, F. (1999) *Motöverföring. Om omedveten kommunikation*. Natur och Kultur. 1999

Bedömning av samspelet

Att upptäcka att någonting inte fungerar i samspelet är svårt om inte föräldern har uppenbara brister/problem som påverkar deras kommunikationsförmåga. Små barn uppvisar sällan specifika symtom på att de far illa. Omsorgssvikt kan påverka utvecklingen långt innan barnet uppvisar några tecken på avvikande utveckling.

Relationen kan beskrivas utifrån vilken trygghet som föräldrarnas närvaro skänker barnet när barnet känner sig skrämt eller hotat. Samspelet kan se normalt ut i vardagliga situationer när föräldern inte är under stress. Samspeletsproblem/störningar kan vara svårt att identifiera kliniskt. För att bedöma samspelet krävs en samlad bild av familjen dels via kunskap om familjen och dess belastnings/riskfaktorer, observationer av samspelet, samt att i ett särskilt samtal med föräldern undersöka dennas uppfattning om barnet och samspelet.

Risken för att ett barn utvecklar fysisk/psykisk ohälsa relaterar till antalet **belastnings- eller riskfaktorer**:

- Förälders mentala ohälsa
- Missbruk
- Förälders bristande begåvning
- Förälders egna negativa uppväxt erfarenheter,
- Förälders ålder då barnet föds
- Förälders aktuella relation med egna föräldrar är belastad/dålig
- Bristande socialt stöd
- Avbruten utbildning under tonåren

Endast en faktor medför oftast ingen förhöjd risk för omsorgssvikt utan det sammanlagda antalet riskfaktorer mångdubblar risken (Broberg et al, 2003) för påverkan på föräldrarnas interaktion med barnet.

Fler problematiska faktorer som försvårar samspelet kan vara:

- Upplevd besvärlig graviditet
- Oönskad graviditet
- Komplikationer vid förlossningen
- Psykiska och/eller somatiska besvär tidigare och nu
- Föräldrarnas upplevda hanterbarhet, stressnivå och o/tillfredsställelse

Den i särklass viktigaste *föräldrauppgiften* (förutom att skydda avkomman och ge mat och värme) är att hjälpa barnet med den känslomässiga regleringen. Barnet behöver hjälp med regleringen, annars riskerar barnet hamna i smärtsamma affektiva tillstånd som inte kan integreras. En faktor att minnas i detta sammanhang är att en stressande händelse blir traumatisk när den genomlevs i ensamhet.

Följande *tecken* kan bero på brister i samspelet/anknytningen;

- Avvikande vikt och/eller längdutveckling
- Mat och sömnproblem
- Brister i den fysiska omvårdnaden.
- Svag eller utebliven kropps/ögon kontakt
- Bristande kommunikation, föräldern pratar inte med barnet
- Irritation mot barnet
- Tröst uteblir
- Utvecklingsförsening hos barnet

Stel mimik hos barnet, spända/slappa muskler
Depression hos barnet
Överdrivet aktivt barn
Överdrivet passivt barn, sover extremt mycket

Information av betydelse;

Föräldrarnas sätt att tala om sitt barn
Föräldrar som inte sköter BVC-kontakter
Föräldrar som inte sköter ordinationer vid sjukdom

Observationer av samspelet

Vi kan observera hur *föräldern* betar sig tillsammans med sitt barn och om omvårdnaden uppfyller de kriterier vi anser att ett tillräckligt bra samspel bör innehålla; Är föräldern tillgänglig för barnet, förser det med mat, kläder, byter blöja ger stimulans och skyddar vid fara.

Vi kan också observera vad *barnet* gör eller inte gör; dess temperament, hur barnet leker/svarar/följer, pockar på uppmärksamhet, låter sig lugnas...

