

Mötets magi

– om samspelsbehandling och vardagens
välgörande möten

Kerstin Neander



Stiftelsen
Allmänna Barnhuset



Psykiatriskt forskningscentrum
ÖREBRO LÄNS LANDSTING

2011



Mötets magi

– om samspelsbehandling och vardagens
välgörande möten.

Kerstin Neander



Stiftelsen
Allmänna Barnhuset



Psykiatriskt forskningscentrum
ÖREBRO LÄNS LÄNDSTING

Mötets Magi

– om samspelsbehandling och vardagens välgörande möten.

ISBN 978-91-86759-02-5

© Stiftelsen Allmänna Barnhuset och författaren

Omslagsbild: Leif Larsson

Tryck: Edita Västra Aros, 2011

Förord

Det går att förändra. Det går att skapa en positiv utveckling för barn och föräldrar med svårigheter. Det är det som den här boken handlar om.

Kerstin Neander, som har mer än tjugo års erfarenhet av samspelsbehandling och nu har forskat inom området, lär oss betydelsen av anknytning och samspel, och hur samspelsbehandling i späd- och småbarnsfamiljer kommit till och utvecklats. Resultaten är goda.

När föräldrar inte ser eller inte verkar förstå sina barns behov och signaler, när barnen skriker och det är strul och svårigheter, det är då Kerstin Neander visar vägar som hjälper. I sin doktorsavhandling undersökte hon effekten av samspelsbehandling hos 101 familjer. Redan efter sex månader sågs en positiv utveckling för de flesta, en utveckling som förstärktes ett och ett halvt år efter behandlingens början.

Föräldrar fick också berätta vilka personer i vardagen som hade haft stor betydelse för dem, personer som föräldrarna kunde ha träffat på förskolan, på barnvårdscentralen eller inom socialtjänsten. Även om familjen ibland hade en bristande tillit till samhällets stödresurser kunde en förtroendefull relation skapas om personen hade goda avsikter och var personligt engagerad. Någon såg till slut det fina i barnet och trodde på föräldrarna. Föräldrarnas negativa självbild ljusnade. Det blev basen för en positiv förändring.

De här barnen oroar. De ger mycket huvudbry. Vad kan vi göra? Boken pekar på behovet av att bygga ut tvärprofessionella verksamheter med specialkunskaper för familjer som har stora problem. Enheter dit föräldrar själva kan vända sig och dit professionella kan hänvisa. Men många enheter har lagts ner sedan 1990-talet. Här får beslutsfattare underlag för att skapa nya.

Vad kan vi göra mer än att hänvisa till specialister? Mötas! Mötet är viktigt.

Inte bara att det sker, utan också hur. Värmen i blicken, välkommandet, det glada igenkännandet och tron på den vi möter

har betydelse. När vi tar oss tid för att träffas, finnas tillgängliga och vågar vara både professionella och personliga, betyder det något för barns och familjers välbefinnande. Dessa välgörande möten, ”vardagens magi”, återberättas i rörande dialoger. En mamma säger om kontakten med BVC-sjuksköterskan: *”...du skrattade och log, det var så varmt!...Det var inte bara rutin...Man kände att det fanns välmening liksom att det var med goda avsikter, så att man kände förtroende. Annars hade man väl aldrig...släppt in någon så-där.”* Åh, vad dessa små ord och ögonkast kan innebära mycket, något som vi inte alltid begriper, och som är svårt att åstadkomma med blicken vänd mot datorskärmen.

Boken bekräftar det många av oss känner - att mötet har en helande och stärkande kraft. Det är så lätt att fångas av system, rutiner och dokumentation men låt oss alltid komma ihåg att det är mötet som är livets kärna.

Stockholm 2011-08-03

Margareta Blennow
Barnhälsöversköterska

Innehåll

Förord	3
Inledning	9
Kapitel 1. Samspelesbehandling – historik.....	13
Kapitel 2. Teoretiska perspektiv och begrepp	19
Anknytningsteori	19
Intersubjektivitet – förmågan att dela upplevelser och känslor med andra.....	24
Mentalisering eller reflekterande funktion.....	25
Det utvecklingsekologiska och det transaktionella perspektivet .	27
Moderskapskonstellationen.....	29
Kapitel 3. Aktuell forskning om samspelesbehandling...	31
Forskningsöversikter – om behandlingens fokus och omfattning.....	31
Överföring av anknytningsmönster.....	33
Föräldraträningsprogram – barn med utagerande problembeteende	34
Samspelesbehandling för barn i högriskmiljöer	36
Videobaserade interventioner.....	37
Pappor.....	38
Kulturellt sammanhang	39
Val av tidpunkt för mätning	40
Den terapeutiska relationens betydelse	41
Föräldrarnas perspektiv	41
Sammanfattning – vilka forskningsfrågor återstår?	42
Kapitel 4. Samspelesbehandling – exemplen Björkdungen, Gryningen, Lindan och Lundvivegården.....	43
På uppdrag av familjen	44
Samspelesbehandling – in video, in vivo och in verbis	44

Kapitel 5. 101 familjer i samspelsbehandling	51
Deltagare och bortfall från studien	52
Kontakttagare och kontaktorsaker	53
Behandlingens innehåll och omfattning	54
Måttillfällen och mätinstrument	55
Resultat	57
Sammanfattning av studie I	61
Diskussion	61
Slutsatser och förslag till framtida forskning	65
Kapitel 6. Två intervjustudier – en gemensam metodbeskrivning	67
Deltagare och tillvägagångssätt	68
Tolkning av intervjuerna	70
Kapitel 7. Att överbrygga klyftan – samskapandet av en terapeutisk process	71
Bakgrund	71
Teman	72
Diskussion	81
Slutsats	85
Betydelse för det praktiska arbetet	85
Kapitel 8. Betydelsefulla möten med betydelse- fulla personer	87
Introduktion/bakgrund	87
Teman – illustrerade av fyra berättelser	89
Berättelsernas teman – en fördjupning	94
Diskussion	98
Betydelse för det praktiska arbetet	101
Kapitel 9. Diskussion om studiernas resultat	103
Barn med aggressivt beteende	104
Drop-out från behandling	105
Problemtyngd vid behandlingens början	106

Förändringar över tid, hållbarhet och möjligheten till sjämläkning	106
Behandlingens syfte och beskrivna förändringar	108
Mentaliseringens betydelse.....	109
Betydelsefulla faktorer i behandlingen	110
Papporna.....	111
Etik	113
Framtida forskning	113
Kapitel 10. Avslutande reflektion – hur kan vi främja barns utveckling?	115
Mödrahälsovård och barnhälsovård.....	116
Familjecentraler och föräldrastödsprogram	118
Förskolan.....	119
Skolan.....	120
Insatser för dem som har det svårast.....	121
Sammanfattning	124
Referenser.....	125

Inledning

Denna bok bygger på doktorsavhandlingen *Indispensable Interaction* (Det nödvändiga samspelet). Genom att översätta texten till svenska och bearbeta den något hoppas vi nå fler läsare som är intresserade av dessa frågor – tidiga insatser i form av samspelsbehandling riktad till familjer med späda och små barn som brottas med svårigheter.

I slutet av 1970-talet startade Victoriagården i Malmö sin samspelsbehandling i spädbarnsfamiljer. Det blev startpunkten för en utveckling av behandlingsinsatser som har det vardagliga samspelet mellan föräldrar och späda och små barn i fokus.

Satsningen på tidiga insatser grundade sig i en övertygelse, hos dem som var verksamma inom detta fält, att det är möjligt att upptäcka problem tidigt och att genom riktade insatser öka ett barns möjligheter till en gynnsam utveckling. Vid den tiden var det forskningsmässiga stödet för tidiga insatser ännu ganska bräckligt, men det hindrade inte en utbyggnad av verksamheter som riktade sig till familjer med späda och små barn. Idag är situationen snarast den motsatta. Vi vet nu genom internationell forskning att tidiga insatser kan ha en avgörande betydelse – men trenden de senaste decennierna har snarast varit att avveckla verksamheter som riktar sig till familjer med späda och små barn.

Min bakgrund är att jag har varit verksam på Gryningen i Karlskoga sedan starten 1987. Gryningen kom till genom att medarbetare från barnpsykiatri och socialtjänsten gemensamt funderade över nya vägar att stödja familjer med späda och små barn, där problemen i samspelet var påtagliga. Gryningen drivs i samverkan mellan BUP och Socialtjänsten.

Vardagsarbetet på Gryningen väckte många frågor hos oss som arbetade där, och i våra kontakter med medarbetare vid andra verksamheter förstod vi att samma frågor var aktuella hos dem. Gör vi någon nytta för de familjer vi möter? Vad tycker föräldrarna? Om vi lyfter blicken utanför behandlingen, vad finns det för sammanhang eller personer som föräldrarna uppfattar att de har haft hjälp av?

Dessa frågor ledde till det forskningsprojekt som i december 2009 presenterades i den avhandling som utgör underlaget för denna bok. Boken inleds i *kapitel 1* med en kort historik om sam-

spelsbehandling, medan *kapitel 2* beskriver något om de teoretiska grunderna för sådan behandling. I *kapitel 3* följer en översikt av forskning inom detta fält.

Kapitel 4 ger en beskrivning av samspelsbehandling vid *Björkdungens Familjecentrum* i Örebro, *Gryningen* i Karlskoga, *Lindan* i Lindesberg och *Lundvivegården* i Skövde, det vill säga de verksamheter som det empiriska underlaget för studierna hämtats från. I *kapitel 5* presenteras den kvantitativa studien *101 familjer i samspelsbehandling*, där familjer som har deltagit i behandling vid någon av dessa verksamheter har följts under ett och ett halvt år.

Vid sidan av denna studie har föräldrar, som avslutat sin behandling långt tidigare, intervjuats utifrån frågeställningen om de kunde beskriva några sammanhang eller personer som de uppfattat haft positiv betydelse för barnens eller familjens utveckling. Betydelsefulla personer som har identifierats på detta sätt har i nästa steg intervjuats i ett ”utforskande partnerskap” där föräldern haft rollen som ”medforskare”. Frågorna vid dessa gemensamma intervjuer har kretsat kring vad det var som gjorde att dessa möten utvecklades till välgörande relationer i vardagen. De betydelsefulla sammanhangen hade uppstått både inom behandlingen vid de fyra verksamheterna och i helt andra sammanhang som förskola, BVC och inom socialtjänsten. Hur dessa intervjuer genomfördes och tolkades beskrivs i *kapitel 6*.

I *kapitel 7* presenteras föräldrars och familjebehandlares reflektioner i studien *Att överbrygga klyftan – samskapandet av en terapeutisk process*. Den terapeutiska process som beskrivs handlar om den samspelsbehandling familjerna tagit del av.

I *Betydelsefulla möten med betydelsefulla personer* i *kapitel 8* riktar uppmärksamheten mot andra sammanhang – t ex förskola, barnhälsovård, skola, socialtjänst – där välgörande möten uppstått.

Studiernas resultat diskuteras i *kapitel 9*. Diskussionen om de vetenskapliga metoder som använts vid de olika studierna har valt att inte ta med i denna bok. Den finns tillgänglig som pdf-fil ”*Metoddiskussion Neander*” på Allmänna Barnhusets hemsida.

I det avslutande kapitlet 10 går jag utanför avhandlingen och försöker sammanfatta vad jag utifrån min erfarenhet från olika sammanhang anser vi kan och bör göra för att främja barns utveckling.

Avhandlingen i sin helhet, som är skriven på engelska, kan beställas av bokens författare kerstin.neander@orebroll.se.

Den del av avhandlingen som benämns ramberättelsen (mot-svarande denna boks kapitel 1-6 samt kapitel 9) finns i sin engelska version för nedladdning utan kostnad på <http://oru.diva-portal.org/smash/get/diva2:276055/FULLTEXT03>

Studien om 101 familjer i samspelsbehandling finns för nedladdning utan kostnad på <http://www.capmh.com/content/3/1/8>

Studierna *Att överbrygga klyftan – samskapandet av en terapeutisk process* och *Betydelsefulla möten med betydelsefulla personer* är båda publicerade på engelska i tidskriften *Qualitative Social Work*.

De tidskrifter som publicerat artiklarna har givit tillstånd till att de publiceras i svensk översättning i denna bok.

Stiftelsen Allmänna Barnhusets stöd har varit avgörande för genomförandet av studierna som utgör underlaget till denna bok. Jag vill framföra mitt varmaste tack för detta samarbete. Ett oerhört stort tack riktas också till samtliga medarbetare på Gryningen, Björkdungens familjecentrum, Lindan och Lundvivegården för er uthållighet och noggrannhet vid datainsamlingen. De medverkande familjernas generositet att dela med sig av sina erfarenheter har varit en förutsättning för studierna. Handledare och kollegor på Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro läns landsting, har skapat en inspirerande forskningsmiljö – medan mitt eget rika nätverk på mångahanda sätt har bidragit till att avhandlingen och denna bok kommit till. Ett stort tack till er alla.

Kap. 1 Samspelsbehandling – historik

Samspelsbehandling i spädbarns- och småbarnsfamiljer utgör en del av ett större fält av insatser i den tidiga barndomen (*early childhood interventions*), som syftar till att främja barns hälsa och välbefinnande, stimulera utvecklingen av barns förmågor/kompetens samt förebygga psykisk ohälsa och annan negativ utveckling (Shonkoff & Meisels, 2000). Denna strävan har sedan 1989 stöd i FN:s konvention om barnets rättigheter, Barnkonventionen, artikel 6.2, där det slås fast att konventionsstaterna ”till det yttersta av sin förmåga skall säkerställa barnets överlevnad och utveckling.”

Vi börjar i tiden före Barnkonventionen, i tidigt 1960-tal, då det storskaliga programmet Head Start startade i USA. Detta program byggde på en övertygelse om att det var möjligt att, genom olika insatser, kompensera barn som växte upp i fattigdom så att de skulle kunna utvecklas och nå lika bra skolresultat som andra barn. Sedan dess har en stor mängd olika insatser för att främja barns utveckling vuxit fram i västvärlden. Tidigare riktade sig insatserna direkt till barnen, och målet var ofta att öka barnens kognitiva förmåga och prestationer i skolan. Utvecklingen har sedan gått mot att insatserna omfattar mor och barn – eller hela familjen. *Head Start* följdes under 90-talet av *Early Head Start*, med målet att främja de tidiga relationerna i ett barns liv.

En av pionjärerna inom det som kallas *infant mental health interventions* (interventioner för spädbarns psykiska hälsa) var Selma Fraiberg, som på 1970-talet skapade *the Child Development Project* (projektet för barns utveckling) vid Michiganuniversitetet i Ann Arbor (Fraiberg, 1990). Efter att ha flyttat till San Francisco fortsatte hon att utveckla en psykoanalytiskt grundad psykoterapi för spädbarn och mödrar, *Infant–Parent Psychotherapy* (spädbarn – förälder-psykoterapi) som förkortas IPP. Den utgår från tankar om att störningar i relationen mellan ett spädbarn och dess förälder är uttryck för obearbetade konflikter mellan föräldern och betydelsefulla personer från hans/hennes egen barndom. Med begreppet ”spöken i barnkammaren” avsåg Selma Fraiberg och hennes medarbetare (1975) de svårigheter i föräldraskapet som dessa gamla konflikter kunde skapa. Målet med IPP är att stödja föräldern i att våga utforska de känslor som de svåra barndomsupplevelserna

givit upphov till, och att hjälpa föräldern att se kopplingarna mellan dessa erfarenheter och de aktuella motstridiga känslor – ilska, kärlek, ambivalens, längtan, avvisande – som spädbarnet väcker upp (Berlin et al., 2008).

