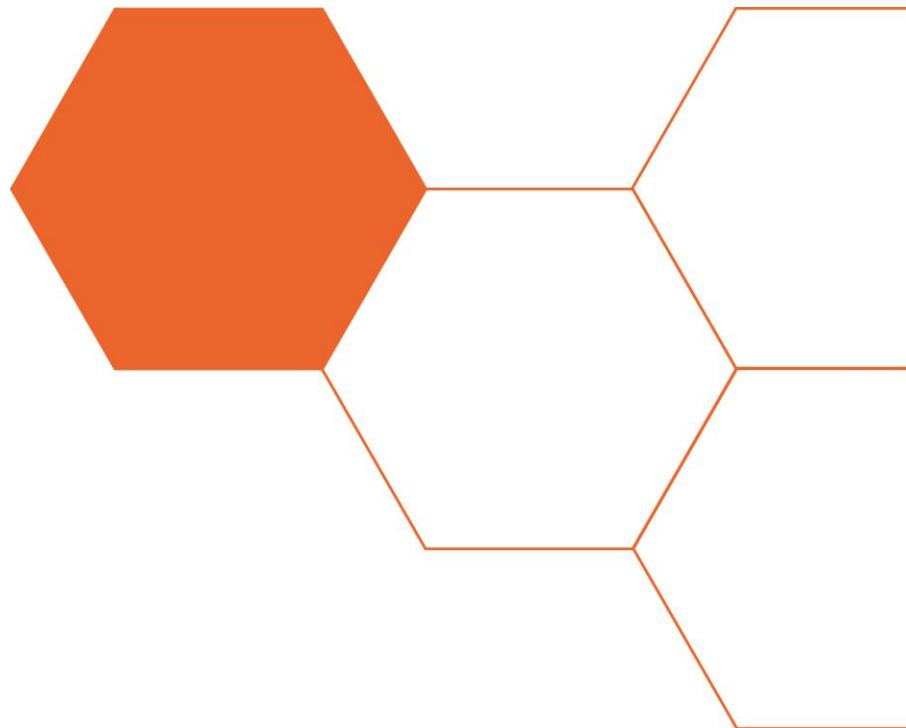


Vårdprogram för Späda och små barn

Ett regionalt vårdprogram är ett styrande dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa såvida inte särskilda skäl föreligger. Regionala vårdprogram tas fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs av ansvariga för hälso- och sjukvård inom Region Skånes koncernledning.



Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Katrin Bernstad	Leg psykolog	Katrin.bernstad@skane.se
Fastställt av	Regionala ledningsgruppen BUP		
Sakkunniggrupp	Margareta Brodén Marja Kabele Senya Margareta Palander Anneli Hallin	Leg psykolog Leg psykolog Leg sjuksköterska Familjebehandlare	Marja.KabeleSenya@skane.se Margareta.Palander@skane.se Anne-Li.Hallin@skane.se
Kontaktperson Koncernkontoret	Kerstin Lindell		Kerstin.h.lindell@skane.se
Administrativ kontaktperson			

Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	Aug 2013		Katrin Bernstad
Revidering	Februari 2015	2017-12-16	
Revidering	31 Maj 2018	2021-05-31	Katrin Bernstad/Eva Tedgård
Revidering			
Revidering			

Sökord

Innehållsförteckning

Regionalt vårdprogram för späda och små barn	4
<i>Inledning</i>	4
<i>Bakgrund</i>	4
Vikten av tidigt samspel – ett växande kunskapsfält	4
Utveckling som en relationell process	5
Riskfaktorer i samspelet	5
<i>Intervention under graviditet</i>	5
<i>Symptombild vid späd- och småbarnspsykiatriskt arbete</i>	6
Medfödda eller tidigt förvärvade symptom hos barnet	6
Symptom i samspelet	7
Symptom på brister i föräldraskapet	7
Diagnos	8
<i>Bedömning</i>	8
Initial bedömning vid nybesök	8
Fördjupad bedömningsfas för upprättande av vårdplan	10
<i>Bedömningsinstrument</i>	11
Utvecklingsbedömning	11
Skattning av barnets fungerande.....	11
Samspelsbedömning	12
Föräldrarnas skattning av föräldraskap	12
Föräldrarnas skattning av eget mående	13
<i>Behandling av späda och små barn</i>	13
Behandlingsmodell	14
<i>Specifika behandlingsmetoder</i>	15
<i>Sammanfattning</i>	17
<i>Referenser</i>	19
<i>Författare till vårdprogrammet</i>	22
<i>Litteraturtips</i>	Fel! Bokmärket är inte definierat.
<i>Bilaga 1 Mall för bedömningsbesök</i>	Fel! Bokmärket är inte definierat.
<i>Bilaga 2 Tillämpning av behandlingsmodell</i>	Fel! Bokmärket är inte definierat.

1. Regionalt vårdprogram för späda och små barn

Inledning

Skandinavien's första BUP-mottagning för behandling av spädbarn och deras föräldrar startades 1978 på Viktoriagården i Malmö och idag är spädbarns- och småbarnsbehandling en del av det barnpsykiatriska arbetet vid samtliga verksamhetsområden i Region Skåne.

Viktoriagårdens behandlingsmodell har spridits inom och utanför Sverige gränser och vid BUPs spädbarns- och småbarnsverksamheter i Region Skåne har det alltsedan starten pågått ett kontinuerligt metodutvecklingsarbete. Nya behandlingsmetoder har införlivats i det kliniska arbetet och dessa har beskrivits och utvärderats internt och visat på positiva behandlingsresultat (Abramson, 2010; Berg-Brodén, 1989; Bernstad 2010; Brodén, 2004; Svensson, 2011; Tedgård, 2008).

Sedan hösten 2012 vänder sig samtliga spädbarns- och småbarnsenheter i Region Skåne till samma målgrupper; föräldrar som väntar barn och barn från noll till fyra år tillsammans med deras föräldrar. Hur de spädbarns- och småbarnspsykiatriska enheterna är organiserade, bemannade och vilka yrkesgrupper som finns representerade skiljer sig dock åt. Inom regionen betonas att högkvalitativ och likvärdig vård ska erbjudas, oavsett var medborgarna bor, och som ett led i detta arbete har Region Skånes BUP-organisation beslutat att ta fram vårdprogram med riktlinjer för bedömning och behandling. Detta vårdprogram riktar sig till de behandlare som arbetar med späda och små barn och utgår från relevant och aktuell behandlingsforskning samt den kliniska behandlingserfarenhet som finns i regionen.

Bakgrund

Vikten av tidigt samspel – ett växande kunskapsfält

Skovgardh (2007) har tillsammans med kollegor redovisat att det i en dansk normalpopulation var drygt 15 % av 18 månader gamla barn som uppfyllde kriterier för psykiatrisk diagnos. Vanligast var regleringssvårigheter, emotionell problematik samt beteende- eller ätstörning. Hälften av dessa fall rubricerades som relationsstörning mellan förälder och barn. Campbell (1995) har beskrivit att 2/3 av treåringar med uppförandestörning uppvisade kvarstående problem vid 8-12 års ålder. Spädbarns- och småbarnspsykiatri är en tvärvetenskaplig disciplin representerad av kunskapsfält som utvecklingspsykologi, neurobiologi och stressforskning. Området har utvecklats explosionsartat under de senaste 30 åren genom forskning kring anknytningsmönster (Cassidy & Shaver, 2008), tidig affektreglering (Shore, 1994; Newham, Milgrom & Skouteris, 2009), epigenetik (Petronis & Mill, 2011) och upptäckten av spegelneuroner (Bauer, 2007).

Studier har visat hur brister i samspelet under barnets första levnadsår kan ge bestående men i barnets kognitiva, emotionella och relationella utveckling (Cyr, Euser, Bakerman-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2010; Weinfield, Stroufe, Egeland & Carlson, 1999) och denna kunskap har gjort vikten av tidiga insatser i föräldra-barnrelationen allt tydligare (Sameroff, McDonough & Rosenblum, 2004).

Utveckling som en relationell process

Föräldrar och barn påverkar och anpassar sig till varandra i den dagliga interaktionen och både föräldrarnas och barnets bidrag till samspelet är viktigt (Smith, 2003). Diskussionen om arv eller miljö har gett vika för en transaktionell modell för utveckling, vilken ursprungligen formulerats av Sameroff (1975) och som utgår från en pågående och ömsesidig påverkan mellan förälder och barn. Enligt denna modell är det svårt att studera ett barns eller förälders beteende utan att samtidigt studera hur dessa formas i samspelet med varandra. Med utgångspunkt i att barnets utveckling är en relationell process följer att interventioner bör riktas både till barnen och föräldrarna (Emde & Spencer, 2000).