Observationer av

föräldrarnas bidrag; föräldrarnas känslomässigt närvaro och lyhördhet för barnets signaler:

- Hur uppfattar föräldern barnets signaler
- Hur tolkar föräldern barnets signaler
- Ger föräldern adekvata svar på barnets signaler
- Svarar föräldern tidsmässigt anpassat till barnets signaler
- Har föräldern en kontinuerlig svarsberedskap.

barnets bidrag:

- Barnets regleringskapacitet
- Hur sensitivt är barnet för stimulering. Kan barnet diskriminera uppmärksamhet.
- Barnets temperament
- Barnets kapacitet till att dela fokus
- Barnets mognad och utveckling

Hur överensstämmer terapeutens skattning av barnet med föräldrarnas uppfattning?

kvaliteten på samspelet

- kommunikation och samspel, både det observerbara samspelet men också penetrera moderns egna uppfattning om samspelet (via föräldraintervju eller självskattningsformulär som mäter samspelet).
- I en klinisk situation kan vi studera vad föräldern respektive barnet gör i samspelet, kvaliteten på deras bidrag,
- Hur samspelet initieras och vidmakthålls, vem följer.
- Har paret ett gemensamt fokus
- Finns turtagning kring detta fokus
- Finns ett känslomässigt utbyte i kommunikationen/samspelet

Specifika iakttagelser av samspelet kan endast utföras om terapeuten tillåts studera samspelet primärt mellan förälder och barn, vilket innebär att det inte låter sig göras om terapeuten samtidigt skall fokusera på någon annan uppgift (ex anamnes upptagning, föräldraintervju)

Föräldrains intervju:

Texten är hämtad ur Brockington och medförfattares artikel från 2001, översatt och tolkad av författarna.

I en intervju eller ett samtal finns möjlighet att fånga föräldrarnas inre representationer; Hur ser föräldrarnas inre bild av barnet och av sig själv som förälder till detta barn ut? Vad tänker föräldern om sitt samspel med barnet? Hur uttrycker föräldrarnas sitt emotionella gensvar gentemot barnet? Kan föräldern se barnet som en enskild individ och prioritera barnets behov framför sina egna?

Barnets egenskaper

- Berätta hur ditt barn är? Kan du förstå vad han/hon vill?
- Blev du besviken över barnets utseende, kön eller någonting annat gällande barnet?
- Finns det något annat problem (*inte* sömnproblem, skriker för mycket, kräker, inte svarar)?

Registrera moderns beskrivning av sitt barn och dess temperament.

Moderns emotionella gensvar gentemot barnet

- Hur utvecklades dina känslor för (barnets namn) efter förlossningen?
- När upplevde du för första gången positiva känslor och kärlek gentemot honom/henne?
- Beskriv när är det bra/dåligt. När är det bäst?
- När blev han/hon en egen person för dig?
- När verkade han/hon känna igen dig som sin mamma?
- Vad gör du och ditt barn tillsammans (kramas, pratar, leker)?
- Har du känt dig besviken på dina känslor för (barnets namn)?
- Hur känner du dig då du är iväg från (barnets namn)?
- Hur känner du dig då ditt barn gråter?
- Hur känner du dig då ditt barn väcker dig på nätterna?
- Har du haft några oroande tankar kring ditt barn, eller impulser att skada honom/henne?

Registrera moderns utsagor om sina känslomässiga reaktioner på sitt barn.

(Om det finns belägg för en onormal emotionell reaktion från modern)

- Vad känner du egentligen gentemot ditt barn?
- Har du känt dig fångad i moderskapet?
- Har du känt att du skulle vilja springa iväg?
- Har du någonsin känt att det skulle vara bättre om någon annan tog hand om ditt barn?
- Har du funderat på att adoptera bort ditt barn?
- Har du någonsin önskat att något skulle hända honom/henne? (Notera särskilt önskan om plötslig spädbarnsdöd, eller att barnet blir stulet)

Registrera moderns värdering av sina känslomässiga gensvar gentemot barnet och varje tecken på avvisande.

(Om modern har upplevt aggressiva impulser gentemot barnet, undersök om de är i form av tvångstankar och fråga...)