En av Fraibergs kollegor, Alicia Lieberman (2004), vidareutvecklade IPP genom att fokusera både på föräldrarnas nuvarande livssituation med dess påfrestningar och på föräldrarnas kulturellt betingade värderingar. Denna terapiform kallas *Child – Parent Psychotherapy* (barn– förälder-psykoterapi) CPP och är en manulerad intervention (en behandling som styrs av en manual där de olika stegen är tydligt beskrivna). CPP riktar sig i första hand till småbarnsfamiljer med en utsatt social situation som också har erfarenhet av trauman, bland annat familjer där barnen varit vittne till våld mellan föräldrarna. En gång i veckan arbetar terapeuten med både barn och förälder i leksituationer, och därutöver förekommer samtal med modern.

Vissa interventioner är utformade direkt utifrån kunskaper som vunnits genom forskning. Ett exempel är hur resultaten från en stor longitudinell studie, *the Minnesota Longitudinal Study*, som startade 1975 och som följer 267 högriskbarn och deras familjer, varit utgångspunkt för *Steps Towards Effective Enjoyable Parenting* (Steg mot ett effektivt och njutbart föräldraskap) STEEP (Erickson & Egeland, 2004). I STEEP får familjen besök i hemmet av en behandlare två gånger per vecka och lika ofta deltar mor – barn i en gruppverksamhet, där de också äter en gemensam måltid. Det är samma behandlare som gör hembesök och leder mor–barn grupperna. För att öka mödrarnas lyhördhet och för att stimulera deras förmåga att observera sig själva använder de sig av videospelningar. I STEEP lägger man stor vikt vid relationen mellan förälder och behandlare. Behandlaren, som benämns STEEP *facilitator* (den som ska *underlätta* stegen mot ett mer effektivt och njutbart sätt att vara förälder) ska utgöra en trygg bas för föräldern i förändringsarbetet. Information om Minnesota-studien och dess resultat kan man få på dess hemsida www.cehd.umn.edu/icd/parent-child.

Watch, Wait and Wonder (betrakta, vänta, förundras) förkortas WWW och är en metod som har utvecklats i Toronto, Kanada, av Nancy Cohen och Elisabeth Muir. Varje behandlingssession börjar med att mamman får instruktionen att vara på golvet med sitt späda barn och observera barnet (*watch*), vara avvaktande och bara samspela på barnets initiativ (*wait*) och förundras (*wonder*) över

barnet. Terapeutens roll är att i sin tur observera, vara avvaktande och förundras över samspelet mellan mor och barn. Efter stunden på golvet följer ett samtal mellan terapeuten och föräldern. Detta samtal utgår från mammans observationer, tankar, känslor och hennes tolkning av barnets aktiviteter och av deras relation. Terapeuten och mamman försöker förstå vad det är barnet är upptaget av, och i samtalet ges också utrymme för mammans reflektioner om sig själv. I WWW arbetar man på detta sätt både med det yttre observerbara samspelet och med mammans inre bilder av barnet, sig själv och samspelet dem emellan (Cohen et al., 1999).

Minding the baby MBT (ge akt på barnet) är ett program, utvecklat i USA av Arietta Slade och medarbetare, som i första hand riktar sig till förstföderskor som kan beskrivas som högriskmammor. Hembesöken utförs av socialarbetare och barnsjuksköterskor. De teoretiska utgångspunkterna är anknytningsteori och utvecklingsekologiska teorier (se vidare kapitel 2), med en speciell betoning på att utveckla mammornas mentaliseringsförmåga eller reflekterande funktion. Dessa begrepp förklaras mer ingående i kapitel 2, men kort uttryckt handlar det om att stimulera föräldrarnas intresse för vad som rör sig i barnets inre värld. Man kan också uttrycka det som att hjälpa mammorna att på olika sätt ”hålla barnets medvetande i sitt medvetande”. När mamman lär sig att ställa sig frågan ”varför gör min baby så här?”, börjar hon se världen ur barnets perspektiv och kan erbjuda barnet ett mer lyhört samspel (Slade et al., 2005).

För mer än tjugo år sedan började en grupp forskare vid universitet i Leiden, Holland, att med hjälp av videoupptagningar försöka utveckla föräldrars lyhörddhet för barnens signaler. De har nu utvecklat och utvärderat flera olika versioner av *Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting* (video-återkopplingsintervention för att främja positivt föräldraskap) som förkortas VIPP (Juffer et al., 2008). VIPP är en korttids-intervention som genomförs vid fyra hembesök om ungefär 1½ timme hos familjer med barn under ett år. Metoden fokuserar på det observerbara samspelet, med målet att öka mödrarnas lyhörddhet. Terapeuten filmar vardagliga samspelssituationer i hemmet, analyserar dem och tittar sedan på sekvenserna tillsammans med modern. Vid återgivningen används videoklippen för att ge information om vilka reaktioner från föräldern som barnet behöver få när det känner sig skrämt eller när det vill utforska något i sin omgivning. En

version av metoden kallas VIPP-R, där bokstaven r står för ”representationer” eftersom man i denna version också arbetar med mammans egna anknytningserfarenheter från barndomen. Slutligen finns det en version som heter VIPP-SD, och där står tillägget för *sensitive disciplinary practices* (lyhörda metoder för att få barnet att lyda/ lyhörd fostran), som syftar till att minska problem som har med utagerande beteende att göra. Det långsiktiga målet är att förebygga att barnet senare utvecklar ett antisocialt beteende. Syftet är att stärka föräldrars förmåga att ta hänsyn till barnets perspektiv och signaler också när man behöver sätta gränser för barnet. Det som ligger i begreppet ”lyhörd fostran” är att ta till sig metoder som är barnorienterade – såsom att avleda, förbereda barnet för att det till exempel snart är dags att lämna lekplatsen och att vara empatisk i förhållande till barnet också när föräldern känner sig provocerad av hur barnet uppför sig.

Ett annat program som tar sin utgångspunkt i anknytnings-teori och anknytningsforskning är *Circle of Security* (trygghetscirkeln) COS som är en 20-veckors gruppintervention. Programmet är utformat så att det ska kunna förändra den negativa väg utvecklingen riskerar att ta hos barn i familjer med sociala och känslomässiga problem. För att det ska vara möjligt att skraddarsy behandlingens innehåll åt varje familj börjar interventionen med en bedömning av barnets anknytningsmönster och av föräldrarnas omsorgsförmåga och anknytningserfarenheter. Det centrala i behandlingen, som genomförs i sessioner om 75 minuter per vecka, är de två begreppen *trygg bas* och *säker hamn*. Föräldrarnas två huvudsakliga uppgifter är definierade som att erbjuda närhet och trygghet och att underlätta barnets utforskande av världen – båda delarna med utgångspunkt i vad barnet signalerar. Dessa uppgifter illustreras och belyses på olika sätt. I gruppen, som består av sex till åtta föräldrar, tittar man på videoupptagningar av samspelet mellan gruppdeltagarna och deras barn – under varsam ledning av gruppledarna (Cooper et al., 2005).

Vid universitetet i Haifa, Israel, har en grupp forskare utvecklat en behandlingsmetod på psykodynamisk grund, där en av huvudprinciperna är att papporna deltar. Terapin bygger på antagandet att barn utvecklar specifika relationer med var och en av sina föräldrar, liksom med de två föräldrarna tillsammans. Samma terapeut träffar varje vecka mor–barn och far–barn, och har också regelbundna träffar med paret (Harel et al., 2006).

De behandlingsmetoder som har beskrivits ovan utgår ifrån barnets samspel i dyader – det vill säga med endast en annan person. Ett ökat intresse och en ökad kunskap om dynamiken i ett triadiskt samspel, det vill säga när barnet är i samspel med båda sina föräldrar, är grunden för en grupp forskare vid universitetet i Lausanne, Schweiz. Elisabeth Fivaz-Depeursinge och hennes kollegor har utvecklat en metod som kallas *Lausanne Triadic Play* (Lausannes triadiska lek) LTP för att studera och bedöma detta triangulära samspel. Familjen videofilmas när barnet sitter vid kortändan av ett bord med föräldrarna på var sin sida. Föräldrarna instrueras om ett förlopp som är indelat i fyra delar; 1) en av föräldrarna leker med barnet, medan den andra avvaktar 2) föräldrarna byter roll, 3) alla tre leker tillsammans och 4) föräldrarna samspelar med varandra och barnet lämnas utanför. Interventionen utgår från vad man kunnat observera i denna situation och omfattar både de tre dyaderna och familje-triaden, som forskarna uppfattar som något distinkt annat än dyaderna. I behandlingsarbetet ingår videoåtergivning samt direkta samspeletsinterventioner, antingen när behandlaren möter familjen eller i form av uppgifter som familjen får arbeta med hemma (Fivaz-Depeursinge et al., 2005).

I de nordiska länderna har Nic Waal-institutet i Oslo sedan starten på 1950-talet haft en ledande position när det gäller späda och små barns psykiska hälsa. I Sverige var Victoriagården i Malmö pionjärverksamhet, när den första gruppen för samspeletsbehandling för spädbarn och deras mammor startades 1978 inom ramen för barn- och ungdomspsykiatrin. Behandlingen grundades på en bred kunskap och teoretisk bas av modern utvecklingspsykologi och rön från spädbarnsforskningen. Femton år senare, 1993, visade en inventering, gjord på uppdrag av Socialstyrelsen, att det fanns 26 öppna verksamheter som arbetade med behandling av tidiga störningar/svårigheter i relationen mellan barn och föräldrar. Samspeletsbehandling var det dominerande inslaget, och organisatoriskt hörde de till landstingen eller i några fall drevs de i samverkan mellan landsting och kommun. Hur många enheter som idag bedriver samspeletsbehandling i spä- och småbarnsfamiljer vet man inte, men det är känt att många av de verksamheter som fanns med i inventeringen från 1993 har lagts ned, bland annat av besparingsskäl. Inom några landsting och kommuner förs dock diskussioner om att starta nya sådana verksamheter. I rap-

porten *På vägen mot evidensbaserad praktik beskriver* Anna Skagerberg (2009) att ett viktigt tema är hur man i framtiden ska förena de erfarenhetsbaserade kunskaper man fått, efter mer än trettio år av behandling, med metoder som i vetenskapliga studier (oftast från andra länder) visat sig ge goda resultat.

Kap. 2 Teoretiska perspektiv och begrepp

Eftersom anknytningsteori (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969/1982) idag uppfattas som den huvudsakliga teoretiska basen för samspelsbehandling i spädbarns- och småbarnsfamiljer, får en kort presentation av detta perspektiv på barns utveckling inleda detta avsnitt. Begreppen intersubjektivitet och mentalisering har också kommit att få en särskild betydelse i sammanhanget, varför de också introduceras i detta avsnitt. Det utvecklingsekologiska perspektivet kompletterar anknytningsteorin genom att lägga till omgivningens påverkan på barnets utveckling och det transaktionella synsättet poängterar det dynamiska samspelet mellan barnet och hans/hennes familj och det sociala sammanhanget. En beskrivning av begreppet moderskapskonstellationen och av samspelsbehandlingens speciella förutsättningar avslutar detta avsnitt.

Anknytningsteori

Anknytningsteori beskriver den aspekt av barnets relation till sin förälder som har som huvudsakligt mål att skapa säkerhet och trygghet för barnet. I engelskspråkig litteratur använder man ofta ordet care-giver (vårdnadsgivare) istället för förälder, vilket anger att det inte behöver vara en förälder utan att det handlar om den som finns tillgänglig och ger barnet vård. Barnets biologiska ”uppgift” utgörs av att överleva barndomsårens hjälplöshet och barnets anknytning till föräldern ökar barnets möjlighet till överlevnad. Anknytning har en tvingande karaktär, det vill säga att ett barn inte kan välja att inte knyta an till den som finns tillgänglig och tar hand om honom/henne.

Anknytningsbeteenden eller anknytningshandlingar, såsom skrik, aktiveras när barnet upplever rädsla vid fara, stress eller något nytt och okänt, och har som mål att upprätta och bibehålla närhet och kontakt med anknytningspersonen. Barnet söker beskydd, tröst och trygghet hos sin anknytningsperson. Hos föräldern motsvaras barnets anknytningsssystem av ett omvårdnadssystem som aktiveras av barnets signaler. Med begreppet anknytning

avses det känslomässiga band som uppstår till den eller de personer som är tillgängliga för barnet och ger det omvårdnad. Ett barn kan knyta an till mer än en person och gör också oftast så. Barnet har också en tendens att skapa en "hierarki" med en person som han/hon helst söker skydd hos när fara hotar, vilket är ändamålsenligt eftersom barnet inte behöver ödsla tid på att fundera vem han/hon ska vända sig till i de situationerna.

I samspelet mellan det lilla barnet och dess föräldrar gör sig barnet en föreställning om sig själv och vad det kan förvänta sig av andra, och barnet börjar utveckla "inre arbetsmodeller". Dessa skapar en ram för hur barnet i fortsättningen kommer att uppfatta sig själv och relatera till andra. Om ett barn till exempel får god omvårdnad, blir lyssnad på, uppmuntrad och får beröm är det troligt att han/hon utvecklar en inre bild av sig själv som "bra, värd att älska och kompetent" (Cornell & Hamrin, 2008). De inre arbetsmodellerna av en själv och andra som utvecklas i anknytningsrelationen hjälper barnet att förutse och tolka samspelet med andra och de fungerar som en vägledning för barnet (Bretherton & Munholland, 2008). Dessa inre arbetsmodeller uppdateras när nya erfarenheter läggs till de gamla.

Ett barn får väl av att vara i samspel med en rimligt lyhörd och förutsägbar förälder, som kan tillhandahålla *en trygg bas* från vilken barnet kan närma sig världen. Det optimala är att barnet får stöd i att balansera sin nyfikenhet att utforska världen med sitt behov av att söka tröst och närhet i *en säker hamn* när världen blir farlig. Om föräldern inte kan erbjuda sitt barn denna trygga bas, utvecklar barnet strategier som är anpassade till de förhållanden barnet lever i, och som syftar till att skapa så goda möjligheter som möjligt till beskydd och närhet.