Risikfaktorer i samspelet

Med späda och små barn sker behandlingen alltid med och genom föräldrarna vilket gör att föräldrarnas psykiska och sociala resurser spelar en avgörande roll för behandlingen.

Utvärderingar visar att en stor del av de föräldrar som söker eller remitteras till spädbarn- och småbarnsenheter har psykiatrisk och/eller social problematik (Abramson, 2010; Neander, 2011; Tedgård, 2008). Psykisk ohälsa och stress hos föräldern kan påverka samspelet och utgör därför en riskfaktor för barnets fortsatta utveckling (Abidin, 1990; Beidel & Turner, 1997; Field, 2010; Zeanah, Boris & Larrieu, 1997). Antisocial eller emotionellt instabil personlighetsstörning hos föräldern påverkar föräldraförmågan på ett genomgripande sätt vilket gör att barnet löper risk att utveckla psykiatriska symptom (Berg-Nielsen, 2010). Andra riskfaktorer under barnets tidiga utveckling är sociala problem i familjen som missbruk, kaotisk livssituation, bristande socialt stöd, varaktiga konflikter i parrelationen, utanförskap och våld. Det är dock viktigt att poängtera att det inte är föräldrarnas psykiska mående eller sociala belastning som är utgångspunkt vid bedömning av behandlingsbehov. Det är istället föräldrarnas förmåga till ett lyhört samspel med barnet som är fokus vid ställningstagande till intervention.

Intervention under graviditet

Under de senaste 20 åren har det blivit alltmer vanligt att man inom BUP:s spädbarnsteam arbetar med gravida kvinnor och par för att stödja föräldrarnas omsorgsgivande till sitt väntade barn. Kunskap från anknytningsteori har tydliggjort att föräldrars emotionella band till sina barn inte startar vid förlossningen, utan under graviditeten när barnet upplevs verkligt för föräldern. Detta band benämns prenatal anknytning och utgör ett skydd för barnet genom att föräldern visar omsorg om det ofödda barnet. Exempelvis märks detta genom att den gravida kvinnan månar om sin hälsa och undviker sådant som kan vara skadligt för barnet. Andra syften med prenatal anknytning är att föräldern gör sig mentalt förberedd för föräldraskap där en sådan förberedelse görs genom att etablera föreställningar om barnet och om sig själv, och sin partner, som förälder. På detta sätt gör sig föräldern förberedd, sensitiv och känslomässigt öppen för att möta barnet. Detta engagemang, som kopplat till ansvarstagande, banar väg för en trygg anknytning hos barnet. Denna, oftast spontana, process hos blivande föräldrar, kan emellertid blockeras helt eller delvis och förhindra att en prenatal anknytning till det ofödda barnet kommer till stånd. Orsakerna kan variera men ett vanligt hinder är psykisk ohälsa hos föräldern vilket kan innebära att fokus läggs helt på det egna måendet och därmed försvåras utvecklingen av ett engagemang för barnet. Oro att inte klara av sitt föräldraskap blir ofta följderna. Andra risktecken i detta sammanhang är stark förlossningsrädsla, en negativ attityd till det väntade barnet, kris-tillstånd, stora problem i parförhållandet, svåra upplevelser av förlossning, tidigare post partum depression, sent missfall eller förlust av ett barn.

- Behandlingsinsatser för ofödda barn grundar sig, liksom en majoritet av allt föräldrarbete inom spädbarnsverksamheter, på att stödja föräldrarnas förmåga att föreställa

sig mentala tillstånd hos sig själv och barnet, och att se sammanhang mellan dessa mentala tillstånd och det egna och barnets beteende. Förmågan har avgörande betydelse för egen affektreglering och för att kunna etablera sociala relationer, vilket är en central aspekt i det tidiga föräldraskapet. Vid behandling under graviditeten fokuserar arbetet på tre processer (Brodén, 2004): Föreställningen om och relationen till det ofödda barnet.

- Föreställningen om det egna föräldraskapet kopplat till erfarenheter under den egna barndomen.
- Föreställningen om partner som förälder och samarbetet dem emellan.

Utvecklingen av dessa tre spår sker oftast parallellt och är inbördes relaterade. Det är emellertid inte ovanligt att något av dessa spår blockeras. Exempelvis kan tankarna om barnet vara positiva samtidigt som det är svårt att skapa en föreställning om sig själv som en kärleksfull och omsorgsgivande förälder. För att etablera prenatal anknytning och verkliggöra barnet kan man arbeta på flera plan; alltifrån uppmärksamhet på fosterrörelser, barnets dygnsrytm, förberedelser som vagn och kläder, till föreställningar om barnets personlighet och roll i familjen. Detta arbete bör med fördel påbörjas tidigt under graviditeten, vilket ger förutsättningar för ett utvecklingsarbete. När behandlingskontakten etableras sent i graviditeten blir det centrala istället att förbereda för förlossning och mottagande av barnet samt att etablera en relation till föräldrarna för vidare behandling efter barnets ankomst.

Symptombild vid späd- och småbarnspsykiatriskt arbete

Det finns olika anledningar till att späd- och småbarnsfamiljer remitteras eller själva söker hjälp men de kan delas in i två kategorier; de föräldrar som söker hjälp för symptom hos barnet och de som söker hjälp på grund av upplevelsen av egna svårigheter och brister i sitt föräldraskap. Symptom på bristande samspel är svåra att skilja från somatisk problematik och beskrivs ofta som; matproblem, sömnproblem, skrikighet och undandragande från social kontakt. För dessa symptom söker föräldrarna oftast först hjälp inom somatisk vård eller på BVC. En stor del av remisserna till spädbarnspsykiatri kommer därför från BVC och barnkliniker.

Hos barn mellan ett och fyra år är barnets symptom ofta tydligare och, även om problem inom mat och sömn fortfarande är vanliga, söker föräldrarna alltmer med anledning av gränssättningsproblem, trots, kontaktsvårigheter eller avvikande utveckling.

Medfödda eller tidigt förvärvade symptom hos barnet

Egna hinder eller brister hos späda och små barn kan ibland vara det som skapar svårigheter i samspelet med föräldrarna, speciellt om föräldraskapet är skört. Exempel på medfödda eller tidigt förvärvade symptom finner man hos (Papousek, Schieche & Wurmser, 2008):

- barn med svårt temperament, vilka utgör ca 10 % av alla barn
- blyga barn med en konstitutionell hämning och tendens till försiktighet
- oroliga barn med från födseln påtagliga regleringssvårigheter
- prematura barn vilka till en början är sårbara och stimulikänsliga
- barn med PTSD, visar bl a irritabilitet, vaksamhet och avskärmning
- barn med neuropsykiatrisk problematik (se vårdprogram för ADHD och autismspektrumstörning)
- barn som exponerats för droger eller alkohol under graviditeten
- barn med funktionshinder

Varje tillstånd innebär specifika svårigheter men gemensamt för dessa barn är en bristande anpassningsförmåga, fåtal positiva affekter samt svår regleringsproblematik. Barnets medfödda svårigheter, de vaga och svårtolkade signalerna, kan leda till en känsla av osäker föräldra-kompetens. Föräldraskapet är mer krävande, eftersom barnet ofta är otillfredsställt, och barnets symptom kan därför leda till relationsproblem. I samspelet mellan föräldrar och barn kan låg grad av gensvar hos barnet således både vara ett symptom på ett bristande samspel eller på medfödda svårigheter hos barnet. På samma sätt kan skrik-, sömn- och matproblem både vara tecken på egna svårigheter hos barnet och på relationsproblem (Skagerberg, 2010).