- Får ditt barn dig att känna dig mycket arg?
- Har du någonsin tappat kontrollen då du känt dig mycket arg på honom/henne?
- Vad gjorde du (skrek, skällde, eller svor åt barnet, tog hårt i det eller kastade det i sängen, skakade, slog eller försökte kväva barnet)?

- Vad var det värsta du gjorde!?
- Vad var det värsta du fick en impuls att göra?
- I dina försök att få hjälp, låtsades du någonsin att ditt barn var sjukt?
- Kände du dig någonsin lockad att skada honom/henne?

Registrera moderns uppgifter om fientlighet gentemot barnet, eller misshandel.

Anknytningsstörning:

försening eller förlust av emotionellt gensvar gentemot barnet

Modern uttrycker besvikelse över sina känslor för barnet, att hon inte har känslor eller modern känner sig främmande eller distanserad från sitt barn, känner att barnet inte är hennes, att hon är barnvakt för någon annans barn, önskar adoptera bort barnet eller att barnet skall försvinna.

Avvisande gentemot barnet

Modern uttrycker starka negativa känslor för barnet – ogillar, hatar, ångrar att hon skaffade barnet. Modern visar inget tillgivet beteende – pussar, kramar, tala kärleksfullt till barnet, pyssla om, sjunga, leka. Modern mår bättre då hon är iväg från sitt barn. Modern uttrycker känslan av att vara infångad i moderskapet. Hon har uttryckt en önskan om att omsorgen av barnet överförs till någon annan. Hon har uttryckt en intention att adoptera bort barnet. Hon har en medveten önskan att barnet blir stulet. Hon har en medveten önskan om att barnet dör. Vid minst ett tillfälle har hon rymt för att slippa ta hand om barnet

Patologisk ilska gentemot barnet

Ilska upplevs innerst inne och kontrolleras med svårighet. Modern har en impuls att skada eller döda barnet (INTE på ett tvångsmässigt sätt). Det har förekommit förlust av kontroll på en verbal nivå – modern har skällt, skrikit eller svurit åt barnet. Barnet har misshandlats på ett eller flera sätt.

Information om behandlingsmetoden till patientgruppen

SAMPELSBEHANDLING hos Mödra- och Barnhälsovårdspsykolog.

Att få barn innebär ofta en stor omställning. Det kan ta tid att lära känna sitt barn och det är inte alltid så lätt att veta hur man ska göra.

Psykologerna inom mödra- och barnhälsovården arbetar med att stödja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos blivande föräldrar, barn 0-6 år och deras föräldrar.

När kan samspelsbehandling vara aktuellt?

Att vara nybliven förälder kan kännas både härligt och svårt, det är inte alltid så lätt att veta hur man ska göra. Det kan vara aktuellt att söka hjälp om

- det är svårt att hitta rutiner kring mat och sömn.
- det är svårt för dig att förstå dig på ditt barn.
- du känner dig ledsen och orolig.

Du har möjlighet att söka samspelsbehandling hos mödra- & barnhälsovårdspsykolog om barnet är under ett år.

Hur går samspelsbehandlingen till?

Du och ditt barn kommer till mottagningen och träffar psykologen en gång i veckan under en timme vid 8-10 tillfällen.

Behandlingen består av två delar:

Under *första delen* är du och ditt barn tillsammans i en leksituation och din uppgift är då att vänta på ditt barns inbjudan till lek. Ni befinner er tillsammans på en lekmatrass med inbjudande leksaker. Den barnledda aktiviteten varar i 5-20 minuter.

Psykologen sitter vid sidan och betraktar samspelet utan att ingripa i samvaron.

I inledningen av *andra delen* reflekterar du tillsammans med psykologen över ditt och barnets samspel, hur det kändes här och nu i rummet. Samtalet fortsätter med att du ges möjlighet att uttrycka och utveckla dina tankar och känslor kring samspel med ditt barn även utanför behandlingsrummet. Du får även möjlighet att reflektera kring dina erfarenheter av andra viktiga relationer.

Samspelsbehandlingen kan beskrivas med tre ord

Invänta Samspela Reflektera

Samspelet med ditt barn fortsätter att utvecklas under hela livet!