Just dessa strategier kan observeras när anknytningssystemet är aktiverat. För att studera dessa olika strategier eller mönster utvecklade forskaren Mary Ainsworth en experimentsituation som kallas *Strange Situation Procedure* (Främmandesituationen) SPP, som är användbar för barn mellan 12 och 20 månader. Barnet får tillsammans med sin förälder komma till ett rum där det finns leksaker som är ägnade att väcka barnets lust att leka och utforska. En för barnet främmande person deltar också i några av de olika händelsesekvenser som experimentet är uppbyggt av. Barnets an-

knytningssystem aktiveras av att föräldern lämnar rummet vid två tillfällen. Barnets anknytningsmönster bedöms med hänsyn till barnets utforskande beteende, men framför allt ser man på hur barnet reagerar vid separationerna och återföreningarna när föräldern kommer tillbaka till rummet.

Ainsworth och hennes medarbetare beskrev tre grundläggande anknytningsmönster som benämns tryggt (B), otryggt – undvikande (A) och otryggt – ambivalent (C).

Det *tryggt* anknutna barnet använder föräldern som en trygg bas och uppvisar en god balans mellan utforskande och närhetsökande. Om ett barn upplever att föräldern har svårt att handskas med dess behov av närhet och tröst, kan barnet utveckla en *undvikande* anknytning som innebär en obalans där utforskandet tar över och barnet beter sig som om det inte behöver närheten till föräldern. Om en förälder ibland erbjuder barnet närhet, men inte på ett förutsägbart sätt som ett svar på barnets signaler, kan barnet istället bli upptaget av och lägga sin energi på att bevaka sina möjligheter till denna närhet. Detta leder till en obalans där sökande efter närhet dominerar på bekostnad av utforskandet. Man kan också beskriva det som att barnen med ett undvikande anknytningsmönster har skruvat ned sitt anknytningsbeteende, medan de ambivalent anknutna barnen istället skruvat upp dessa handlingar.

Mary Ainsworth definierade tryggt anknytning som ”ett tillstånd av att vara säker och obekymrad om att man har tillgång till sin anknytningsperson”. Det som är gemensamt för de otrygga mönstren är just att barnet är ”bekymrade” och behöver lägga ned energi på strategier för att få rimlig tillgång till närhet och tröst, trots de svårigheter anknytningspersonen har.

”Främmandesituationen” har använts i ett mycket stort antal studier av forskare över hela världen. När ett stort antal studier genomförts visade det sig att ungefär 15 % i gruppen ”vanliga” barn – och en mycket större andel i gruppen ”barn från riskmiljöer” – inte passade in i de tre kategorierna som beskrivits ovan. Forskarna Mary Main och George Solomon (1986) gick därför igenom ett mycket stort antal videoupptagningar av dessa fall och beskrev en fjärde kategori som benämns desorganiserad (D). Barn i denna grupp tycks sakna en sammanhängande strategi för att

handskas med sina behov av trygghet och uppvisar en rad olika beteenden såsom ofullbordade, avbrutna rörelser, förvirring och att "frysa" (bli som förlamade). En viktig orsak till desorganiserad anknytning anses vara att barnet upplever en olöslig konflikt när föräldern, som skall vara den trygga basen/säkra hamnen, är den som genom sitt sätt att agera eller reagera, väcker rädslan hos barnet. Barnet blir fångat av motstridiga impulser eller behov; att samtidigt fjärma sig från föräldern som väcker rädslan, och ett tvingande behov att närma sig samma förälder för att få skydd.

En trygg anknytning är en betydande skyddsfaktor i barnets fortsatta utveckling, medan en desorganiserad anknytning är en allvarlig riskfaktor för senare beteendeproblem och psykisk ohälsa. Forskaren Karlen Lyons-Ruth och hennes medarbetare (2009) riktar också uppmärksamheten mot vad som kallas "socially indiscriminate forms of attachment behaviour", det vill säga barn som utan urskillning går till vem som helst för att söka närhet, ett beteende som främst ses hos barn som vuxit upp på institution. Detta mönster innebär möjligtvis en ännu större risk för framtida negativ utveckling.

Frågan om hur en förälder kan bidra till en trygg anknytning är väsentlig eftersom en trygg anknytning är en så viktig tillgång för ett barn. Mary Ainsworth beskriver fyra viktiga dimensioner av föräldrabetende (*maternal/parental behaviour*);

- lyhördhet – brist på lyhördhet för barnets signaler
- acceptans – bortstötande
- samarbete – inblandning
- tillgänglighet – ignorans

(Ainsworth et al., 1971)

Föräldrarnas lyhördhet (*maternal/parental sensitivity*) anses ha stor betydelse för att ett barn ska utveckla en trygg anknytning. Den lyhörda föräldern kan se saker ur barnets perspektiv, uppfatta barnets signaler och tolka dem korrekt samt svara på dem genast och på ett lämpligt sätt. Det finns tydliga beröringspunkter mellan Ainsworths lyhördhetsbegrepp och begreppet reflekterande funktion/mentaliseringsfunktion som kommer att diskuteras längre fram i kapitlet.

Begreppet lyhördhet har oftast varit knutet till mamman (*maternal sensitivity*), men i den engelskspråkiga vetenskapliga litteraturen börjar nu också det könsneutrala begreppet föräldralyhörd-

het (*parental sensitivity*) förekomma. Det finns till exempel tio referenser i innehållsförteckningen till *parental sensitivity* i andra utgåvan av *Handbook of Attachment* som kom 2008 (Cassidy & Shaver, 2008) medan den enda referensen i den första utgåvan (Shaver & Cassidy, 1999) var ”see *Maternal sensitivity*”.

Enligt Bowlby är anknytningsystemet aktivt genom hela livet (Ainsworth, 1990). Efter spädbarn- och småbarnstiden är föräldrarnas/anknytningspersonernas betydelse fortsatt mycket stor, men tillgänglighet har nu blivit viktigare än närhet – att barnet vet att den säkra hamnen finns där vid behov.

De inre arbetsmodellerna, som beskrevs ovan, fortsätter också att påverka individens förhållande till exempelvis partners och vänner. För 25 år sedan utvecklade forskarna Carol George, Nancy Kaplan och Mary Main *Adult Attachment Interview* (Anknytningsintervjun för vuxna) AAI för att kunna bedöma en vuxens sinnestillstånd avseende anknytning. Det man studerar hos vuxna personer är ju inte beteendemönster, utan mentala representationer. Det kan till exempel innebära att man ”bestämt sig för” att man klarar sig bäst utan nära relationer och inte vill bli beroende av någon annan (avfärdande). Hur begreppen när man beskriver anknytning i barndom och vuxenliv förhåller sig till varandra framgår av följande översikt.

	Barns anknytning	Vuxnas aktuella sinnestillstånd avseende anknytning
B	Trygg	Fria/autonoma
A	Otrygg – Undvikande	Avfärdande
C	Otrygg – Ambivalent/Motspänstig	Överdrivet upptagen
D	Desorganiserad/desorienterad	Olöst med avseende på trauma eller förlust

Intersubjektivitet – förmågan att dela upplevelser och känslor med andra

Intersubjektivitet kan kort beskrivas som förmågan att kunna dela upplevelser och känslor med en annan människa (eller flera andra). Intersubjektivitet är en unikt mänsklig förmåga till ett ömsesidigt delande av inre, mentala tillstånd eller ömsesidig inlevelse i den andres subjektivitet. Daniel Stern, som är en amerikansk psykiater, psykoterapeut och forskare när det gäller spädbarn och samspel, har särskilt lyft fram begreppet intersubjektivitet. Stern är idag verksam i Schweiz och i USA.

Begreppet intersubjektivitet är centralt inom samspelsbehandling eftersom det har betydelse för såväl barnets utveckling i samspel med sina föräldrar som den terapeutiska processen mellan förälder/föräldrar och behandlare. Intersubjektivitet har att göra med människans beroende av andra för att uppleva att man existerar. Begreppet inbegriper upplevelser av typen ”jag vet att du vet att jag vet” och ”jag känner att du känner att jag känner” och är alltså knutet till känslor av ömsesidighet mellan människor och den tillfredsställelse gemenskap med andra människor ger (Stern, 2005).

Begreppet ”primär intersubjektivitet” avser barnets medfödda, biologiska beredskap att vara i dialog med sin förälder (Trevart-hen & Aitken, 2001). Denna beredskap visar sig i hur föräldern och det nyfödda barnet koordinerar sitt samspel; när det gäller rörelser, röstlägen och deras förväntningar på varandra. Stern drar slutsatsen att barn föds med ett medvetande som är inställt på att vara i förbindelse med en annan persons medvetande. I takt med att barnet utvecklas förändras och fördjupas barnets förmåga till intersubjektivitet.

I Sterns (1991) beskrivning av barnets självutveckling framträder *känslan av ett intersubjektivt själv* från ungefär nio månaders ålder, vilket innebär att barnet då är kapabelt till ett fördjupat intersubjektivt samspel. Stern beskriver tre delaspekter av intersubjektivitet: delad uppmärksamhet, delad intention/avsikt och delad känsla.

Genom att föräldern läser av och sedan själv ”tonar in” den

känsla som barnet uttrycker, och svarar eller speglar barnet på ett intonat sätt, får barnet en erfarenhet av att föräldrarnas svar har att göra med det han/hon själv uttryckte. Genom sådan affektintoning, som inte är det samma som att härma barnet, ger föräldern barnet erfarenhet av att dela känslor, vilket utgör en viktig och tidig aspekt av empatiutvecklingen. Daniel Stern tänker sig vidare att basen för barnets utveckling är det fält av intersubjektivitet som växer fram mellan förälder och barn. Uttryckt på ett annat sätt är det just för att förälder och barn *delar* upplevelsen när de tittar på lampan som barnets lust att lära sig ordet lampa väcks.

Anknytningsforskaren Karlen Lyons-Ruth (2007) menar att människans medfödda förmåga till intersubjektiv, känslomässig kommunikation via ansiktsuttryck, gester och tonfall fördjupar den mänskliga anknytningen och pekar på ett behov av att förnya anknytningsteorin med utgångspunkt i de relativt nya kunskaperna om intersubjektivitet. Hon menar att betoningen av fysiska rörelsebetenden och upprätthållande av fysisk närhet missar centrala aspekter av det mänskliga anknytningsbeteendet. Hon anser att intersubjektiviteten inte är ett beteendesystem som kan aktiveras eller deaktiveras (slås av), utan bör betraktas som en ofrånkomlig aspekt av människans mentala liv.

Begreppet intersubjektivitet har undersökts också i det kliniska terapeutiska sammanhanget, det vill säga i relationen mellan terapeut och patient/klient. *The Boston Change Process Group*, en grupp av kliniker och forskare där bland andra Stern deltar, betraktar intersubjektiviteten som själva kärnan i den terapeutiska processen.

Mentalisering eller reflekterande funktion

Mentalisering är detsamma som förmågan att förstå sitt eget och andras beteende utifrån inre, mentala tillstånd som tankar, känslor, impulser och önskningar. Klinikern och forskaren Peter Fonagy och hans medarbetare har utvecklat mentaliseringsteorin och operationaliserat (när ett begrepp preciseras och görs mätbart) begreppet. Den skala som mäter förmågan till mentalisering kallas RF-skalan (reflekterande funktions-skalan) och bygger på delar av anknytningsintervjun.

Enligt Fonagy utvecklas förmågan till mentalisering hos barnet

i anknytningsrelationen genom att föräldern håller barnets medvetande (*mind*) i sitt medvetande. En viktig aspekt av detta ”hållande” är regleringen av barnets affekter. Mentaliseringsförmågan används för att tolka och förstå vad som händer mellan människor, och är nödvändig för att vi ska kunna bearbeta och integrera nya upplevelser.

I begreppet mentalisering ligger förmågan att förstå sinnestillstånd hos sig själv och andra. Det kan beskrivas som en form av fantiserande föreställningsförmåga, som gör det möjligt för oss att uppfatta och tolka bakgrunden till mänskligt beteende som till exempel behov, önskningar, känslor, övertygelser, mål, syften och orsaker. Det innebär att vi förstår att andra kan ha annan information, andra avsikter och andra åsikter än vi har, och att företeelser därför kan uppfattas olika. Av stor vikt i detta sammanhang är medvetenheten om att det aldrig är möjligt att med säkerhet veta vad som rör sig i en annan människas sinne.

Fonagy och medarbetare (1991) har genomfört en studie som omfattade 100 par som väntade sitt första barn. De föräldrar som under graviditeten visat sig ha en god mentaliseringsförmåga hade tre till fyra gånger större chans att få ett tryggt anknutet barn än föräldrar med dålig mentaliseringsförmåga. Även föräldrar med en otrygg anknytning, men en god reflekterande funktion, fick tryggt anknutna barn. Dessa resultat antyder att reflekterande funktion kan vara avgörande för förståelsen av hur anknytningsmönster överförs från generation till generation – vilket är en viktig frågeställning för både forskare och de praktiker som arbetar med samspelebehandling.

I föräldraskapet handlar reflekterande funktion om föräldrarnas förmåga att hjälpa barnet att hantera sina känslor, att visa intresse för barnets inre värld och att anpassa yttre omständigheter så att de blir gynnsamma för barnet. Kopplingen mellan den yttre verkligheten och barnets inre värld upprättas med hjälp av ”småprat”, som är en naturlig del av samspelet mellan barn och föräldrar. Barnet är hjälpt i sin känslomässiga utveckling av att se sina egna erfarenheter speglas i föräldern, särskilt när föräldern vare sig avvisar eller tar över barnets känslor.

Som tidigare påpekats finns de aspekter som ingår i begreppet mentalisering/reflekterande funktion redan i Ainsworth's lyhörd-

hetsbegrepp: att kunna se saker ur barnets perspektiv, uppfatta barnets signaler, tolka dem korrekt samt svara på dem.

Forskaren Elisabet Meins (1999) utgår från Ainsworth, men använder sig av begreppet *mind mindedness* (medvetande om medvetandet). Begreppet definieras som föräldrarnas benägenhet att behandla barnet som en individ med ett medvetande (sinne), snarare än endast någon med behov som måste tillgodoses. Man kan uttrycka det som att föräldern har barnets ”medvetande” i sitt ”medvetande” och uppfattar barnet som någon med ett eget medvetande och ett eget tänkande. I samspelet tar föräldern hänsyn till att barnet är en egen individ med egna behov, avsikter och önskningsar. Detta leder till att föräldern kan se saker ur barnets perspektiv vilket antas öka föräldrarnas lyhördhet. För att mäta föräldrarnas *mind mindedness*-förmåga har Meins och medarbetare utvecklat ett kodningssystem med vars hjälp man identifierar det som kallas *mindrelated comments* (kommentarer som har med barnets mentala inre tillstånd att göra). Exempel på sådana kommentarer är ”Titta, du känner igen Olle!” när barnet visar tecken på det eller ”Vill du leka med bilen?” när barnet sträcker sig efter en leksaksbil. Studier har visat att föräldrarnas förmåga till *mind-mindedness* är relaterat till en trygg anknytning.

Det är kunskapen om betydelsen av reflekterande funktion som ligger till grund för den terapeutiska metoden *Minding the baby* (se kapitel 1), där det specifika målet just är att öka föräldrarnas kapacitet i det avseendet.