Symptom i samspelet

Ett flertal studier har presenterats avseende vilka föräldraförmågor som betyder mest för att samspelet ska vara utvecklande för barnets psykiska hälsa och majoriteten betonar samma dimensioner (Berg-Nielsen, 2010):

- Lyhördhet. Föräldern visar spontan glädje och värme i samvaron med barnet. Föräldern avläser barnets signaler och responderar på ett adekvat sätt.
- Strukturering. Föräldern klarar av att sätta gränser när det behövs samtidigt som man kan stötta barnet i dess utforskande.
- Icke invaderande hållning. Föräldern är emotionellt tillgänglig utan att avbryta barnet eller blanda sig i onödigt mycket.
- Vänlighet/icke fientlighet.
- Barnets responsivitet gentemot föräldern. Barnet svarar på föräldrarnas initiativ och visar ofta positiva känslor tillsammans med föräldern.
- Barnets involvering med föräldern. Barnet tar ofta själv initiativ till ögonkontakt och verbal kontakt med föräldern.
- Symptom på bristande samspel visar sig oftast som frånvaro av ovanstående (Berg-Nielsen, 2010): Bristande lyhördhet. Föräldern visar sällan spontan glädje och värme i samspelet, har svårt att läsa av och svara barnet på ett adekvat sätt.
- Bristande strukturering. Föräldern sätter inga eller för hårda gränser för barnet, har svårt att stå ut med eller stötta barnets utforskande.
- Invaderande hållning. Föräldern är alltför kontrollerande, lägger sig i, styr och övervakar barnet för intensivt.
- Fientlighet. Tydlig fientlighet genom att föräldern exempelvis hotar eller tar hårt i barnet. Indirekt fientlighet genom att föräldern uttrycker missnöje med barnet när de umgås, tittar kritiskt på barnet, utstrålar otålighet eller uppgivenhet gentemot barnet. Indirekt fientlighet kan även uttryckas som sarkasmer där föräldern gör sig lustig över barnet eller visar sig uttråkad tillsammans med barnet.
- Bristfällig responsivitet hos barnet gentemot föräldern. Barnet visar sällan glädje, svarar sällan på föräldrarnas kontaktinitiativ. Allvarliga tecken är om barnet verkar förvirrat, vänder sig från eller drar sig undan föräldern.
- Bristfällig involvering med föräldern. Barnet vänder sig sällan till föräldern, tar sällan själv initiativ till ögon- eller verbal kontakt.

Symptom på brister i föräldraskapet

När föräldrar till barn under ett år remitteras eller själva söker hjälp inom BUP är det ofta för att föräldern upplever egna svårigheter och brister i föräldraskapet. Många av dessa föräldrar lider av psykisk ohälsa och oroar sig för hur det egna måendet påverkar barnet och föräldraskapet. Ofta

beskriver föräldrarna sig som nedstämda eller ångestfyllda. De kan ha svårt för att mata, trösta, lugna sitt barn och att känna glädje tillsammans med barnet. Andra föräldrar uppger att de saknar positiva förebilder från egen uppväxt och att de därför har svårt att möta sitt barn på det sätt som de önskar. Psykisk ohälsa som depression och ångest hos föräldern, liksom egen traumatisk uppväxt, är riskfaktorer för bristande samspel. Förälderns mående eller uppväxtförhållande är dock inte det centrala vid bedömning och behandling. Det avgörande är hur förälderns ohälsa och erfarenheter från uppväxten påverkar föräldraförmågan och samspelet med barnet. När barnet har blivit äldre tas problematik hos föräldern inte lika ofta upp som kontaktsak. Hur förälderns psykiska mående påverkar samspelet med barnet fortsätter dock att vara en lika viktig del av bedömning av behandlingsbehov för barnet. Eventuella brister i förälderns omsorgsförmåga och lyhörddhet kan fångas genom att undersöka förälderns tankar om sitt barn och sin relation till barnet. Detta eftersom föräldrars inre representation av omvårdnad har påvisat samband med barnets anknytningsrelation till föräldern (Zeanah & Benot, 1995). Deras farhågor, önskingar och behov kan förvränga föreställningen om vem barnet är och alltför negativa eller idealiserade egenskaper kan läggas på barnet.

Diagnos

Klassifikationssystemen, DSM 5 och ICD-10, är inte tillämpliga för att fånga den komplexitet man möter i familjer med små och späda barn. På spädbarnspsykiatriska mottagningar inom Region Skåne används därför oftast DSM-systemets relationsdiagnoser (Z-diagnoser) vid klassificering av den problematik som behandlas. Sedan några år finns klassificeringssystemet DC 0-3, Diagnostic classification of mental health and development disorders in infancy and early childhood (2005), ett komplement till DSM och ICD för barn under fyra år.

DC 0-3 är ett deskriptivt klassificeringssystem för beskrivningar av utvecklingsförseningar och beteendeavvikelser för barn under 4 år. Systemet är utformat på samma sätt som DSM med fem axlar och betydelsen av föräldra-barn relationen poängteras genom att man redan i axel II har lagt in en relationsklassificering. DC 0-3 har sedan några år tillbaka funnits på norska och blev 2013 översatt till svenska. Erfarenheter från Stockholm, Oslo och Danmark visar att små barn under ett år sällan uppfyller kriterierna för en primärdiagnos men att diagnos enligt axel II, relationsstörning, inte sällan kan beskriva de svårigheter som gjort att familjen har sökt hjälp. Vid BUP Stockholm beskrivs DC 0-3 som användbart, speciellt vad det gäller komplicerade ärenden.

BUP Region Skåne har, som ett led i utvecklings- och kvalitetsarbetet, beslutat att implementera DC 0-3 i spädbarns- och småbarnsteamerna i Skåne. Samtliga behandlare utbildades i DC 0-3 under 2015/2016. Förhoppningen är insatsen ska bidra till ökad reliabilitet i bedömningarna av de små barnens problem samt underlätta planering och utvärdering av behandling.

Bedömning

Bedömning av små och späda barns behov av spädbarnspsykiatrisk behandling grundar sig på en kartläggning och integrering av information om barnets fungerande, förälderns omsorgsförmåga och barnets tillgång till socialt stöd. Dessa bedömningar förutsätter god kunskap om; barns utveckling, symptom på psykisk ohälsa hos små barn, anknytningsmönster, och risktecken i samspelet. Det krävs även kunskap om på vilket sätt psykisk ohälsa, social belastning och egna uppväxtförhållanden kan påverka förälderns lyhörddhet gentemot barnet.

Initial bedömning vid nybesök

För att ta ställning till om det föreligger behandlingsbehov kartläggs information om; barnet, samspel mellan förälder och barn, förälderns inre arbetsmodell av sitt barn samt möjlighet till socialt stöd. Denna bedömning kan göras vid ett tillfälle men kan också kräva två besök. Information inhämtas både via förälderns beskrivningar och observationer av barnet samt av interaktionen mellan barnet och föräldrarna (förslag på mall för bedömningsbesök, se [Bilaga 1](#)).

Kartläggning av *barnet*

Förälderns beskrivning av:

- de bekymmer som upplevs med barnet
- barnets utveckling från graviditet och framåt
- hur vardagen fungerar avseende mat, sömn och vardagsrutiner
- hur barnet fungerar utanför hemmet, med jämnåriga på förskolan etc.

Egna observationer av barnets:

- motoriska, kognitiva och emotionella utvecklingsnivå
- kontaktutveckling; vakenhetsgrad och ögonkontakt

Kartläggning av *samspel mellan förälder och barn*

Egna observationer av:

- emotionell ton och ömsesidighet i samspelet
- förälderns förmåga att skydda barnet och ställa åldersadekvata krav
- förälderns beskrivning av interaktion

Kartläggning av *förälderns inre föreställningar om barnet*

- Förälderns beskrivning av barnets personlighet
- Förälderns beskrivning av sin relation till barnet

Kartläggning av *barnets sammanhang*

- familjens sociala situation
- samarbetet i föräldraskapet
- socialt stöd och möjlighet till avlastning för familjen
- eventuella psykiska problem hos föräldern, hur och om dessa symptom påverkar förälderns omsorgsförmåga

För att få en tydligare bild av samspelet kan man be förälder och barn att leka en stund tillsammans och därefter städa upp leksakerna. På samma sätt ger en gemensam matstund rika möjligheter till att observera samspel och inhämta information från föräldrarna.

Efter kartläggning sammanvägs all information för ställningstagande till behandlingsbehov inom barnpsykiatri.

- Om föräldrarna endast är i behov av allmänt föräldrastöd och råd kring mat och sömn, hänvisas familjen till BVC.
- Frågetecken kring autismspektrumstörning föranleder remittering till specialiserade team.
- Samarbetsproblem hos föräldrarna som rör annat än barnet bör hänvisas till familjerådgivning alternativt familjerätt.
- Indikationer på våld i hemmet eller omsorgssvikt föranleder omedelbar anmälan till socialförvaltningen. Vid dessa tillfällen rekommenderas att man delger sitt resonemang

och sin oro till föräldrarna under förutsättning att man inte bedömer att det skulle innebära en risk för barnet.