Det utvecklingsekologiska och det transaktionella perspektivet

De teorier och begrepp som har diskuterats ovan handlar om det som händer mellan två (eller ibland flera) individer. Men anknytningsrelationen och andra relationer utvecklas inte i ett vakuum, utan i någon sorts sammanhang. Den rysk-amerikanske forskaren Uri Bronfenbrenner menade att utvecklingspsykologin behöver syssla med verkligheten, inte med laboratoriesituationer. Med sin utvecklingsekologiska modell förde han fram synen på sambandet mellan individ och miljö. Den mänskliga utvecklingens ekologi inrymmer ”det vetenskapliga studiet av den fortgående, ömsesi-

diga anpassningen mellan en aktiv, växande mänsklig varelse och förändrade karaktäristika i de närmiljöer i vilka den utvecklade personen lever, eftersom dessa processer påverkas av relationerna mellan miljöerna sinsemellan och av de större sammanhang vilket omger närmiljöerna” (Bronfenbrenner, 1977).

Det utvecklingsekologiska perspektivet vidgar på så sätt horisonten till ett bredare socialt sammanhang. Barnet självt och barnet i samspel med sina föräldrar ingår enligt detta sätt att se i en rad sociala system på olika nivåer, till exempel familj, förskola, grannskap, välfärdssystem, lagstiftning och kultur. Av betydelse för barnets utveckling är inte bara de olika sammanhangen eller systemen i sig, utan också hur de samspelar/samarbetar med varandra.

Detta perspektiv poängterar såväl barnets (som biologisk varelse) samspel med sin omedelbara sociala omgivning – i form av processer, händelser och relationer – som samspelen mellan de olika systemen. Det betyder till exempel att omgivningsfaktorer som fattigdom och brist på socialt stöd inte utövar sin inverkan *direkt* i förhållande till barnet, utan genom att påverka föräldern, och i nästa steg samspelen föräldrar–barn och därigenom barnet.

Bronfenbrenners tankar har vidareutvecklats i det transaktionella perspektivet, där barnets utveckling ses som en produkt av det dynamiska, fortlöpande samspelen mellan barnet, hans/hennes familj och det sociala sammanhanget. Lika stor tonvikt läggs på barnet som på omgivningen, eftersom individuella egenskaper hos barnet spelar stor roll för vad barnet lockar fram hos sin omgivning, av till exempel positiv eller negativ uppmärksamhet (Sameroff et al., 2004).

Ett exempel på detta är att barn med neuropsykiatriska problem oftare ”skapar” svårigheter i samspelen vilket kan leda till att föräldrarna upplever sig själva - och uppfattas av andra - som mindre kompetenta och säkra än vad de skulle göra som föräldrar till ett barn utan dessa problem. Detta är ett exempel på det som kallas Matteus-effekten, vilket bygger på Matteus-evangeliet 25:29: *Var och en som har, han skall få, och det i överflöd, men den som inte har, från honom skall tas också det han har.* Med Matteus-effekten avses alltså i detta fall att ett barn med svårigheter, som behöver få mycket uppmuntran och positivt samspel, istället ten-

derar att få mindre av det eftersom barnet utlöser osäkerhet hos föräldrarna och kan väcka negativa reaktioner hos sin omgivning. Den andra sidan av myntet är att ett barn som personlighetsmässigt och temperamentsmässigt har goda förutsättningar ”skapar” goda samspeleirciklar med sina föräldrar och i nästa led ofta får mer positiva reaktioner från sin omgivning i övrigt. Sammanfattningsvis kan man säga att det transaktionella perspektivet innebär att barnet inte ses som en passiv mottagare, utan som en aktör som utövar påverkan på sin omgivning.

Moderskapskonstellationen

Den omvälvning det innebär att bli förälder inbegriper bland annat att det är nya livsfrågor som blir centrala. Stern har beskrivit att nyblivna mödrar blir upptagna av frågor som ”Klarar jag av att hålla barnet vid liv och se till att det utvecklas? Klarar jag av att engagera mig i barnet och ge barnet möjlighet till en god psykisk utveckling? Kommer jag att kunna skapa och ge utrymme för andra viktiga personer som behövs som stöd? Kommer jag att kunna förändra min identitet så att jag i första hand är någons förälder i stället för att vara någons barn?” Med begreppet *moderskapskonstellation* beskriver Stern (1996) att nyblivna mödrar fungerar psykologiskt på ett annorlunda sätt än de gjorde innan de fick barn. Han beskriver förändringar avseende känslighet, preferenser, livsprioriteringar, rädslor och relationen till den egna modern. I detta ligger en benägenhet att uppleva sig själv som otillräcklig eller till och med destruktiv för sitt barn, och skuld känslor aktiveras lätt. Föräldrar och späda barn med samspeleproblem utgör en i behandlingssammanhang ny grupp med en typ av problematik som kräver nya terapeutiska förhållningssätt. Detta sätt att fungera psykologiskt kräver enligt Stern att terapeuten intar en mycket positiv, bekräftande och stödjande hållning.

Samspelet mellan människor har både en yttre, observerbar aspekt och en som handlar om parternas inre bilder (representationer). I samspelebehandling har vi att förhålla oss till det observerbara samspelet mellan förälder och barn, och till förälderns och barnets inre bilder av sig själva, varandra och av samspelet. Dessa olika aspekter av relationen påverkar hela tiden varandra. En förändring av en aspekt av samspelet – till exempel förälderns

beteende – leder till förändringar av såväl barnets beteende som föräldrarnas och barnets inre bilder. Stern menar att man i samspelsbehandling därför kan välja mellan olika ”inkörsportar” för att uppnå en förändring – i första hand föräldrarnas inre bilder eller föräldrarnas beteende.

Kunskaperna om späda barns förmåga att samspela med mer än en person, det triadiska samspelet (se kapitel 1), kommer att få en ökad betydelse för hur vi utformar samspelsbehandling.

Kap. 3 Aktuell forskning om samspelsbehandling

Barnpsykiatern Skå-Gustaf Jonsson (1907-1994), som skapade Barnbyn Skå för ”bråkiga” barn i socialt utsatta familjer, talade om ”att bryta det sociala arvet” som ett mål för arbetet. Inom ramen för vår tids samspelsbehandling kan det uttrycket travesteras till ”att bryta anknytningsarvet”, det vill säga att få stopp på en kedja där föräldrarnas otrugga anknytningsmönster förs över till nästa generation.

Forskningsöversikter – om behandlingens fokus och omfattning

Den första systematiska översikten av effekten av anknytningsbaserade interventioner (van Ijzendoorn et al., 1995) har titeln *Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment* (att bryta arvet av otrugg anknytning mellan generationerna). Sexton studier inkluderades, varav tolv också i en metaanalys. Med en metaanalys menas statistiska tekniker för att kunna jämföra och väga samman resultat från flera olika studier. Den absolut mest effektiva interventionen bland dessa var en korttidsbehandling som riktades till 100 särskilt känsliga och lättirritabla spädbarn och deras mödrar (van den Boom, 1994). Forskarnas sammanfattande slutsats var att interventionerna var effektiva när det gällde att öka mödrarnas känslighet för barnens signaler, men att effekten på barnens anknytningsmönster var svag. De fann också att korttidsinterventioner med ett tydligt fokus verkade vara mer effektiva än längre interventioner med ett brett anslag, det vill säga att *less is more* (mindre är bättre).

I en översikt av Byron Egeland och medarbetare som omfattade 15 olika interventioner, drog man slutsatsen att de flesta program inte var utformade på så sätt att de kunde möta deltagarnas behov på olika områden i livet. Författarna rekommenderade flexibla interventioner på bred basis, särskilt om man vänder sig till dem som kan betraktas som högriskfamiljer. Man behöver både möta

deras behov vad gäller anknytning – genom att till exempel förbättra föräldrarnas psykiska hälsa och allmänna välmående – och öka deras tillgång till socialt stöd. Man kan sammanfatta Egeland's slutsats med orden ”mer är bättre” (Egeland et al., 2000).

Egeland's resultat står i kontrast både till den tidigare refererade översikten från 1995 och den metaanalys som genomfördes av Bakermans-Kranenburg och kollegor (2003) och som omfattade 70 studier. Gemensamt för dessa 70 studier var att interventionerna hade som syfte att öka föräldrarnas lyhördhet och/eller främja en trygg anknytning hos barnen, och att barnen i genomsnitt var under 54 månader (4½ år) när interventionen startade. Man valde att ta med så många studier som möjligt; från allmänt förebyggande interventioner för familjer utan sociala problem med friska barn, via riktade förebyggande insatser till högriskfamiljer till behandlingsinterventioner för familjer med uttalade problem. Resultaten från denna analys sammanfattar författaren i titeln *Less is more* (mindre är bättre), vilket syftar på att de mest effektiva interventionerna – både i högriskfamiljer och i familjer utan problem – hade ett begränsat antal sessioner och fokuserade på beteende och inte på inre representationer. Analysen visade vidare att interventionerna förändrade både mödrarnas lyhördhet och – till en lägre grad – barnens anknytning. Interventioner som var mer effektiva när det gällde att förändra lyhördhet var också mer effektiva avseende anknytning, vilket ger stöd för uppfattningen om ett orsakssamband mellan förälderns lyhördhet och barnets anknytning.

Frågan om interventionernas omfattning och längd har diskuterats, med de två ståndpunkterna *less is more* och *more is better*. I diskussionen har det framförts att frågan om vad som är ”rätt” bara kan besvaras om man också tar hänsyn till sammanhanget och vilka familjer det gäller. Lisa Berlin har poängterat att det behövs studier som svarar på frågan ”vad fungerar för vem?”, eftersom det är sannolikt att *less is more* stämmer för några medan *more is better* gäller för andra (Berlin, 2005).

En faktor som kan tala för kortare interventioner är att dessa kan vara mindre drabbade av drop-out (avhopp från behandlingen). Detta har bland annat visats i en studie av Nock & Kazdin (2005), som handlade om familjer med barn i åldrarna 2-12 år med aggressivt, trotsigt och antisocialt beteende.

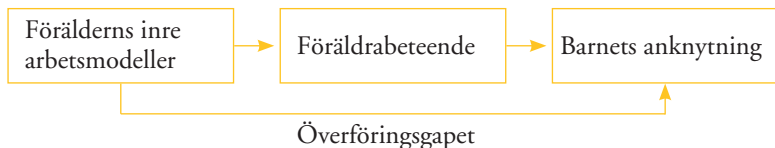
Olds et al.(2007) gjorde en genomgång av förebyggande pro-

gram för familjer med späda och små barn. De är generellt sett kritiska mot dessa program och menar att de inte når upp till sina löften att förbättra barnens livsbanor, minska hälsoproblem och utvecklingsproblem eller löfterna om att reducera de samhällskostnader som problemen för med sig. Författarna menar att programmen bör vara grundade i teori och i de behov som finns i befolkningen. Dessutom bör man testa dem noggrant i pilotprojekt för att ta reda på om de är genomförbara, att de förmår engagera deltagarna och att de ger resultat innan de sedan testas i randomiserade kontrollerade studier.

Överföring av anknytningsmönster

Resultaten från dessa översikter ledde uppmärksamheten till frågan om hur anknytningsmönster överförs från en generation till nästa. I samband med en metaanalys som gjordes för att bedöma hur väl anknytningsintervjun kan förutsäga föräldrarnas lyhördhet för sina barns signaler och kvaliteten på barnens anknytning presenterade van Ijzendoorn (1995) ”överföringsmodellen” (*the transmission model*). Denna modell (se nedan) innebär att föräldrarnas inre arbetsmodeller av anknytning (som mäts med anknytningsintervjun, och som ibland benämns föräldrarnas anknytningsmönster) påverkar hur lyhört föräldrarna betar sig i förhållande till sina barn, och detta påverkar i sin tur kvalitén på barnets anknytning.

Det har dock visat sig att föräldrarnas sätt att samspela med sitt barn inte helt kan förklara varför ett barn utvecklar ett visst anknytningsmönster. Det innebär att det måste finnas andra, delvis okända, vägar för påverkan mellan föräldrarnas inre arbetsmodeller och barnets anknytningsmönster och det är detta som begreppet ”överföringsgapet” (*the transmission gap*) syftar på.



Eftersom en huvuduppgift för både förebyggande och behandlande interventioner är att kunna bryta överföringen av negativa anknytningsmönster från en generation till nästa är begreppet

överföringsmodellen och överföringsgapet viktiga, och diskuteras i den vetenskapliga litteraturen.

Ett exempel är en metaanalys som undersökte just hur anknytningsmönster överförs från en generation till nästa. Här handlade det om föräldrarnas inre arbetsmodeller av typen ”olöst med avseende på trauma eller förlust”, föräldrabetende som klassificerades som onormalt (hotfullt, förskrämt, osammanhängande, eller en extremt okänslig och splittrad förälder som ständigt misslyckas att lugna och trösta sitt barn) och barnets anknytning. Det finns tydliga länkar mellan ”onormalt föräldrabetende” och barnets desorganiserade anknytning. Ett barn som har vuxit upp med den typ av ”onormalt föräldrabetende” som beskrivs ovan har fyra gånger större risk än andra barn att utveckla en desorganiserad anknytning. Men också här finns ett ”överföringsgap” som antyder att det finns andra vägar än genom föräldrarnas betende som föräldrarnas inre arbetsmodeller påverkar barnets anknytningsmönster (Madigan et al., 2006). Detta innebär att föräldrarnas bekymmersamma erfarenheter på något sätt kan påverka barnets sätt att uppfatta sig själv och andra – även om man inte kan iakta några svårigheter i samspelet mellan förälder och barn. Detta symboliseras i modellen ovan av pilen som benämns ”överföringsgapet”.

Forskare diskuterar nu *samspelet* mellan olika faktorer – till exempel barnets temperament, genetisk sårbarhet och föräldrarnas uppfostringsstil. Genetiska faktorer verkar generellt inte vara viktiga för vilket anknytningsmönster ett barn utvecklar, men det verkar finnas barn som är genetiskt mer *känsliga* för negativa samspelsfarenheter än andra.

Föräldraträningsprogram – barn med utagerande problembeteende

I överensstämmelse med ståndpunkten att det behövs en variation i behandlingsprogrammets intensitet erbjuder *The Triple P Positive Parenting Program* flera olika versioner. Detta australiensiska föräldraprogram är baserat på sociala inlärningsteorier och syftar till att förebygga och behandla svåra beteendemässiga, känslomässiga och utvecklingsmässiga problem hos barn. Nivåerna varierar från allmänprevention (nivå 1) till förstärkt beteendearbete (nivå 4).

miljeintervention (nivå 5). En metaanalys avseende nivå 4 - som omfattade 8-10 sessioner föräldraträning i grupp eller individuellt för familjer där barnen uppvisade allvarliga beteendeproblem eller riskerade att utveckla sådana - visade att interventionen minskade barnens problem. Långtidsuppföljningar (6 och 12 månader efter interventionen) visade att de positiva effekterna bibehölls över tid och till och med förstärktes (de Graaf et al., 2008).

Webster-Strattons föräldraträningsprogram *De otroliga åren* pågår under 14 veckor. En studie om dess effekter omfattade barn i åldern 2-9 år och man mätte utfall efter 6 och 18 månader. Man fann förbättringar efter behandling avseende barnens problembeteenden, barnens lek, observerad positiv och negativ barnuppfostran samt föräldrarnas egen bedömning av sitt självförtroende och sin kompetens. Förändringar tycktes bestå vid långtidsuppföljningen (Gardner et al., 2006). Detta program har introducerats i Sverige, och en utvärdering visade förbättringar avseende barnens problematiska beteende (Axberg et al., 2007).

Samma problemområden var i fokus i en randomiserad kontrollerad effektstudie avseende en fyra sessioners psykoedukativ intervention (psykologisk behandling med ett inlärningsperspektiv) för föräldrar till förskolebarn i åldern 3-4 år med beteendeproblem. Studien visade att de föräldrar som deltog i interventionen rapporterade statistiskt och kliniskt signifikanta minskningar av barnens problembeteenden, förbättrade uppfostringsmetoder och en ökad känsla av kompetens jämfört med kontrollgruppen (Bradley et al., 2003). Vinsterna när det gällde uppfostringsmetoder kvarstod vid en uppföljning ett år senare. Liknade positiva resultat visades i en randomiserad kontrollerad studie där man undersökte en manualiserad behandlingsmetod som inkluderade både föräldrar och barn, där barnen uppvisade beteendeproblem. Varje session började med att föräldrar, barn och ledare gjorde en gemensam aktivitet, och att man sedan delade barn och föräldrar i varsin grupp. I föräldragruppen fokuserade man på bland annat hur föräldrarna kunde skapa positiva samspele-cirkel, stödja barnens positiva beteende och använda tekniker för att möta problembeteende. I denna studie skattade både föräldrar och lärare barnens beteende (Feinfield & Baker, 2004).

Samspelsbehandling för barn i högriskmiljöer

Nu flyttar vi uppmärksamheten från barn som uppvisar utåtagerande problem till barn som lever i högriskmiljöer. I en studie från 2006 undersöktes frågan om det genom förebyggande interventioner går att gynna uppkomsten av trygg anknytning hos barn i familjer där misshandel förekommer. I studien ingick 137 mammor och deras ettåriga barn, som fördelades slumpmässigt mellan tre olika interventioner; psykoterapi för spädbarn och mammor (IPP infant–parent psychotherapy), ett psykoedukativt föräldraprogram (PPI) och sedvanliga kontroller inom socialtjänsten/hälsovården. En fjärde grupp av 52 barn och deras mödrar från ”vanliga” låginkomstfamiljer fungerade som en extra jämförelsegrupp. Före interventionen hade de belastade familjerna högre andel av barn med desorganiserad anknytning än jämförelsegruppen. Efter interventionen, när barnen var 26 månader, hade andelen tryggt anknutna barn ökat markant i båda interventionsgrupperna (IPP och PPI), men inte hos de barn som fått sedvanliga kontroller eller i den extra jämförelsegruppen. Dessutom fortsatte desorganiserad anknytning att dominera i gruppen som gått på sedvanliga kontroller inom socialtjänsten/hälsovården (Cicchetti et al., 2006).

Frågeställningen ”Kan uppkomsten av desorganiserad anknytning förebyggas?” belystes också i en metaanalys av 15 interventioner som hade desorganiserad anknytning som ett av flera utfallsmått. (Av dessa 15 studier ingick 13 i översikten *Less is More* från 2003, som beskrivits ovan.) Här var resultaten mer nedslående. Det visade sig att interventionernas genomsnittliga påverkan på desorganiserad anknytning var mycket låg. Det fanns till och med interventioner som uppvisade negativa resultat. De faktorer som tycktes påverka effektiviteten i positiv riktning var att behandlingen började efter det att barnen blivit sex månader, fokuserade på mödrarnas lyhördhet, att risken var definierad utifrån barnen – ej utifrån mödrarna – och att andelen barn med desorganiserad anknytning var hög även i kontrollgruppen (Bakermans-Kranenburg et al., 2005).

Den närliggande frågan ”Kan tidiga insatser förebygga barnmisshandel?” undersöktes i en översiktsartikel som omfattade 15 studier knutna till 14 olika program riktade till barn från födseln upp till fem år. Den huvudsakliga slutsatsen författarna drar är att bevisen för att preventiva program kan förebygga barnmisshandel

är relativt svaga. Även om fem studier rapporterade minskning i dokumenterad eller föräldrarapporterad barnmisshandling, var det bara tre av dessa program som kunde visa bestående resultat. Gemensamma drag hos de effektiva programmen var att de genomfördes av professionell personal, under relativt lång tid och med hög intensitet och att de var sammansatta av flera olika metoder (Reynolds et al., 2009).

Videobaserade interventioner

Den holländska grupp forskare med bland andra van Ijzendoorn och Bakermans-Kraneburg från gruppen *Child and Family Studies* vid universitetet i Leiden, som står bakom flera av meta-analyserna som beskrivits ovan, har också utvecklat och utvärderat de videobaserade interventionerna VIPP, VIPP-R och VIPP-SD, som beskrevs i kapitel 1. En sammanfattning av resultaten visar att VIPP är effektivt för familjer med uttalade problem. Den version som innebär att man också lagt till samtal om föräldrarnas egna erfarenheter och inre representationer, VIPP-R, har inte visat bättre resultat än VIPP (Juffer et al., 2008). I en randomiserad kontrollerad studie som omfattade 237 familjer prövades VIPP-SD, versionen där man lagt till en modul om *sensitive discipline* (lyhörd fostran). Denna version av VIPP visade sig vara effektiv när det gällde att påverka mammornas attityder när det gällde lyhördhet och sensitiv disciplinering och i att främja ett samspel som innefattar denna typ av vägledning/gränssättning, vilket resulterat i minskade problem som har med överaktivitet hos barnet att göra.

Dessa interventioner utgör en del av basen för en metaanalys av videobaserade interventioner som omfattade 29 studier av olika design (utformning) med sammanlagt 1844 familjer. Författarna kommer fram till att videobaserade interventioner är effektiva i familjer med små barn. Föräldrarna utvecklar sin kompetens i samspelet med barnen, får en mer positiv uppfattning om hur det är att vara förälder och barnens utveckling främjas. Denna förbättring hos barnen syntes dock inte i de studier där föräldrarna tillhörde en högriskgrupp (Fukkink, 2008). En begränsning i denna metaanalys är emellertid att videoåtergivning ofta kombineras med andra behandlingsinslag, vilket gör det omöjligt att bedöma om det är just videoåtergivningen som är avgörande.

Svårigheten att urskilja betydelsen av ett specifikt inslag eller en specifik metod i en intervention är ett problem som ofta återkommer i behandlingsforskning.

Detsamma gäller en svensk studie där den videobaserade metoden Marte Meo (se kapitel 4) kombinerades med systemteoretiskt grundade samordningsmöten, där föräldrar, lärare och andra engagerade deltog under ledning av en utomstående mötesledare. Interventionen riktades mot barn med utagerande problem, och resultaten visade att barnens problem avtog både i skolan och hemma (Axberg et al., 2006).

Pappor

Anknytningsforskningen har till mycket stora delar fokuserat ensidigt på anknytningen mellan barn och mor, och flera forskare lyfter nu fram att det råder en betydande brist på kunskap och forskning om betydelsen av pappans egna anknytningsmönster och sätt att vara i förhållande till barnet. Samma förhållande gäller samspeleinterventioner, där pappor mycket sällan är inkluderade.

Det finns dock en översiktsartikel i vilken man gått igenom 14 artiklar som beskriver 12 tämligen varierande interventioner där pappor och små eller späda barn inkluderades. Författarna kom fram till att interventioner kan vara effektiva både när det gäller samspelet mellan pappor och barn och i att påverka pappornas inre bilder av barnet i en positiv riktning. En förutsättning var att interventionen innehöll antingen ett aktivt deltagande från pappans sida eller att pappan observerade sitt eget barn. En pedagogiskt inriktad intervention med diskussioner om förinspelade videovinjetter och skriftliga hemuppgifter visade sig ge effekt för mammorna, medan papporna inte uppvisade några signifikanta förbättringar vare sig på kort eller på lång sikt (Magill-Evans et al., 2006).

En studie som omfattade 165 par som väntade sitt första barn, undersökte frågeställningen om en pedagogisk föräldragrupp från slutet av graviditeten tills barnen var fem månader skulle kunna främja samspelet mellan pappor och barn och öka pappornas engagemang i barnen. Interventionen hade effekt på pappornas samspelekompetens och på deras delaktighet under arbetsdagar, men inte under lediga dagar. Författarna för en diskussion om

skillnaden i delaktighet under arbetsdagar och lediga dagar, men kan inte ge någon förklaring (Doherty et al., 2006).

I en randomiserad, kontrollerad studie utvärderades en intervention för nyblivna fäder. Interventionen bestod av två hembesök – vid fem och sex månader – där videoupptagningar gjordes, med återgivning där papporna såg sig själva i samspel med sina barn och blev sina egna ”modeller” för hur man kan samsela med barnet. Papporna i kontrollgruppen diskuterade åldersadekvata leksaker med hembesökaren. Båda grupperna uppvisade ökad kompetens i föräldraskapet. En skillnad var att papporna i interventionsgruppen var skickligare i att stödja den kognitiva utvecklingen hos barnen. De behöll sin lyhördhet för barnens signaler vid mätningen när barnen var 8 månader gamla (Magill-Evans et al., 2007).

En intervention i USA som syftade till öka fädernas engagemang i sina barn omfattade 289 par som socialt karaktäriserades som låginkomstfamiljer. De fördelades slumpmässigt till tre olika interventionsgrupper: en 16-veckors grupp för enbart fäder, en 16-veckors grupp för par och en ”lågdos-intervention” som bestod av ett informationsmöte för par. Jämfört med lågdos-gruppen visade båda interventionsgrupperna positiva effekter när det gällde fädernas engagemang i sina barn och kvaliteten på parrelationen. Det fanns *ingen* positiv utveckling rörande barnens problembeteende i någon av grupperna. För deltagarna i pargrupperna var de positiva resultaten mer bestående än för deltagarna i grupperna med enbart fäder (Cowan et al., 2009).

Kulturellt sammanhang

En överväldigande majoritet av interventionerna har ägt rum i västvärlden. Det är inte självklart att interventionsprogram utan vidare kan föras över från ett kulturellt sammanhang till ett annat. Ur den synpunkten är en översiktsstudie som innefattar studier om mammors lyhördhet från olika delar av världen, t ex Jamaica, Colombia och Brasilien, av särskilt intresse. En begränsning är dock att bara engelskspråkiga artiklar tagits med, vilket utesluter relevant forskning från stora delar av världen. Författarna kommer fram till att lyhört föräldraskap är till fördel för barn på många olika sätt – från psykosocial utveckling till förbättrad hälsa och fysisk tillväxt. Översiktsstudien visar att interventioner i både

utvecklingsländer och industriländer har givit viss effekt när det gäller att utveckla mammors lyhörddhet, vilket lett till bättre hälsa och utveckling för barnen, särskilt för barn med risk för negativ utveckling (Eshel et al., 2006).

Eshels översikt innehåller bland annat en pilotstudie av en intervention som riktar sig till mammor och deras späda barn i ett fattigt förortsområde i Sydafrika. En senare genomförd randomiserad, kontrollerad studie om samma intervention visade att mammorna i interventionsgruppen var mer lyhörda, och barnen i högre grad tryggt anknutna, än i kontrollgruppen. Forskarna som genomförde studien menar att om resultaten visar stå sig över tid, och om de kan bekräftas i andra studier, är detta en löftesrik intervention för utvecklingsländer (Cooper et al., 2009).

I Sverige gjordes i slutet av 1990-talet en utvärdering av ett sex veckor långt behandlingsprogram på verksamheten Hagadal i Linköping. Resultaten, som byggde på data från 63 mammor och barn, visade på positiv utveckling för mammorna och barnen, både enligt personalen och enligt utomstående psykologer. Intervjuer med mödrarna efter behandlingen visade att enbart 34 mammor hade positiva förväntningar på behandlingen innan de hade påbörjat den, men att andelen mammor med en positiv inställning hade ökat till 56 när behandlingen var fullföljd (Wadsby et al., 2001).

Val av tidpunkt för mätning

Val av tidpunkt för att mäta utfallet kan vara av stor betydelse när man ska utvärdera effekterna av en intervention. I en studie jämfördes effekterna av Watch, Wait and Wonder (WWW) med en mer traditionellt utformad psykodynamisk psykoterapi (PPT). Utvärderingen visade positiva resultat för båda metoderna, men WWW hade bättre resultat än PPT avseende bland annat tryggt anknytning hos barnen. Vid en uppföljning sex månader senare hade resultaten bibehållits eller förstärkts, men nu fanns det inte längre några skillnader mellan metoderna. Den slutsats författarna drar är att effekterna av behandlingen visade sig olika fort (Cohen et al., 2002)

Den terapeutiska relationens betydelse

I de studier som beskrivits ovan har intresset riktats mot val av metod, behandlingens längd och intensitet och i någon mån mot teoretiska utgångspunkter. När det gäller psykoterapi som riktar sig till vuxna individer, vilket kan betraktas som ett angränsande fält till samspelsbehandling, genomförde Lambert (1992) en metaanalys för att ta reda på vilka faktorer som har betydelse för utgången av en behandling. Analysen framhävde att en rad andra faktorer än de ovanstående, som benämns som specifika faktorer, har betydelse för behandlingens resultat.

Det finns empiriskt stöd för att faktorer som är *gemensamma* för olika terapier – *common factors* – är av stor betydelse. En sådan gemensam faktor är relationen mellan terapeut och patient. I en kommentar om hembesök vid tidiga, förebyggande insatser framför Daniel Stern (2006) åsikten att det inte finns någon grund för att tro att de specifika interventionsteknikerna svarar för särskilt mycket av variationen i resultat. Den överväldigande gemensamma positiva faktorn ligger enligt Stern i relationen mellan hembesökaren och familjen, och då särskilt till mamman.

Zeanah m fl (2006) är inne på samma linje och menar att det är den hembesökande sjuksköterskans person, och hennes förmåga att skapa en omhändertagande och stödjande relation med mamman och barnet som är den viktigaste faktorn för framgång. Andra forskare (Ammaniti et al., 2006) betonar terapeutens funktion som en trygg bas för familjen, och uttrycket parallella processer används av bland andra Arietta Slade (2005) för att beskriva beröringspunkterna mellan å ena sidan terapeuten och modern och å andra sidan modern och barnet.