- Om det finns frågetecken kring avvikelser i utvecklingen bör man kontakta BVC alternativt barnklinik för samarbete och vidare ställningstagande.
- Vid konstaterad vuxenpsykiatrisk problematik är det viktigt att säkerställa att föräldern får hjälp med denna och här hänvisas till primärvård eller vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. På vissa spädbarnspsykiatriska mottagningar finns tillgång till konsulterande vuxenpsykiater vilket underlättar snabb bedömning och eventuell vidare remittering.

För att spädbarnspsykiatrisk behandling ska bli aktuell bör man ha identifierat behov av att förändra samspelet mellan förälder och barn. Bedömningsbesöken ska ha identifierat symptom hos barnet och/eller risktecken i samspel som kan komma att innebära att barnet utvecklar symptom. Det är viktigt att tidigt försäkra sig om att föräldrarna är införstådda i att de kommer att vara delaktiga i behandlingen och att föräldra-barn-interaktionen kommer att vara i fokus. I många ärenden behöver behandlingen kompletteras med insatser som parallell vuxenpsykiatrisk behandling, stöd i hemmet eller etablerandet av kontaktfamilj via socialförvaltningen. Samarbete med vårdgrannar, kommun eller förskolan är ofta både nödvändig och önskvärd och denna kontakt tas i samråd med föräldrar.

Fördjupad bedömningsfas för upprättande av vårdplan

Behandlingskontakten inleds med en fördjupad bedömningsfas där behandlaren ringar in mönster i samspelet, skaffar sig en tydligare bild av barnets fungerande och av förälderns representationer av barnet. Den fördjupade bedömningen ger underlag till behandlingsfokus, vilka metoder som ska användas och, tillsammans med föräldern, upprättandet av en tydlig vårdplan. Omfattningen av den fördjupade bedömningen är beroende av ärendets problematik. Fördjupad bedömning av samspelet är oftast motiverat eftersom det ger en utgångspunkt för behandlingsarbetet medan en utvecklingsbedömning av barnet endast är motiverad om det finns frågeställningar kring barnets utveckling. Samspeletsbedömningar görs kontinuerligt under behandlingens gång och är vägledande huruvida behandlingen ger resultat samt om en ny vårdplan behöver upprättas.

Fördjupad bedömning av *barnet* via:

- Observationer av barnet i olika situationer
- Utvecklingsbedömning av barnet
- Information från förskolan
- Skattningsskalor

Fördjupad bedömning av *samspel* genom noggrann observation av:

- Naturligt samspel som uppstår under besöken som exempelvis påklädning eller blöjbyte
- Spontan lek mellan förälder och barn
- Iscensatta samspelssituationer som fångar aktuell problematik och/eller utmanar anknytningssystemet

Fördjupad bedömning av *förälderns inre föreställningar* om barnet:

- Strukturerad intervju (se WMCI under bedömningsmetoder)
- Förälderns beskrivningar av hur han/hon uppfattar olika situationer med barnet

- Förälderns beskrivningar av barnets personlighet och förmågor
- Förälderns beskrivningar av relationen till barnet

Bedömningsinstrument

Ett viktigt komplement till observation, vid kartläggning av behandlingsbehov, är användande av bedömningsinstrument. Val av instrument baseras på barnets behov av förändring och de hypoteser som behandlare ställer utifrån beskriven och observerad problematik. Undantaget systematisk och strukturerad utvecklingsbedömning, vilket görs när behandlare finner detta lämpligt, bör nedan beskrivna domäner kartläggas. Redovisade instrument är väl kända och har visat god klinisk användbarhet.

Utvecklingsbedömning

Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Third Edition

För bedömning av utvecklingsnivå avseende kognition, språk och motorik hos barn mellan 0 och 42 månader finns sedan några år en svensk version av det internationellt välkända Bayley-III. Normerna är amerikanska men instrumentet är i sin helhet fackgranskat av svensk expertis. Användande av detta instrument förutsätter legitimation som psykolog, läkare, sjuksköterska eller arbetsterapeut.

Den kognitiva skalan är uppbyggd på sådant sätt att den minimerar behovet av receptiv språkförståelse och motoriska färdigheter, och ger på så sätt ett relativt renodlat mått av basala kognitiva färdigheter. Språkskalan omfattar såväl receptiv som expressiv kommunikation och även den motoriska skalan är uppdelad i två delar. Detta för att möjliggöra bedömning av såväl fin- som grovmotorik. Samtliga skalor har tydliga startpunkter för olika åldrar samt definierade avbrottskriterier. I merparten av uppgifterna används olika leksaker samt bildmaterial.

Skattning av barnets fungerande

Child Behavior Checklist (CBCL)

CBCL är ett av världens mest använda formulär för kartläggning av barns psykiska problem och sociala kompetens, med olika versioner för barn från 1,5 till 18 år. För de yngsta barnen, mellan 18 månader och 5 år, finns en version som fylls i av föräldrar och en som fylls i av förskolepersonal. Via 99 frågor ges en beskrivning av problem, svagheter, särskilda orosmoment och barnets starkaste sidor. För dessa de yngsta barnen finns även en del som specifikt studerar språkutveckling. För CBCL pågår ett kontinuerligt arbete med uppdatering av såväl formulärets innehåll som normer (www.aseba.org). Materialet finns att beställa på nämnd hemsida. Ingen formell utbildning krävs för användande.

Alarm Distress Baby Scale (ADBB)

ADBB (www.adbb.net) är ett instrument som tar ca 15 minuter att genomföra och som används för identifikation av socialt tillbakadragande. Det består av åtta faktorer vilka bedöms på en femgradig skala (mellan noll och fyra poäng) där högre poäng indikerar större avskärmningstendenser. De faktorer som bedöms är; ansiktsuttryck, ögonkontakt, aktivitetsnivå, självstimulerande beteende, vokalisering, svar på stimuli, relaterande och attraktion. Formulär och manual finns att tillgå på hemsidan. Användande förutsätter utbildning och hemsidan erbjuder även information om var sådan kan sökas.

Infant Characteristics Questionnaire (ICQ)

ICQ är ett skattningsformulär, möjligt att använda från 2 månaders ålder, i vilket föräldern besvarar 24 påståenden om upplevelsen av sitt spädbarns temperament. Föräldern värderar nämnda påståenden utifrån hur man uppfattar sitt barn som lättare eller svårare än genomsnittet. En högre poäng indikerar att föräldern upplever mer svårigheter, att barnet har ett mer svårhanterat temperament än genomsnittet. Användande kräver ej formell utbildning.

Samspelsbedömning

MIM (Marschak Interaction Method) är en metod för att bedöma samspel mellan barn och förälder. MIM föregår behandling med Theraplay (se nedan).

Utifrån filmade tillika strukturerade lekar görs en bedömning av vad som behöver utvecklas avseende samspel. Vad som studeras är föräldrarnas förmåga att sätta adekvata gränser (*struktur*), förmåga att engagera barnet i samspel och tona in barnets nivå och reaktioner (*engagemang*), förmåga att möta barnets behov av uppmärksamhet, tröst och omvårdnad (*omsorg*) samt att uppmuntra barnet att prestera på en utvecklingsmässigt lämplig nivå (*utmaning*). Parallellt studeras barnets förmåga att svara föräldrarnas ansträngningar utifrån ovan nämnda dimensioner. Via MIM möjliggörs både observation av interaktionsmönster och identifiering av såväl problemområden som styrkor hos förälder, barn och deras inbördes samspel.

MIM kan tillämpas på barn i olika åldrar men används vanligen för barn i koltålder. Som nämnts ovan utgör MIM bedömningsdel inför behandling med Theraplay men denna metod har, av behandlare inom region Skåne, även visat sig vara kliniskt värdefull i arbetet med att ta fram vårdplan för annan samspelsbehandling.

Föräldrarnas skattning av föräldraskap

Early Motherhood Experience (EMQ)

EMQ är ett självskattningsformulär med 20 frågor i syfte att kartlägga såväl negativa, stressfyllda aspekter av föräldraskap som positiva, lustfyllda delar av livet. Resultatet redovisas i totalpoäng och enligt sex olika faktorer. En hög poäng indikerar hög stressnivå, missnöje och svårigheter att bemöta sitt föräldraskap. Användande kräver ej formell utbildning.