Föräldrarnas perspektiv

Hur föräldrarna själva upplever samspelsbehandling har undersökts mycket sparsamt, och i så fall mest i form av hur nöjda föräldrarna är med interventionen (*consumer satisfaction*/ brukartillfredsställelse) och hur väl man accepterar den, det vill säga om

föräldrar går med på att påbörja behandling och att fullfölja den. Bland de studier som genuint fokuserar på föräldrarnas perspektiv handlar det i de allra flesta fall om föräldrar till barn med olika funktionshinder och inte om erfarenheter från samspelsbehandling. Ett exempel är dock en intervjustudie av Olson (1999) som utgår från mödrars upplevelse av samspelsbehandling. De centrala teman som beskrivs handlar om relationen till behandlaren som beskrivs som positiv och omhändertagande samt hur behandlingsarbetet ökar mammans upplevelse att bemästra sin situation. Ett annat exempel är den kvalitativa studien *Annas berättelse* (Kretchmar et al., 2005) som handlar om en mamma som vistas på en institution som heter *Children's Ark* (Barnens Ark), en verksamhet med syfte att återförena tidigare familjehemsplacerade barn med sina föräldrar. Denna berättelse beskriver Annas framväxande relation till personalen på Children's Ark och vilken betydelse dessa relationer hade för Annas fortsatta utveckling

Sammanfattning – vilka forskningsfrågor återstår?

Samspelsbehandling i späd- och småbarnsfamiljer har undersökts vetenskapligt i en lång rad studier, och en slutsats är att det är möjligt att via behandlingsinsatser påverka såväl samspelet mellan barn och deras föräldrar som barnens utveckling i positiv riktning. Frågor som ”vad fungerar för vem?” med tillägget ”under vilka omständigheter?” är dock fortfarande ofullständigt besvarade. Vilka aspekter av samspelet mellan barn och föräldrar är det mest angeläget att arbeta med för att ett barn skall uppleva att han/hon har tillgång till en trygg bas, och hur kan vi göra det? Vilken roll spelar det kulturella sammanhanget? Huvuddelen av den forskning som redovisats här handlar om interventioner i USA, Storbritannien och Nederländerna. Vad fungerar i andra kulturella sammanhang, till exempel i Sverige med våra speciella förutsättningar när det gäller kultur och lagstiftning? Hur kan pappor få en tydligare roll i samspelsbehandling? Hur upplever föräldrar och barn att delta i samspelsbehandling, och hur kan deras synpunkter komma till nytta i den fortsatta planeringen av samspelsbehandling för späd- och småbarnsfamiljer?

Kap. 4 Samspelsbehandling – exem- plen Björkdungen, Gryningen, Lindan och Lundvivegården

De familjer som ingick i de studier som denna bok bygger på har deltagit i samspelsbehandling vid *Gryningen* i Karlskoga (åldrarna 0-6 år), *Lindan* i Lindesberg (0-5 år), *Lundvivegården* i Skövde (0-12 år) eller Björkdungens *Familjecentrum* i Örebro (0-12 år). Sedan datainsamlingen genomfördes 2002-2006 har såväl *Lindan* som Björkdungens *Familjecentrum* avvecklats, medan *Gryningen* och *Lundvivegården* finns kvar. *Gryningen* drivs i samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten, medan *Lundvivegården* hör till socialtjänsten. *Lindan* var en del av barn- och ungdomspsykiatri, medan Björkdungens *Familjecentrum* drevs av socialtjänsten.

Familjerna kunde själva kontakta dessa centra eller remitteras av till exempel mödrahälsovård, barnhälsovård, socialtjänst, förskola eller vuxenpsykiatri. För *Lundvivegården* och Björkdungens familjecentrum förutsatte behandlingen ett biståndsbeslut av en socialsekreterare. De flesta familjerna hade en egen motivation till förändring, men några kunde uppleva sig tvingade av de sociala myndigheterna att gå med på att delta – även om behandlingen definierades som frivillig.

En gemensam nämnare för alla familjer var att de brottades med svårigheter i föräldraskapet, och orsaken till kontakt var alltid på något sätt knuten till samspelet mellan barn och förälder/föräldrar. I övrigt var spännvidden stor när det gäller art och grad av problematik och familjernas livssituation i övrigt. Bland de familjer som ingick i studien fanns det socialt välfungerande familjer som hade avgränsade problem i föräldraskapet, medan andra hade en historia sedan generationer tillbaka med tung social problematik. I en del av familjerna var psykiska problem – i form av oro, ångest och depression med konsekvenser för förmågan att vara känslomässigt tillgänglig för barnet – det mest framträdande bekymret. Några familjer hade kollapsat under trycket av yttre faktorer, till exempel ovisshet i asylsökningprocessen, medan andra strävade med svårigheter som hade att göra med barnets problem

av neuropsykiatrisk art. Det fanns också familjer som kämpade med starka konflikter i parrelationen, frånvaro av partner, avsaknad av möjligheter till stöd i sitt sociala nätverk, eller svårigheter som hade att göra med intellektuella begränsningar hos en eller båda föräldrarna.

Den teoretiska grunden – som finns beskriven i kapitel 2 – utgörs av anknytningsteori, parad med ett ekologiskt, transaktionellt perspektiv.

På uppdrag av familjen

Grundbulten i behandlingsarbetet var en samarbetsrelation mellan föräldern/föräldrarna och behandlaren. Målet med behandlingen utgick ifrån föräldrarnas beskrivning av problemet och formulerades i dialog mellan förälder och behandlare om vilka förändringar de önskade uppnå. Både den som remitterat familjen och behandlaren hade möjlighet att föreslå teman för familjen att arbeta med, men det var föräldrarna som avgjorde vad man skulle arbeta med – förutsatt att det var i samklang med behandlaren kompetens och verksamhetens mål. Dialogen ledde till en överenskommelse om ett *uppdrag*, och i uppdraget klargjordes också hur kontakten skulle utformas och hur samarbetet mellan föräldern och behandlaren (och verksamheten) skulle se ut.

Samspelsbehandling – in video, in vivo och in verbis

Behandlingen utgjordes av ett antal olika delar som kombinerades utifrån varje enskild familjs behov. Tanken var att omfattningen av behandlingen verkligen skulle matcha familjens behov – att inte erbjuda alltför omfattande insatser till en familj som inte behöver det, men å andra sidan ha möjlighet till hög intensitet när det behövs.

En del – som *alltid* fanns med men som aldrig utgjorde hela behandlingen – var rådgivning till föräldrarna. Den del som utgjorde den absoluta tyngdpunkten var *samspelsbehandling* i olika former. Ytterligare ett element i behandlingen utgjordes av samarbete med familjens sociala nätverk.

För att tydliggöra att de olika formerna av samspelsbehandling är sammanlänkade med varandra, med det gemensamma syftet att stärka relationen mellan barn och föräldrar, har jag valt att introducera begreppen samspelsbehandling *in video*, *in vivo* och *in verbis*. Begreppen som är hämtade från latinets syftar på att *se* med hjälp av synen (*in video*), *i* livet (*in vivo*) och med hjälp av ord (*in verbis*). I samspelsbehandling *in video* sker arbetet med hjälp av videoåtergivning, och den metod som användes vid de enheter som ingick i studien var Marte Meo. Samspelsbehandling *in vivo*, som ofta benämns miljöterapi, innebär att behandlare och familj använder sig av situationer som uppstår i det vardagliga livet, medan samspelsbehandling *in verbis* handlar om samtal mellan föräldrarna och behandlaren där teman som har betydelse för samspelet är i fokus.

Samspelsbehandling *in video* – Marte Meo-metoden

Marte Meo metoden utvecklades i Holland av Maria Aarts under 1980-talet (Aarts, 2000). Metoden är inte sprungen ur någon teori, men kan ändå ses som en praktisk tillämpning av modern utvecklingspsykologi. Marte Meo bygger på idén att barnets utveckling stöds av ett antal principer som förekommer naturligt i samspelet mellan barn och föräldrar. Den övergripande tanken är att utveckling alltid sker i dialog, och de principer som beskrivs nedan är delasppekter av denna dialog. När det uppstår svårigheter i samspelet tar det sig ofta uttryck i att någon eller några av dessa principer inte fungerar.

1. Barnet blir sett i sitt uppmärksamhetsfokus genom att föräldern tittar och lyssnar på barnet. Barnets uppmärksamhet kan vara riktat mot andra personer, objekt, fenomen eller inåt sig själv.
2. Barnet får känslomässigt intonad bekräftelse av föräldern – med ord eller på annat sätt – att han/hon har uppfattat barnets uppmärksamhetsfokus eller initiativ.
3. Barnet får tillräckligt med tid och utrymme för att reagera på det föräldern gör eller säger (rytmintoning).
4. Barnet får stöd av att föräldern (små)pratar med henne/honom om vad barnet gör, upplever och vilka känslor det uttrycker i stunden.

5. Barnet får stöd av att föräldern (små)pratar med barnet om det som sker, har skett och kommer att ske i barnets omvärld och hur det upplevs. Världen presenteras i dialogform.
6. Barnet får stegvis vägledning av föräldern om vad barnet kan göra och vad som är målet (ja-budskap), och uppmuntran när det är på rätt väg.
7. Barnet får hjälp att komma över nödvändigt obehag genom att föräldern sätter ord på barnets känslor och ger barnet vägledning steg för steg om hur det kan förhålla sig.
8. Barnet får stöd i att ta sociala kontakter på ett fungerande sätt och att reagera adekvat på andra.
9. Barnet får hjälp att komma igång med en aktivitet och stöd att fullfölja den genom att föräldern ger tydliga startsignaler och avläser barnets stoppsignaler. När barnet signalerar att han/hon inte orkar mer kan föräldern förbereda avslutning eller ge stöd så att barnet klarar en liten stund till och kan fullfölja sin aktivitet (Hafstad & Ovreeide, 2007).

Utgångspunkten i Marte Meo är det uppdrag som föräldern/föräldrarna har formulerat, t ex ”jag vill att Lisa ska lyssna på mig”. Marte Meo-terapeuten gör en kort (3-7 minuter) videoupptagning av barnet i samspel med föräldern, och analyserar sedan videosekvensen utifrån de principer som beskrivits ovan. Det handlar inte om att bedöma om föräldern gör ”rätt” eller ”fel”, utan om att terapeuten med sin erfarenhet och kompetens försöker förstå vad barnet, med sitt beteende, signalerar för behov av stöd.

Inför återgivningen till föräldern väljer terapeuten ut sekvenser från filmen, med ambitionen att länka ihop föräldrarnas fråga/uppdrag med vad hon uppfattar som barnets behov av utvecklingsstöd. I första hand väljer man ut sekvenser med ”lösningssögonblick”, det vill säga där barnet får det stöd han eller hon behöver av sin förälder. Det finns en stor vinst med att föräldern ser *sig själv* samspela med sitt barn på ett sätt som stödjer barnets utveckling, eftersom han/hon då blir sin egen ”modell”. Om det inte skulle finnas några sådana sekvenser i filmen, väljer terapeuten istället avsnitt där barnets behov av stöd är tydliga. Terapeut och föräldrar mentaliserar kring barnet i stället för att problematisera det – det vill säga att de gemensamt försöker föreställa sig hur situationerna på videosekvensen kan uppfattas och upplevas ur barnets perspektiv. Tanken med återgivningen är att föräldern skall

ges möjlighet att bli en aktiv, reflekterande part i arbetet med att utveckla sitt samspel med barnet. Föräldern uppmuntras sedan att göra mer av det, som på videon sett ut att hjälpa barnet eller – om några sådana lösningsögonblick inte syntes – att pröva nya förhållningssätt. Processen fortsätter sedan med nya videoupptagningar, analyser och gemensamma reflektioner.

Samspelsbehandling *in vivo* – i livets vardagssituationer

Anknytningsteori och modern utvecklingspsykologi i övrigt betonar betydelsen av kvaliteten i det vardagliga samspelet för barnets utveckling. I samspelsbehandling *in vivo* – i levande livet – använder sig terapeuten och föräldern av vardagliga situationer tillsammans med barnet. Arbetet tar sin utgångspunkt i det uppdrag familjen har formulerat, och situationerna kan planeras eller fångas i stunden. Denna form av samspelsbehandling, som också kallas miljöterapi, kan bedrivas i familjernas hem eller i centrets lokaler. Vid samspelsbehandling *in vivo* kan förälder och behandlare komma överens om att behandlaren vägleder föräldern i situationen, till exempel när barnet krånglar när han/hon ska klä på sig för att gå ut. En del föräldrar föredrar istället att i efterhand prata om vad som hände och hur det gick. Den gemensamma reflektionen är alltid en del av samspelsbehandling *in vivo*.

Målet med samspelsbehandling *in vivo* är att understödja dialogen mellan barn och förälder. En stor andel av familjerna arbetar samtidigt med Marte Meo och samspelsbehandling *in vivo*, vilket ger en ömsesidigt förstärkande effekt eftersom båda dessa former av samspelsbehandling bygger på samma förståelse av barns behov av att vara i dialog med sina föräldrar. Föräldrarna får i Marte Meo en vana att uppmärksamma små detaljer i samspelet – det vill säga att göra det som Stern kallar mikro-analyser – och kan använda sig av dessa kunskaper för att analysera, förstå och på sikt förändra också i de situationer som uppstår i vardagen, *in vivo*.

Eftersom strukturen är mindre väldefinierad *in vivo* står behandlaren inför andra utmaningar, till exempel att inte ta över och svara upp mot barnets behov av stöd när föräldern inte gör det. Föräldern får stöd i att bli mer intresserad av var barnet ”är” i handling och tanke, att uppfatta barnets initiativ till kontakt, barnets känslouttryck, rytm och barnets behov av bekräftelse, väg-

ledning och beskydd. Ett barn behöver, enligt anknytningsteorin, vara försäkrad om att han/hon har en trygg bas att utgå ifrån i sitt utforskande och att återvända till när fara hotar. Därför läggs särskild vikt vid de aspekter som är av betydelse för detta – att föräldern inte upplevs som skrämmande eller fientlig, utan är lyhörd och visar en beredskap och en villighet att lugna och trösta barnet när han/hon är ängslig eller rädd.

Behandlaren reflekterar tillsammans med föräldern om hur olika situationer kan upplevas ur barnets perspektiv, vad som kan röra sig i barnets medvetande och vilka känslor barnet uttrycker. Detta knyts också till vilka känslor barnet väcker hos föräldern i olika situationer. I allt detta, som är ägnat att öka föräldrarnas mentaliseringsförmåga (se kapitel 2), ligger också förståelsen att barnets tankar och känslor kan skilja sig från ens egna, och att både de egna och barnets handlingar kan bli *begripliga* utifrån bakomliggande mentala avsikter som önsknings, känslor och föreställningar.

”Skimrande ögonblick”(Neander, 1996) i samvaron mellan barn och förälder är ovärderliga. Det handlar om att känslan av att barnet och föräldern verkligen delar upplevelser och känslor med varandra, och som beskrivits ovan utgör dessa ögonblick av intersubjektivitet en grund för barnets utveckling. Därför är en av uppgifterna för samspelsbehandlingen *in vivo* att skapa förutsättningar för att sådana ögonblick ska kunna uppstå, och att ge dem uppmärksamhet när de inträffar.

Samspelsbehandling *in verbis* – samtal

När samspelsbehandlingen använder sig av ord – *in verbis* – i form av samtal är det föräldrarnas inre bilder som är i fokus. Det kan handla om föräldrarnas bilder av barnet, av samspelet, av sig själv som förälder, av föreställningar om hur en bra förälder bör vara och av vad som skapar problem i kontakten med barnet. Föräldrarnas egen anknytningshistoria kan också komma i fokus.