Parental Stress Index (PSI)

Föräldrastress har beskrivits som ett tillstånd där föräldraskapskraven överstiger de personliga resurserna (Deater-Deckard, 2005; Östberg, Hagekull & Hagelin, 2007). PSI är en skattningsskala framtagen i syfte att identifiera föräldrarnas upplevelse av stress. Formuläret består av 120 påståenden och handlar om hur barnet beter sig, hur föräldrarna reagerar och hur familjen fungerar som helhet. Frågorna är uppdelade i en barn- respektive föräldradomän där barndomänen har sex delskalor (distraktion/hyperaktivitet, anpassningsförmåga, belöningar, kravupplevelse, sinnesstämning/humör och acceptering) och föräldradomänen sju dito (kompetens, isolering, anknytning, hälsa, begränsning av föräldrarollen, depression och make/maka.) PSI används inte sällan som ett, av flera, instrument vid planering av behandling. Användande förutsätter klinisk kompetens.

The Working Model of the Child Interview (WMCI)

I WMCI fokuseras upplevelsen att vara förälder. I en halvstrukturerad intervju får föräldern bland annat beskriva graviditet, viktiga utvecklingssteg och barnets personlighet. Föräldern får även beskriva sin relation till barnet och barnets reaktion när något upprör. Avslutningsvis frågar man om framtiden, om det är något som oroar och huruvida förälder upplever några farhågor. Intervjun spelas in och föräldrarnas berättelse värderas med utgångspunkt i den sammanhängande kvaliteten och graden av begriplighet och meningsfullhet. På detta sätt klassificeras föräldrarnas representation av sig och sitt barn i mönster som balanserat, avfärdande eller förvrängt. WMCI har påvisat hur föräldrarnas inre representation av barnet är associerad med risktillstånd och klinisk

status (Zeanah, 1995; Zeanah, Boris & Larrieu, 1997). WMCI utarbetades först som ett forskningsinstrument och för att kunna klassificera svaren krävs certifierande utbildning. Intervjun har även visat sig vara användbar i kliniskt arbete utan att svaren formellt klassificeras.

Föräldrarnas skattning av eget mående

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Självskattningsskalan EPDS används för att lättare upptäcka föräldrar med tecken på depression (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). EPDS är validerad på ett 20-tal olika språk inklusive svenska (Wickberg & Hwang, 1996) och en total poängsumma på 12 eller högre är tecken på att en mer noggrann bedömning behöver göras. En internationell transkulturell undersökning, där även Sverige deltog, har visat att skalan är användbar i Europa och i Nord- och Sydamerika och screening av nyblivna mammor rekommenderas idag enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård av depression och ångesttillstånd (Socialstyrelsen, 2010). Användande kräver ej formell utbildning.

Känsla av sammanhang (KASAM)

Kasam är ett begrepp som hänvisar till vad det är som gör att människor blir och förblir friska; de hälsobringande faktorernas ursprung (Hansson & Olsson, 2001). Detta kan studeras i ett självskattningsformulär med samma namn, KASAM. Via 29 frågor erhålls en bild huruvida individen uppfattar sin tillvaro som: begriplig (att inre och yttre stimuli är strukturerade, förutsägbara och begripliga) hanterbar (att kunna lita på sin förmåga att möta de händelser som livet erbjuder) och meningsfull (att kunna se situationer, även krav- och problemfyllda, som utmaningar värda investering av tid, engagemang och energi). Användande kräver ej formell utbildning.

Symptoms Checklist (SCL-90)

SCL-90 består av 90 frågor som kategoriseras i nio diagnostiska subskalor och tre mer övergripande som generell besvärnivå, graden av upplevda besvär samt antal positiva symptom.

I en rapport beskrivs den svenska normeringen av instrumentet och här tydliggörs att SCL-90 diskriminerar väl mellan normalgrupp och patientgrupp, mellan patienter med och utan personlighetsstörning samt mellan patienter med hög respektive låg upplevd känsla av sammanhang (Fridell, Cesarec, Johansson, & Malling Thorsen, 2002). En utvärdering av SCL-90 finns även att tillgå på socialstyrelsens hemsida. För användande finns inga krav angivna, men kännedom om psykiska hälsotillstånd rekommenderas. Formuläret kan distribueras av annan behandlingspersonal än psykolog, dock under förutsättning att korrekt information ges till försöksperson.

Behandling av späda och små barn

Det övergripande målet med behandling är att föräldern ska kunna utveckla lyhördhet för sitt barns behov och personlighet och reflektera över detta på ett sådant sätt att samspelet blir utvecklande för barnet samt att barnets anknytning till föräldern blir trygg. Behandlingsarbetet förutsätter kunskap om små barns utveckling, om samspeletsbehandling och hur man bäst bedriver terapeutiskt arbete med sårbara föräldrar för att öka deras lyhördhet gentemot barnet. Samarbete med vårdgrannar är ofta en förutsättning för positivt behandlingsutfall.

I psykiatriskt arbete är problematiken ofta komplex varför det är viktigt att anpassa behandlingen till den familj och de svårigheter man möter och olika interventionsnivåer och metoder är därför möjliga. Stern (1996), som varit en viktig inspirationskälla i arbetet med att utveckla behandlingsmetoder för späda och små barn beskriver olika ingångar i behandlingen som "ports of entry" i arbetet med att förändra föräldra-barn-relationen. Han menar att dessa är påverkan på; barnet, på föräldrarnas beteende, på föräldrarnas föreställningar om barnet samt på familjesystemet.

Olika behandlingsmetoder inriktar sig oftast på olika ingångar till att nå förändrat samspel och de flesta fokuserar en (1) av ovanstående nivåer. I såväl BUP Stockholms Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling (2012), Skagerbergs rapport (2009) som Neanders avhandling (2009) tydliggörs att evidensläget, gällande behandling av späda och små barn, till stor del bygger på beskrivande studier, rapporter från expertgrupper och sammanställningar av längre klinisk erfarenhet. Det finns få behandlingsöversikter med hänvisningar till randomiserade kontrollerade utfallsstudier och större studier anpassade till svenska eller nordiska förhållanden saknas (Skagerberg, 2009).

Uppdaterade sammanställningar med ambition att klargöra vilka metoder som är bäst lämpade för vilka problemområden är dock återkommande i internationella tidskrifter. Bland dessa kan nämnas Bakermans-Kranenburg och kollegors metaanalyser (2003, 2005) vilka noterar att anknytningsbaserade korttidsinterventioner med tydligt fokus tycks ha störst värde för positivt behandlingsutfall. Motsatsen står att finna i en översikt av Egeland och medarbetare (2000) som istället rekommenderar flexibla interventioner, bredare fokus och längre behandlingar. Klinisk erfarenhet från späd- och småbarnspsykiatrisk behandling i Norden pekar på att en specifik behandlingsmetod sällan är tillräcklig insats för att nå varaktig förändring hos de familjer som erhåller behandling inom spädbarnspsykiatri (Skagerberg 2009; Neander, 2009; Brandtzaeg, Smith & Torsteinson, 2011; Bernstad, 2010). Olika specifika behandlingsmetoder behöver istället integreras i ett vidare behandlingsupplägg, anpassat till varje enskild familj och problematik, och i samråd med föräldrarna. Den komplexa problematik man ofta möter inom spädbarnspsykiatri gör att behandlingstiderna är förhållandevis långa (Abramson, 2010, Neander, 2009; Tedgård, 2008). Små barns snabba utveckling innebär att det är nödvändigt med tät och regelbunden behandling, speciellt i början av behandlingen. Eftersom behandlingsarbetet innebär att man behöver intervensera på flera nivåer (i samspelet, med föräldrarnas representationer, föräldrasamarbetet och det professionella nätverket) är det fördelaktigt att vara mer än en behandlare, med olika behandlingsfokus. En period med uppföljningsbesök, så kallade booster-sessions, är betydelsefullt eftersom det gör att man kan befästa behandlingsframstegen i förhållande till barnets nya förmågor och reducera risken för tillbakagång.

Behandlingsmodell

En väl fungerande behandlingsmodell för späda och små barn är den som sedan starten 1978 funnits på Viktoriagården och den betraktas som vägledande i arbetet inom spädbarnspsykiatri. Denna modell har kontinuerligt utvärderats och utvecklats, och i takt med att flera spädbarnsverksamheter har etablerats har den spridits såväl inom Sverige som utanför landets gränser. Modellen har fokus på utveckling av tidigt samspel och för att uppnå behandlingsresultat så snabbt och stabilt som möjligt inriktar sig behandlingsarbetet parallellt på 1) samspelet mellan förälder och barn genom direkt samspelsbehandling, 2) på föräldrarnas föreställningar om barnet och föräldraskapet via terapeutiska samtal samt 3) på familjesystemet via gemensamma föräldrasamtal med båda föräldrarna. Behandlingen tillämpas till varje familj vilket innebär att i vissa ärenden eller under vissa perioder i behandlingen kan samspelsarbetet vara mer framträdande än de terapeutiska föräldrasamtalen, i andra fokuseras samtalet. Specifika bedömnings- och behandlingsmetoder integreras i modellen efter behov. I ärendena samarbetar två behandlare, en familjebehandlare och en terapeut. En psykiater finns att konsultera vid behov. På Viktoriagården har man god klinisk erfarenhet av att samtidigt arbeta på tre nivåer enligt det sätt som beskrivs nedan (för exempel på tillämpning, se [Bilaga 2](#)):

Samspelsbehandling

I den direkta samspelsbehandlingen arbetar man med barn och förälder tillsammans för att hjälpa föräldern att hitta konkreta sätt att möta barnets behov och med att få samvaron mer glädjeric. Behandlaren använder sig både av de samspelsituationer som uppstår spontant under behandlingstillfällena och av situationer som arrangeras i behandlingsrummet. Behandlarens roll blir, förutom att iscensätta situationer, att observera, uppmärksamma beteendemönster och guida

föräldern till ett förändrat samspel. Föräldern ges möjlighet att upptäcka barnets personlighet och temperament. Vidare får föräldern möjlighet att pröva nya strategier och uppleva förändrade gensvar från barnet, vilket skapar hopp och motivation.

Terapeutiska samtal

I de terapeutiska samtalen erbjuds föräldrar att hitta nya perspektiv på upplevda problem med barnet. Erfarenheter från det direkta samspelsarbetet och från vardagen hemma används för att hitta mönster i föräldraskapet och för att nyansera föräldrarnas syn på sitt barn och sitt föräldraskap. Föräldern uppmuntras till att uttrycka sina föreställningar om barnet och relationen till barnet, för att ges möjlighet till nyansering och vidare bearbetning. Barndomserfarenheter kan tas upp för att förhindra negativ upprepning. Många behöver också hjälp med att; differentiera och prioritera barnets behov, öka förmåga till egen affektreglering samt bearbeta eventuella skuld känslor och trauma som påverkar föräldraskapet.

Föräldrasamtal

Föräldrarna får regelbundna gemensamma samtal. I samtalen får föräldrarna hjälp att nå en samsyn på barnets behov, på föräldraskapet och på behandlingsarbetet. De får även hjälp med att samarbeta i föräldraskapet och med att förändra destruktiva familjemönster som påverkar barnet negativt. I de familjer där den ena föräldern är psykiskt insufficient är föräldrasamtalen viktiga för att säkerställa att barnet har tillgång till en trygg anknytningsrelation. Även andra resurser i nätverket kan inventeras och engageras. Ibland behövs ytterligare stödåtgärder i hemmet.

Specifika behandlingsmetoder

Nedan redovisas specifika behandlingsmetoder, med påvisad evidens, som används i Region Skåne. Dessa används i olika omfattning på de olika enheterna och alltid som en del i ett bredare behandlingsupplägg. Samtliga metoder är samspelesorienterade med målsättning att skapa en positiv och utvecklingsbefrämjande relation mellan förälder och barn. Val av metod görs av aktuell behandlare i samråd med föräldrar.

Marte Meo

Marte Meo är en psykoedukativ metod med utgångspunkt i ett antal principer som förekommer naturligt i samspel mellan barn och förälder. Dessa principer beskriver föräldrarnas agerande som: 1) Att uppmärksamma var barnet har fokus 2) Att bekräfta barnets fokus och initiativ 3) Att invänta barnets svar på det egna agerandet 4) Att benämna barnets initiativ, svar och känslor på ett sätt som blir bekräftande för barnet 5) Att ta ansvar för interaktionen så denna kan formas till flera turtagningar 6) Att bekräfta önskat beteende 7) Att triangulera barnet mot omvärlden genom att benämna personer, objekt och fenomen 8) Att ge tydliga start- och stoppsignaler. Utifrån korta inspelningar av förälder och barn skapar terapeuten en atmosfär som möjliggör information till föräldrarna om alternativa förhållningssätt för en positiv utveckling av kommunikationen. Man visar sekvenser med lösningsögonblick av kommunikation och stärker på så sätt samspelet mellan barn och förälder. Metoden är vetenskapligt studerad för äldre barn såväl som vuxna personer med demenssjukdom och har här visat positivt utfall (Axberg, 2007; Lindblad, Mjönes & Risholm Mothander, 2001) Likaså finns studier som visar god effekt vid behandling av små barn (Neander & Engström, 2009; Vik & Rodhe, 2012;). Antalet studier för denna åldersgrupp är dock fortfarande få.

Watch, Wait and Wonder (WWW)

WWW vänder sig till familjer med samspelsproblem. Metoden är utarbetad för familjer med barn från 4 månader upp till 9 år. Vanligaste målgruppen är dock späda- och koltbarn.

Metoden lämpar sig väl för föräldrar som upplever svårigheter att förstå sitt barns behov och signaler eller som oroas över att barnet ger intryck av att vara överdrivet aktivt eller passivt, klängigt eller lättstört. WWW har även visat god effekt för föräldrar som känner sig nedstämda eller oroliga och vars problembeskrivning överensstämmer med regleringssvårigheter och en svårighet att etablera fungerande rutiner och förhållningssätt tillsammans med sitt barn gällande sömn, mat och skrikighet.

I behandlingen, som inkluderar en behandlare och 8-10 behandlingstillfällen under lika många veckor, uppmanas föräldern att samspela med barnet på dess egna villkor; att se sitt barn, invänta initiativ och förundras. Varje session avslutas med ett samtal mellan förälder och terapeut med utgångspunkt i vad som skett avseende samspel, både vad gäller det observerbara samspellet och föräldrarnas inre bild av barnet. Ett fåtal studier har publicerats gällande WWW och dessa visar på metodens positiva effekt både avseende förändring i riktning mot trygg anknytning och förbättrad emotionell reglering. Författarna till dessa studier framhåller vikten av att, i en relationsinriktad behandling som www, även hålla fokus på barnet (Cohen m fl., 1999, Cohen, Lojkasek, Muir & Parker, 2002; Lojkasek, Cohen & Muir, 1994).

Theraplay

Theraplay föregås av bedömning med Marschak Interaction Method (MIM, beskriven ovan). Behandlingsformen är huvudsakligen icke verbal; en strukturerad vuxenstyrd aktivitet i vilken föräldern tillsammans med barnet, under 30 - 40 minuter vid vanligen 10 - 20 tillfällen, deltar i lek och lustfyllda aktiviteter. Terapeuten uppmanar föräldern att tillsammans med barnet utföra vissa moment och lekar, sessionen spelas in och terapeuten och föräldern studerar därefter händelseförloppet med hjälp av Theraplays fem grundelement; engagemang, struktur, omvårdnad, utmaning och lekfullhet.

Modellen har sitt ursprung i USA men tillämpas i många länder däribland Finland där den är väl förankrad. Studier har påvisat positiva resultat avseende förbättrad samspelsförmåga (Bojanowski & Ammen, 2011; Wettig, Coleman & Geider, 2011) och i Sverige har metoden beskrivits och utvärderats i ett antal examensuppsatser. De senare har förvisso inte haft utformning av större randomiserade studier men utfallet har likväl varit positivt (Berggren 2007; Baruch-Jackson 2008; Sundberg, 2005). I en meta-analys gällande barnterapi refererar Leblanc och Martin (2001) till Theraplay som en modell som rimligen bör vara effektiv eftersom de visar att det föreligger ett generellt starkt samband mellan metoder som involverar föräldrarna och positivt utfall.

Circle of Security (COS)

COS används ännu inte inom Region Skåne men metoden beskrivs eftersom den ligger till grund för COS-P (se nedan).