Till exempel kan en pappa bli hjälpt av att reflektera omkring den strategi av undvikande anknytningsmönster han utvecklade när han var liten. Strategin att klara sig själv och inte visa när

han var rädd eller osäker och behövde stöd var sannolikt alldeles ändamålsenlig och begriplig i den situation han befann sig i då. Nu när han är vuxen är situationen annorlunda, vilket öppnar nya möjligheter för honom både i relation till sin partner och i hans sätt att möta sitt barns behov av en trygg bas.

Föräldrars tankar om hur de vill ta hand om och uppfostra sina barn är ofta baserade på erfarenheter från den egna barndomen. Eftersom de föräldrar som kommer till behandling är i en situation då de har det bekymmersamt i föräldraskapet beskriver de ofta negativa erfarenheter, och uttrycker en önskan att inte upprepa vad deras föräldrar gjorde mot dem. Detta kan vara ett första, nödvändigt steg för att bryta en tradition av negativa eller skadliga förhållningssätt. Det kan till exempel handla om att man inte vill använda våld eller hot om våld eller att inte överge barnet när det har det besvärligt, men en stor svårighet kan ändå vara avsaknaden av en ”karta” eller modell som visar vad man som förälder *kan göra* istället, inte enbart vad man ska undvika.

En persons egna, negativa barndomsupplevelse benämns ibland ”spöken i barnkammaren” eftersom de kan skapa problem när den personen själv blir förälder. Det är dock inte enbart spökerna i barnkammaren som förtjänar uppmärksamhet – man talar också om ”änglar i barnkammaren”, det vill säga goda barndomsupplevelser som personen har nytta av när han/hon själv blir förälder (Lieberman et al., 2005). Alla dessa tidiga upplevelser är självklart inte tillgängliga för minnet, och det kan därför vara svårt att förstå varför man känner och reagerar som man gör.

Samspelsbehandling *in verbis* skapar utrymme för föräldern att ge uttryck för sina blandade känslor för barnet, sina förhoppningar och farhågor inför barnets framtid och fantasier om hur barnet upplever världen och sina närmaste relationer. Problem i parrelationen kan också sättas i fokus, såväl som en förälders egna problem med sociala fobier, ångest eller depression om dessa har en inverkan på möjligheten att fungera som förälder.

Samarbete med familjens sociala nätverk

Barn är i första hand en del av sin familj, men de är ofta också del av andra mikro-system som till exempel förskolan. Ett barns möjlighet till en god utveckling påverkas både av hur barnet har

det i sin familj och i förskolan och hur dessa två sammanhang samverkar med varandra. Behandlaren och föräldern kan till exempel bjuda in personal från förskolan för att utbyta erfarenheter och kunskaper om barnets speciella behov av stöd i sin utveckling. Dessa möten kan också underlätta ett fortsatt förtroendefullt samarbete mellan föräldrarna och personalen på förskolan när behandlingen är avslutad. Familjen kan också behöva stöd i att få hjälp från andra, till exempel kan man hjälpa en förälder att etablera kontakt med vuxenpsykiatri.

Mor- och farföräldrar och andra släktingar spelar ofta en viktig – och ibland komplicerad – roll i familjernas vardagsliv. Möjligheten för föräldrarna och deras släktingar att få uttrycka sina förväntningar på varandra, med en behandlare närvarande, kan bidra till att underlätta samarbetet.

Ibland är ett stort antal ”hjälpare” involverade i en familj, men deras insatser är inte alltid samordnade vilket kan upplevas som en belastning för familjen. Vid nätverksmöten på centren kan rollerna och uppgifterna klargöras.

Kap. 5. 101 familjer i samspels- behandling

Detta är en sammanfattning av artikeln *Parents' assessment of parent-child interaction interventions – a longitudinal study in 101 families* av Kerstin Neander och Ingemar Engström. Artikeln i sin helhet, med samtliga tabeller och referenser, finns att ladda ner utan kostnad på <http://www.capmh.com/content/3/1/8>.

Sedan slutet av 1970-talet har ett antal verksamheter för samspelsbehandling i spä- och småbarnsfamiljer vuxit fram i Sverige, vilket har beskrivits i kapitel 1. Som framgår av forskningsöversikten i kapitel 3 har det gjorts ett tämligen stort antal vetenskapliga studier om samspelsbehandling i olika länder i västvärlden, men antalet studier i Sverige är mycket begränsat.

Det är känt att det finns kulturella variationer när det gäller barns psykiska hälsa. Forskare har visat att förekomsten av utåtagerande problematik (beteendeproblem och hyperaktivitet) var ungefär hälften så omfattande i Norge som i Storbritannien, medan andelen barn med känslomässiga problem var lika (Heiervang et al., 2008). Det är också väsentligt att studera hur samspelsinterventioner fungerar i olika kulturella sammanhang. Forskningsresultat från de nordiska länderna – med sina speciella förutsättningar när det gäller mödrahälsovård, barnhälsovård, föräldraförsäkring och förskola – kan vara av särskilt intresse för att komplettera och utvidga kunskaperna inom fältet. Den mest uppenbara bristen är emellertid den nära nog totala avsaknaden av studier om samspelsbehandling som inkluderar pappor.

Studien *101 familjer i samspelsbehandling* är en naturalistisk studie, vilket innebär att det är den ordinarie kliniska vardagen vid fyra olika center som har studerats. Styrkan i en naturalistisk studie ligger i att den kan säga något om hur effektiv en intervention är ”i verkligheten”, inte enbart under förhållanden som skapats strikt för en studie och som sedan kan vara svåra att upprätthålla i den kliniska vardagen. Att studien är longitudinell betyder att vi har följt en grupp familjer från det att de påbörjade behandlingen och ett och ett halvt år framåt. Vidare är studien en multi-center studie, det vill säga att det är flera olika verksamheter som ingår i studien.

De 101 familjer (94 mammor och 60 pappor) som ingick i denna studie har deltagit i samspelsbehandling vid *Gryningen* i Karlskoga, *Lindan* i Lindesberg, *Lundvivegården* i Skövde eller *Björkdungens Familjecentrum* i Örebro. En utförlig beskrivning av hur samspelsbehandlingen var utformad vid dessa verksamheter finns i kapitel 4.

Studien fokuserar på föräldrarnas självskattningar, vilket är i samklang med verksamheternas betoning av föräldrarnas tolkningsföreträde när det gäller att definiera problemen och deras aktiva deltagande i planeringen av behandlingen. De självskattningsinstrument som har valts täcker områden som har visat sig vara av betydelse för föräldraförmågan och för barns utveckling.

- Syftet med studien *101 familjer i samspelsbehandling* var att beskriva familjer som deltagit i samspelsbehandling vid fyra center i Sverige. Förutom vissa bakgrundsfaktorer undersöktes vid behandlingens start föräldrarnas upplevelse av föräldrastress, psykisk hälsa och livstillfredsställelse, föräldrarnas anknätningsmönster och möjlighet till socialt stöd samt barnens problem.
- Syftet var vidare att undersöka långsiktiga (efter 18 månader) och kortsiktiga (efter 6 månader) förändringar av dessa aspekter.

Deltagare och bortfall från studien

Studien bygger på de familjer som påbörjade behandling under tre år vid *Gryningen* i Karlskoga, *Lindan* i Lindesberg, *Lundvivegården* i Skövde eller *Björkdungens Familjecentrum* i Örebro. De föräldrar som på grund av akuta och svåra psykiska reaktioner inte hade kognitiv förmåga att delta i studien exkluderades. Av 119 familjer som påbörjade behandling exkluderas fem av dessa skäl, varav fyra var asylsökande flyktingar. Det var således 114 familjer som var aktuella för studien. Av dessa accepterade 101 familjer (94 mammor och 60 pappor) att ingå i studien.

De 101 familjerna hade sammanlagt 118 barn som deltog i behandling. Av dessa var 44 (37 %) flickor och 74 (63 %) pojkar. Barnens åldrar varierade vid behandlingens början från ofödd (behandlingen startade under graviditeten) till 12 år, med en medianålder på 3 år.

Barnens boende (n=101 familjer)

Mamma och pappa	54
Ensamstående mamma	26
Mamma och styvpappa	9
Växelvis boende (minst 10 dygn per månad hos vardera föräldern)	6
Ensamstående pappa	4
Pappa och styvmamma	1
Familjehem	1

Föräldrarnas ålder varierade mellan 18 och 49 år, med en medianålder på 31 år. Av de 154 föräldrarna var 131 födda i Sverige, vilket innebär att svenskfödda föräldrar är något överrepresenterade i jämförelse med befolkningen i stort, men utrikes födda föräldrar (flyktingar) dominerade bland familjer som inte kunde delta i studien. En tredjedel av de föräldrar som ingår i studien var antingen arbetslösa eller sjukskrivna, vilket är en högre andel än i befolkningen i stort.

Vid mätningen efter sex månader var 95 av de 101 familjerna fortfarande kvar i studien, och vid den avslutande mätningen 18 månader efter behandlingens start deltog 90 familjer.

Kontakttagare och kontaktorsaker

Föräldrarna kunde själva ta kontakt med verksamheterna eller remitteras av barnhälsovård, socialtjänst, förskola eller annan.

Kontakttagare (≥1 per familj; 124 kontakttagare för 101 familjer)

Socialtjänsten	48
Föräldrarna själva	37
Vuxenpsykiatri	12
Barnhälsovården	11
Barnkliniken	3
Förskolan	3
Barnpsykiatri	3
Mödrahälsovården	2
Annan	4

Eftersom de fyra centren hade som uppdrag att arbeta med samspeletsbehandling, hade kontaktorsaken alltid en koppling till samspelet mellan föräldrar och barn. Om till exempel en förälders dåliga självkänsla anges som orsak till kontakt är det dess inverkan på relationen mellan föräldern och barnet det handlar om. De kontaktorsaker som anges i tabellen är en kategorisering av det som föräldrarna eller remittenterna uppgav, och inte någon bedömning gjord av personal på behandlingsenheterna.

Kontaktorsak (≥ 1 per familj)	Antal familjer
Samspelet mellan förälder och barn	91
Problem hos barnet	75
Problem hos föräldern/föräldrarna	55
Relationen mellan föräldrar/styvföräldrar	35
Problem i det sociala nätverket	27
Problem med den sociala situationen	23

Svårigheter i samspelet mellan föräldrar och barn var den vanligaste kontaktorsaken. När det gäller barnen var den vanligaste orsaken utåtagerande beteende, och det är värt att notera att aggressivt beteende var den i särklass vanligaste kontaktorsaken när barnen beskrevs.

Behandlingens innehåll och omfattning

Samspeletsbehandling bestod av olika kombinationer av *in vivo* (i vardagliga situationer), *in video* (Marte Meo-metoden) och *in verbis* (vid samtal). För en fördjupning se kapitel 4.

Behandlingens innehåll	Antal familjer
In vivo & in video & in verbis	72
In vivo & in verbis	13
In video & in verbis	5
In vivo & in video	3
In verbis	5
In video	3
In vivo	0

Efter sex månader (T2) pågick behandlingen fortfarande för 74 av de 101 familjerna, och vid den sista mätningen (T3) – 18 månader efter behandlingens början deltog fortfarande 19 familjer i behandling (tabell 4). För de familjer som avslutat behandlingen vid T2 eller T3 varierade behandlingstiden mellan 1 och 18 månader. Medianvärde för behandlingstiden för samtliga 101 familjer var 10 månader. Drygt en tredjedel av familjerna deltog i behandling en gång i veckan, hälften av dem oftare (som mest tre dagar per vecka) och resten mer sällan. Tre fjärdedelar av familjerna lämnade återbud eller uteblev från behandling mindre än 15 % av planerade tillfällen.

Av de 101 familjer som deltog i studien avbröts behandlingen för totalt 10 familjer: tre familjer flyttade till annan ort, två asylsökande familjer utvisades från landet, i två familjer öppnade socialtjänsten utredning om barnens situation och slutligen avbröts behandlingen för tre familjer då deras behandlare slutade sin anställning eller blev sjukskriven. Några andra avbrott i behandlingen förekom inte.

Mättillfällen och mätinstrument

Studien bygger på att föräldrarna har fyllt i ett antal frågeformulär, som beskrivs nedan, vid tre tillfällen. Den första mätningen (T1) gjordes när behandlingen startade, den andra mätningen (T2) sex månader senare och den tredje mätningen (T3) 18 månader efter starten. För att minimera bortfallet tog personalen vid T2 och T3 kontakt med de föräldrar som inte längre var i behandling och bad dem komma till centren för att fylla i frågeformulären. Om det inte var möjligt skickade man hem frågeformulären.

Personalen lämnade uppgifter om bakgrundsdata (vid T1) och om behandlingens innehåll (vid T2 och T3).

Föräldrarnas upplevelse av stress – SPSQ

The Swedish Parenthood Stress Questionnaire SPSQ (det svenska frågeformuläret om föräldrastress) består av fem delskalor: inkompetens, rollbegränsning, social isolering, problem i parrelationen och hälsoproblem. Den totala upplevelsen av stress mäts med en skala som omfattar alla frågor i formuläret.

Eftersom ungefär hälften av de familjer som söker hjälp be-

står av en ensamstående förälder med barn utvecklades en särskild "singelversion" där frågor kring parrelationen togs bort från instrumentet.

Föräldrarnas anknytningsmönster – RQ

The Relationship Questionnaire RQ (frågeformulär om relationer) är ett självskattningsinstrument där den person som svarar ombeds att, på en sjugradig skala, bedöma hur väl han eller hon tycker att beskrivningen av de fyra mönstren (undvikande, tryggt, ambivalent eller desorganiserat) passar deras egna erfarenheter.

Föräldrarnas psykiska hälsa – GHQ12

För att mäta föräldrarnas psykiska hälsa användes *The General Health Questionnaire* GHQ12 (frågeformulär om allmän hälsa), ett frågeformulär med tolv frågor. Poängen kan variera mellan 0-12, där låga poäng tyder på god psykisk hälsa. Tröskelvärdet för dålig psykisk hälsa är 3.

Föräldrarnas tillfredsställelse med livet – Ladder of Life (Livets steg)

Livets steg mäter en persons allmänna tillfredsställelse med livet. Informanterna ombeds skatta sitt liv nu, hur det var för ett år sedan och hur man förväntar att det kommer att vara om ett år.

Föräldrarnas tillgång till socialt stöd – ISSI

Den svenska versionen av *The Interview Schedule for Social Interaction* ISSI (frågeformuläret om social interaktion) består av 30 frågor som mäter både hur tillgängligt och hur tillfredsställande det sociala stödet från närstående och från ett större socialt nätverk upplevs.