COS är en 20-veckors gruppintervention med utgångspunkt i anknytningsteori och behandlingen fokuserar begreppen trygg bas och säker hamn. Föräldrarnas två huvudsakliga uppgifter är att erbjuda närhet och trygghet och underlätta barnets utforskande av världen, vilket görs med utgångspunkt i vad barnet signalerar. I gruppen, som består av sex till åtta föräldrar, studeras filmupptagningar av samspel mellan gruppdeltagarna och deras barn och i diskussioner belyses även föräldrarnas egen erfarenhet av anknytning. Metoden är utvärderad och visar goda resultat såtillvida att anknytningsmönster hos flera av de studerade barnen förändras från desorganiserad till organiserad anknytning och ett ökat antal barn bedöms även ha utvecklat ett tryggt anknytningsmönster (Hoffman, Marvin, Cooper & Powell, 2006).

Circle of Security-Parenting (COS-P)

COS-P är en föräldrautbildning i grupp, en psykoedukativ version av behandlingsprogrammet Circle of Security (COS, se ovan). Medan COS kräver kvalificerade initiala bedömningar av

föräldra-barnrelationen och filmupptagningar av föräldrar och barn är COS-P väsentligt mer lättadministrerat.

COS-P bygger på ett grafiskt arbetsmaterial som illustrerar centrala begrepp i anknytningsteorin och ett DVD-material som visar anknytningsteori med konkreta samspelsexempel. Behandlingen innefattar åtta föräldrträffar som leds av en utbildad ledare där man tillsammans tittar på och diskuterar olika teman som tas upp i materialet. På Nic Waal-Institutet i Oslo, en småbarnspsykiatrisk verksamhet, har man positiv erfarenhet av att använda COS-P som ett komplement till andra insatser och även i arbete med enstaka familjer (Brandtzaeg m fl, 2011). För tillfället pågår en svensk utvärdering av COS-P vid verksamheter inom specialiserad barnpsykiatri (däribland Viktoriagården). Denna utvärdering leds av Pia Risholm Mothander vid Stockholms universitet och beräknas vara klar under 2014.

Sammanfattning

Behandling av späda och små barn sker med och genom föräldrarna, ofta har såväl barn som föräldrar symptom. Problematiken är ofta komplex och mångfacetterad varför samarbete med vårdgrannar är centralt. Småbarnspsykiatriens uppgift är att upptäcka och erbjuda behandling till föräldrar vars barn har egna konstitutionella svårigheter och föräldrar och barn med relationsproblem. Behandlingsarbetet syftar ytterst till att hjälpa föräldrar till ett tryggt och känslomässigt lyhört samspel med sitt barn, oavsett orsaken till barnets symptom. Spädbarnspsykiatriskt bedömnings- och behandlingsarbete förutsätter specialiserad kompetens om; små barns utveckling, symptom på psykisk ohälsa hos små barn, anknytningsmönster, risktecken i samspelet samt hur psykisk ohälsa, social belastning och egna uppväxtförhållanden kan påverka lyhördsiteten i föräldraskapet. Därutöver krävs kunskap om samspelsbehandling och terapeutisk kompetens i arbete med att öka lyhördsiteten hos sårbara föräldrar.

Det finns vissa inbyggda frågeställningar i arbetet med utvärdering av behandling för familjer med späda och små barn. Till skillnad från utvärdering av behandlingsmetoder för äldre barn och vuxna, vilket oftast kopplats till symptom och diagnos, kan utvärdering av arbetet med späd- och småbarnsfamiljer av förklarliga skäl inte använda sig av samma mått. Frågor som därför uppstår är bland annat; vilka utfallsvariabler är rimliga att använda sig av när behandlingen till största del avser relationsutveckling och hur bör man hantera avsaknaden av randomiserade kontrollerade studier? Späd- och småbarnspsykiatri är ett utvecklingsområde och idag får vi lita till att det för behandling av dessa barn ändå finns en tämligen god bild i form av samlad klinisk erfarenhet, beskrivande rapporter och utvärderingar vilka sammantaget erbjuder en bra översikt av verksamma och gemensamma faktors betydelse, trots innehållsligt olika metoder.

Gemensamt för de behandlingsmetoder som omnämns i detta vårdprogram är betoning på relations- och utvecklingsperspektiv. All terapiforskning poängterar betydelsen av en tillitsfull vårdrelation för positivt behandlingsutfall, så även i arbetet med föräldrar till de yngsta barnen. En annan central faktor i arbetet med små barn tycks vara att behandlingsmetoden engagerar barnet i behandlingen, att barnets aktiva deltagande och närvaro konkretiserar sessionerna. Tonvikten läggs på här och nu och det som sker i rummet med föräldern. Ofta filmas samspelssituationen och samspelet analyseras tillsammans med föräldrarna utifrån givna variabler. Flera metoder betonar vikten av att det också ges utrymme för samtal hur föräldrarnas egen uppväxt påverkar samspelet med barnet, att arbeta med föräldrarnas förmåga att leva sig in i barnets situation och att möjliggöra en pendling mellan inre representationer och yttre samspel. Med ett sådant arbetssätt som rör sig mellan psykoedukation och lyssnande är det också möjligt att förena ett systemteoretiskt, kognitivt och psykodynamiskt synsätt. Olika metoder passar olika problem och

familjer, och anpassas därför utifrån behov, i samarbetet med att formulera mål och utforma en anpassad intervention.

I likhet med Skagerberg (2009) kan noteras att följande faktorer, oberoende val av metod, lyfts fram som verkningsfulla:

- Att behandlingen utgår från barnet som deltar i behandlingen.
- Att behandlingen utgår från det som sker i samspelet här och nu och att det gärna dokumenteras på film.
- Att behandlaren tillsammans med föräldrarna formulerar och konkretiserar problem och mål för behandlingen
- Att föräldern får hjälp att reflektera kring det som sker i samspelet och prova alternativa förhållningssätt.
- Att behandlaren uppmärksammar barnets reaktioner som en indikation huruvida behandlingen är på rätt väg.
- Att behandlaren pendlar mellan att ha fokus på barnet, samspelet och föräldrarnas erfarenheter och föreställningar.
- Att behandlingen stärker föräldrarnas förmåga att se, inse, verbalisera och associera, vilket öppnar nya och förändrande perspektiv på föräldraskapet.

BUP Skånes vårdprogram för späda och små barn sammanfattar den kliniska erfarenhet som finns representerad inom regionen och områdets forskningsposition. Små barns sårbarhet och vikten av tidiga interventioner är väl belagt och kvalitetssäkrade bedömningsinstrument och behandlingsmetoder finns att tillgå även om fler randomiserade studier vore önskvärt. Författarnas förhoppning är att vårdprogrammet ska utgöra ett stöd i arbetet med späda- och småbarnsfamiljer och att det även ska kunna fungera som ett stöd i Region Skånes ambition att erbjuda högkvalitativ och likvärdig vård.

Referenser

Abramson, C. (2010). Utvärdering av intensiv familjebehandling i dagvård. Region Skåne. Rapport 13. Omställning till föräldraskap.

Abidin, R. R. (1990). Introduction to the Special Issue: The Stresses of Parenting. *Journal of Clinical Child Psychology, 19(4)*, 298-302.

Alarm Distress Baby Scale www.adbb.net

Axberg, U (2007). Assessing and treating three to twelve-year-olds displaying disruptive behaviour problems. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet. ISBN 978-91-628-7104-8

Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin, 129(2)*, 195-215.

Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2005). Disorganized Infant Attachment and Preventive Interventions: A Review and Meta-Analysis. *Infant Mental Health Journal, 26(3)*, 191-216.

Baruch-Jackson, S. (2008) *Lekande eller läkande? Kan man se att Theraplaybehandlingar hjälper barn utveckla förmågan till självreglering – en deskriptiv studie av tre behandlingar* Psykoterapeutexamensuppsats, Umeå universitet, Medicinska fakulteten, Institutionen för klinisk vetenskap

Bauer, J (2007) *Varför jag känner som du känner: Intuitiv kommunikation och hemligheten med spegelneuronerna* Stockholm: Natur & Kultur

Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997) At risk for anxiety: Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 918-924.

Berg-Nielsen T.S. (2010). Barn av foreldre med ClusterB personlighetsforstyrrelser – prisgitt det uberegnelige. I Moe, Slinning & Bergum-Hansen (red), *Håndbok i sped og småbarns psykiske helse* (s 360-373) Gyldendal akademisk

Berg-Brodén, M., (1989). *Mor och barn i ingenmansland*. Solna, Almqvist & Wiksell.

Berggren, G. (2007). Kan det vara så enkelt? Uppsats inom Legitimationsgrundande utbildning i Kognitiv Psykoterapi, Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi, Stockholm

Bernstad, K. (2010). *Oroliga spädbarns föräldrar med svårigheter att trösta-två fallstudier av en mindfulnessintervention*. Psykoterapeutexamensuppsats, Vol. V, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.

Bojanowski, J. & Ammen, S. (2011). *Discriminating Between Pre- Versus Post-Theraplay Treatment Marschak Interaction Methods Using the Marschak Interaction Method Rating System* Alliant International University, California School of Professional Psychology, Fresno

Brandtzaeg, I., Smith, L., Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner, Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget. ISBN 978-82-450-0483-0

Brodén, M. (2004). *Graviditetens möjligheter* Stockholm: Natur och Kultur

BUP Stockholm *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling* (2012). Stockholms läns landsting ISSN 1653-0179

Campbell, S.B. (1995) Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* Vol 36, 113-149.

Cassidy, J. & Shaver, P.R. (2008). *Handbook of attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. The Guilford Press.

Child Behavior Checklist (www.aseba.org).

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.

Cox J.L., Holden J.M. & Sagovsky R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10 item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry* Vol.150:782-886.

Cyr, C., Euser, E. V., Bakerman-Kranenburg, M.J., & van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychology*, 22, 87-108.

Deater-Deckard, K. (2005). Parenting stress and children's development: Introduction to the special issue. *Infant and Child Development*, 14, 111-115.

Egeland, B., Weinfeld, N. S., Bosquet, M., & Cheng, V. K. (2000). Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment based interventions. I Osofsky, J.D. &

Fitzgerald, H.E. (red), *Handbook of infant mental health. Vol 4. Infant mental health in groups at high risk*. (pp. 35-89). NewYork: Wiley

Emde, R. N. & Spencer, P. (2000). *Experience in the mist of variation: New horizons for development and psychopathology*. *Development and Psychopathology*, 12(3), 113-331.

Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interaction, parenting and safety practices: A review. *Infant Behaviour and Development*, 33(1), 1-6.

Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., & Malling Thorsen, S. (2002) Statens institutionsstyrelse (SiS) följer upp och utvecklar Rapport 4/02 ISSN 1403-1558

Hansson, K. & Olsson, M. (2001) KASAM - ett mänskligt strävande. *Nordisk Psykologi*, Vol. 53, No. 3, 238-255

Hoffman, K.T., Marvin, R.S., Cooper, G. & Powell, B.(2006) [Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security intervention](#) *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 74(6) 1017-1026.

Leblanc, M., & Martin R. (2001). A Meta-analysis of Play Therapy Outcomes *Counselling Psychology Quarterly*, Vol. 14 (2) p. 149-163

Lindblad, Mjönes & Risholm Mothander (2001). *Sårbara barn, ett metodutvecklingsprojekt: en kombinerad utrednings- och behandlingsmodell för förskolebarn med neuropsykiatriska problem* Rapport FoU 01-05 Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting.

- Lojkasek M., Cohen, N. & Muir, E., (1994) "Where is the infant in infant intervention?" A review of the literature on changing troubled mother-infant relationships. *Psychotherapy: Theory, research, and Practice* Vol 31 (1), 208-220, 1994 DOI: [10.1037/0033-3204.31.1.208](https://doi.org/10.1037/0033-3204.31.1.208)
- Neander, K (2009) Indispensable interaction: Parents' perspectives on parent-child interaction and beneficial meeting. Doktorsavhandling, Örebro universitet, Hälsoakademien
- Neander, K. & Engström, I. (2009) [Parents' assessment of parent-child interaction interventions. A longitudinal study in 101 families.](#) *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, Vol 3 (10) DOI:10.1186/1753-2000-3-8
- Newham, C.A., Milgrom, J., Skouteris, H.(2009). Effectiveness of a Modified Mother-Infant Transaction Program on Outcomes for Preterm Infants from 3 to 24 months of age. *Infant Behavior and Development*, 32, 17-26.
- Papousek, M., Schieche, M, Wurmser, H. (2008). *Disorders of Behavioural and Emotional regulation I the first Years of Life. Zero to Three.*
- Petronis, A, Mill, J. (2011). *Brain, behavior and epigenetics.* Springer
- Sameroff, A. J. (1975). *Transactional models in early social relations*, Human development, 18, 65-79.
- Sameroff, A., McDonough, Rosenblum K.L. (2004). *Treating Parent-Infant Relationship Problems.* The Guilford Press
- Skagerberg, A. (2009). *På vägen mot evidensbaserad praktik.* Barn och ungdomspsykiatri. Stockholms läns landsting: Stockholm. ISSN 1653-204X
- Skagerberg, A. (2010). *Små barn på BUP.* Barn och ungdomspsykiatri. Stockholms läns landsting. Stockholm ISSN 1404-8353
- Skovgardh, A-M., Houmann, T. Christiansen, E., Landorph, S. Jorgensen, T., and CCC Study Team Olsen., Heering K., Kaas-Nielsen S., Samberg V., and Lichtenberg A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1 ½ years of age- the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* Vol. 48(1) 62-70.
- Shore A. (1994) *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development.* New Jersey: Lawrence and Erlbaum Associates Inc., Publishers
- Socialstyrelsen (1999) *Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med depressionssjukdomar*
- ISBN: 91-87890-57-7
- Socialstyrelsen *SCL-90 Symptoms Checklist* Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/Documents/scl-90-granskning.pdf>
- Socialstyrelsen (2010) *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - stöd för styrning och ledning.* Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>
- Smith, L. (2003). *Tiknytning og borns udvikling (b. Nake, Övers.).* Köpenhamn. Akademisk Forlag.
- Stern, D. (1996) *Moderskapskonstellationen: en integrerad syn på psykoterapi med föräldrar och små barn.* Stockholm: Natur & Kultur.

Sundberg, B (2005). *MIM och Theraplay i utredning och behandling* En teoretisk bakgrund till och en metodbeskrivning av MIM och Theraplay Psykoterapeutpexamensuppsats, Umeå Universitet, Institutionen för klinisk vetenskap

Svensson, C. (2011). *Den tidiga sårbara relationen. En studie och ett metodutvecklingsprojekt på gravida kvinnor som behandlats på Viktoriagården*. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Malmö.

Tedgård, E. (2008). Psykoterapeutiskt behandlingsarbete i späd- och småbarnsfamiljer – en utvärdering. Malmö: Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken

Vik, K & Rohde, R (2012) Tiny moments of great importance: The Marte Meo method applied in the context of early mother -infant interaction and postnatal depression. Utilizing Daniel Stern's theory of 'schemas of being with' in understanding empirical findings and developing a stringent Marte Meo methodology. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* DOI: 10.1177/1359104512468286

Weinfield, N., Stroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. I J. Cassidy, J. & P. R. Shaver, P.R. (red), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (68-88). New York: Guilford Press.

Wettig, H.H.G., Coleman, A.R. & Geider, F.J. (2011) [Evaluating the effectiveness of Theraplay in treating shy, socially withdrawn children](#). *Full International Journal of Play Therapy*, Vol.20(1),. 26-37

Wickberg B. & Hwang C.P. (1996) The Edinburgh Postnatal Scale: Validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Vol 94 (3) 181-184.

Zeanah, C.H., Boris, N.W., & Larrieu, J.A. (1997). Infant development and Developmental Risk: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol.36(2), 165-178.

Zeanah, C. & Benoit, D (1995) Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Vol 4(3) 539-554.

Zero to Three, National Center for Clinical Infant Programs, (2005). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington, DC:

Author. Svensk övers . DC 0-3 Diagnostisk klassificering av psykisk hälsa och utvecklingsstörningar under spädbarnsåldern och den tidiga barndomen. BUP/SLL. Betälles via BUP Stockholm.

Östberg, M., Hagekull, B., & Hagelin, E. (2007). Stability and prediction of parenting stress. *Infant and Child Development*, Vol. 16 (2) 207-223.

Författare till vårdprogrammet

Katrin Bernstad, leg. psykolog/psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi, BUP Malmö

Margareta Brodén, leg. psykolog/psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi, fil.dr.

Anneli Hallin, leg. psykolog/psykoterapeut, fil.dr., BUP Lund

Marja Kabele Senya, psykiatrisjuksköterska, BUP Helsingborg

Margareta Palander, familjebehandlare. BUP Helsingborg