Barnens styrkor och svagheter - SDQ

The Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ (frågeformuläret om styrkor och svårigheter) är ett frågeformulär som finns i många olika versioner, det som används här är för barn från fyra år. Alla versioner innehåller 25 påståenden, några positiva och andra negativa. Frågeformuläret innehåller fem delskalor: emotionella symptom, uppförandeproblem, hyperaktivitet, kamratproblem och prosocialt beteende. Med prosocialt beteende menas att visa empati, lyhördhet och omsorg för andra och utgör en styrka

hos barnet. De fyra första delskalorna ger en poäng som avser den totala problemtyngden. SDQ innehåller också en del som mäter problemens inverkan i det dagliga livet.

Statistisk analys

Resultaten från föräldrarnas självskattning vid behandlingens början (T1) jämfördes med resultat från andra studier. I jämförelsestudierna var inga data tillgängliga på individnivå, varför vi var hänvisade till att använda oss av de medelvärden och standardavvikelser som presenterades. Student's t-test användes därför för att testa skillnadernas statistiska signifikans. Ett Chi-två test för icke-parametriska data användes för att analysera skillnader i proportioner.

De långsiktiga förändringarna (T1 → T3) och de kortsiktiga förändringarna (T1 → T2) analyserades med Wilcoxon's Signed-Rank test. För att belysa hur stora effekterna är och för att möjliggöra jämförelser med andra studier användes Cohen's d, med definitionerna liten (0.20–0.49), medium (0.50 – 0.79) och stor effektstorlek (≥ 0.80).

Resultat

För den som önskar studera resultaten med alla siffror presenterade i tabellform hänvisas till originalartikeln capmh.com/content/3/1/8

Familjernas problem vid behandlingens början (T1)

Studien omfattar inte någon kontrollgrupp som skulle kunna tjäna som jämförelse vid behandlingens början. För att ändå kunna ge en uppfattning om förekomsten och omfattningen av familjernas problematik – om de är att uppfatta som ”vardagsproblem” eller om de kan anses ha klinisk betydelse – har resultaten i denna studie jämförts med andra studier, i första hand svenska, med såväl sådana som sökt hjälp (*clinical samples*) som män och kvinnor ur ”normalbefolkningen” (*community samples*).

Mödrarna som deltog i studien uppvisade en statistiskt signifi-

kant högre grad av föräldrastress mätt med SPSQ jämfört med ett urval av 1500 slumpvis utvalda mödrar med barn i åldern 6 månader till 3 år. Både papporna och mammorna uppvisade signifikant högre grad av stress än en grupp bestående av 104 familjer som sökte hjälp med sina barn på en specialist-BVC. De ensamstående föräldrarna visade genomsnittligt ännu högre grad av stress än de som levde i par. Föräldrarnas anknytningsmönster skilde sig från ett slumpmässigt urval av västsvenska föräldrar med barn upp till 6 års ålder. Resultaten från RQ visade att föräldrarna i denna studie hade signifikant lägre grad av anknytningsmönster B (trygg) och att mammorna hade en högre grad av anknytningsmönster D (desorganiserad) än i en normalpopulation.

Föräldrarnas psykiska hälsa, mätt med GHQ 12, skilde sig signifikant från ett slumpmässigt urval av 7126 män och 8792 kvinnor i åldern 16-44 år i den årliga, nationella folkhälsoundersökning som görs av Folkhälsoinstitutet. Med ett tröskelvärde på 3 skattade 78,3 % av mammorna och 43,3% av papporna sin psykiska hälsa som dålig, jämfört med 25,6% för kvinnor och 18,6 % av männen i befolkningen i stort.

Det finns inga svenska befolkningsdata rörande aktuell och förväntad livstillfredsställelse mätt med Livets steg. Detta mätinstrument har emellertid nyligen använts i en holländsk studie på ett slumpmässigt urval av 2032 mödrar med barn i åldern 1-3 år. Mammorna i vår studie skattade sin aktuella tillfredsställelse med livet lägre än dessa.

Den nivå av livstillfredsställelse som uppvisas i vår studie stämmer väl överens med data från en svensk studie som omfattade föräldrar till barn i åldern 3 till 9 år med uppförandeproblem.

Data från en svensk grupp av 83 medelålders män avseende socialt stöd, mätt med ISSI, visade att dessa hade bättre värden på alla fyra delskalor än papporna i vår studie, men det var enbart när det gällde tillfredsställelsen med de nära relationerna som skillnaden var statistiskt signifikant. I en nyligen genomförd svensk studie presenterades data som avsåg personer som hade kontakt med psykiatrin. Föräldrarna i vår studie var jämförbara med ett urval som bestod av patienter i åldern 18-55 från en psykiatrisk öppenvårdsmottagning för personer med långvarig psykisk sjukdom, i huvudsak psykoser.

Barnens problem, mätt med SDQ, avvek kraftigt från ett slumpmässigt urval av 450 barn i åldern 5 till 14 år. Den kliniska

jämförelsegruppen består av barn från fyra barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Sverige. Barnen i vår studie uppvisade allvarligare problem på alla delskalor utom den som mäter emotionella (känslomässiga) problem. Medelvärdena i vår studie låg över gränsen för vad som bedöms som ”psykiatriska fall” när det gäller total problembelastning, problemens inverkan i det dagliga livet och på alla delskalor utom den prosociala där den låg på gränsen.

Vid behandlingens början (T1) uppvisade mammorna en större problemtygnd än papporna på nästan alla skalor.

Sammanfattningsvis skattade föräldrarna att de hade betydande problem inom alla de områden som undersöktes. I de familjer där också barnens problem mättes (barn från 4 år) visade det sig att barnen hade problem av den art och grad som man annars finner bland patienter vid en barnpsykiatrisk klinik.

Förändringar av familjernas problem

Vi fann en genomgående, tydlig trend av positiv utveckling från behandlingens start till mätningen efter sex månader, och denna utveckling förstärktes vid mätningen som gjordes ytterligare ett år senare. Denna utveckling var tydligare för mammorna än för papporna.

Minskad upplevelse av stress i föräldraskapet

Upplevelsen av föräldrastress hade minskat efter sex månader, och stressen fortsatte att avta fram till mätningen 18 månader efter start. Effektstorleken, mätt med Cohen's *d* (se ovan under rubriken statistiska analyser), var medelstor för föräldrar i par, och medelstor till stor för ensamstående föräldrar.

Förändringar i föräldrarnas anknytningsmönster

De resultat som har särskild betydelse när det gäller anknytningsmönster är de som avser mönster B (trygg anknytning), där en ökning är önskvärd och mönster D (desorganiserad anknytning) där en minskning istället är vad som eftersträvas.

Föräldrarna visade en viss utveckling av det önskvärda mönstret B från behandlingens start till mätningen efter sex månader, och en starkare ökning under det år som sedan följde. Föränd-

ringen från T1 till T3 var statistiskt signifikant, men effektstorleken enligt Cohen's d var liten. Det negativa D-mönstret hade avtagit efter sex månader, och utvecklingen fortsatte i samma riktning fram till mätningen efter 18 månader, men effektstorleken var liten.

Förbättrad psykisk hälsa

Föräldrarnas psykiska hälsa, uttryckt som ett medelvärde, hade förbättrats markant efter sex månader, liksom från T2 till T3. Andelen föräldrar med god psykisk hälsa ökade från 35,3% vid T1 till 52,1 % vid T2 och 61 % vid T3.

Förbättrad aktuell och förväntad tillfredsställelse med livet

Föräldrarnas skattade aktuella tillfredsställelse med livet ökade signifikant, liksom deras förväntningar. Effektstorleken var stor när det gällde den aktuella situationen och liten när det gällde förväntad livstillfredsställelse.

Mer tillfredsställande socialt stöd

En viss förbättring av föräldrarnas möjlighet till socialt stöd ägde rum från T1 till T2, och en mer markerad utveckling kom till stånd från T2 till T3. Förändringen var statistiskt signifikant, men effektstorleken var liten.

Minskade problem hos barnen och en minskad inverkan av problemen i vardagslivet

Den totala symtombelastningen minskade signifikant från T1 till T3 och effektstorleken var medelstor. Problemen inverkan i det vardagliga livet minskade också signifikant, med en medelstor effektstorlek. Den viktigaste förändringen avsåg uppförandeproblem, vilket stämmer väl överens med den problembild föräldrarna gav vid behandlingens början.

Sammanfattning av studie I

Denna studie visade att föräldrarnas och barnens problem var betydande då behandlingen började. Den vanligaste orsaken till att familjerna sökte hjälp var att barnen uppvisade ett aggressivt beteende.

Efter sex månader i behandling uppvisade föräldrarna minskad stress i föräldraskapet, med undantag för hur parrelationen påverkades. Föräldrarnas sätt att förhålla sig till andra människor (anknytningsmönster) hade förändrats i positiv riktning, deras psykiska hälsa var förbättrad liksom deras aktuella och förväntade tillfredsställelse med livet. Deras möjlighet att erhålla socialt stöd hade förbättrats – inte i första hand genom att det sociala nätverket hade blivit större utan genom att de upplevde det existerande nätverket som mer tillfredsställande. Slutligen hade barnens problem – i synnerhet uppförandeproblem – avtagit liksom problemens inverkan på familjernas och barnens dagliga liv.

Den positiva utvecklingen på alla dessa områden hade fortsatt och förstärkts ett år senare, det vill säga arton månader efter behandlingens början.

Antalet familjer som inte fullföljde behandlingen var litet, och avbrotten orsakades i huvudsak av familjen flyttade från orten eller att familjens behandlare slutade.

Diskussion

Det huvudsakliga resultatet av denna studie är att familjerna upplevde en påtaglig förbättring i samband med interventionen. Denna förbättring avsåg alla de aspekter som studerades och innebar en upplevelse av ökat psykiskt välmående, ökad framtidstro, upplevelse av minskad stress i föräldraskapet, bättre möjligheter till socialt stöd, positiva förändringar i sättet att relatera till andra människor och en minskad inverkan i vardagen av problemen kring barnen. Ett tydligt mönster framträdde; det bestod i förbättringar efter sex månader på alla de områden som undersökts och en fortsatt och förstärkt positiv utveckling ytterligare ett år senare.

När det gäller frågan om *less is more* eller *more is better* strävade centren i denna studie efter att matcha omfattningen av inter-

ventionen mot varje enskild familjs behov. Det fanns också en beredskap att arbeta på olika nivåer (t ex individ, samarbetet med förskolan) och att använda olika inkörsportar i samspelsbehandlingen. Arbetssättet utgick från ståndpunkten att *less is more* stämmer för några medan *more is better* är giltigt för andra.

För några familjer var insatsen begränsad till ett antal Marte Meo-sessioner, med ett tydligt avgränsat uppdrag. Andra familjer hade en lång historia av misstroende mot myndigheter som måste övervinnas innan en samarbetsrelation kunde etableras och behandlingen komma igång. De olika förändringsmönster som beskrivits ovan kan återspegla variationen i familjernas behov – den omedelbara inverkan av ett barns beteendeproblem kan förändras snabbt, medan föräldrars sätt att relatera till andra människor verkar förändras långsammare.

Ett intressant resultat i studien var att behandlingsavbrott (drop-out) förekom i liten utsträckning. Det var bara tio familjer som inte fullföljde sin behandling, och dessa avbrott var i huvudsak relaterade till yttre omständigheter såsom familjernas flytt från orten eller att behandlaren slutade eller blev sjukskriven. Detta är ett oväntat och intressant resultat, eftersom problemet med behandlingsavbrott ofta diskuteras när det gäller denna typ av interventioner (Gray & McCormick, 2005). Flera studier har visat att 40-60% av småbarnsfamiljer som påbörjat behandling i öppna vårdformer har avbrutit i förtid (Kazdin, 1996; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Mot bakgrund av detta har man riktat uppmärksamheten mot behovet av att interventionerna utformas så att de ökar familjernas engagemang och minskar bortfallet, och flera forskare understryker att forskning om interventioner också måste beakta dessa faktorer (Cook et al., 2007; Staudt, 2007).

Detta väcker frågan om vilka aspekter av interventionen i denna studie som bidrog till det låga antalet behandlingsavbrott. Diskussioner mellan terapeut och klient som verkligen leder fram till vad man vill uppnå med behandlingen och hur man ska uppnå detta har visat sig öka klienternas engagemang och hopp (Cook et al., 2007). I en studie som handlar om hinder mot att delta i behandling understryks betydelsen av att föräldrarna uppfattar behandlingen som meningsfull (Kazdin & Wassell, 2000). De uppdragsdiskussioner som utgör grunden för behandlingen vid centren i denna studie kan därför vara av särskild betydelse. Detta är i överensstämmelse med en svensk studie med barn i

åldern 4-12 som uppvisade utagerande problem – där man delvis använde samma sätt att samarbeta med familjerna som i denna studie – och där det inte heller förekom några oplanerade avbrott av behandlingen efter det att interventionen hade startat (Axberg et al., 2006).

Ett annat skäl till det låga antalet behandlingsavbrott kan vara att interventionen anpassades till varje enskild familjs behov. En dålig matchning – i vilken riktning det än må vara – mellan en familjs behov av hjälp och omfattningen av interventionen kan äventyra familjens motivation att medverka.

Det begränsade antalet behandlingsavbrott har medverkat till att bortfallet från studien är litet, vilket är en betydande styrka eftersom det innebär att de resultat vi har funnit har en hög grad av säkerhet. Eftersom studien är naturalistisk är det vardagsarbetet vid de fyra centren vi mäter. Vi behöver därför inte befara att resultaten är beroende av speciella omständigheter under den tid vi utförde studien. En annan viktig styrka med studien är att förändringar mättes både på kort och på lång sikt. De långsiktiga förbättringarna i denna studie väcker frågor om vad som händer på ännu längre sikt, särskilt med tanke på att vissa resultat ger stöd för att begreppet sleeper effects (fördröjd effekt) kan vara relevant vid denna typ av interventioner.

Vilka resultat är viktiga?

En av de allra viktigaste orsakerna till att man sökte hjälp var aggressivt beteende hos barnen. Detta är av stort intresse eftersom aggressivitet och annat normbrytande beteende – särskilt hos barn under 12 år – är en av de faktorer som starkast ökar risken för fortsatt normbrytande beteende (Lipsey & Derzon, 1998). Då en meta-analys har visat att aggressivt beteende verkar hålla i sig om det inte behandlas, och detta gäller alla åldersgrupper (Wilson et al., 2003), är det av yttersta vikt av att tillgodose behovet av effektiva behandlingsprogram för dessa familjer.

De flesta resultaten i denna studie är dock relaterade till föräldrarna, och en viktig fråga är vilka av de aspekter vi mätte som är kliniskt mest betydelsefulla. En trygg anknytning är en viktig skyddsfaktor för ett barn som växer upp i en riskmiljö (Greenberg, 1999) och en desorganiserad anknytning är en allvarlig riskfaktor

för bland annat utagerande problem (Munson et al., 2001). Inom anknytningsforskningen studerar och diskuterar man frågor som rör anknytningsmönstrens stabilitet, och i vilken mån anknytningsmönster ”ärvs” från en generation till nästa. Det finns klara belägg för att föräldrarnas egna anknytningsmönster har betydelse för barnets möjlighet att utveckla en trygg anknytning (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997). Detta skulle kunna betyda att även små förändringar i positiv riktning när det gäller hur föräldrarna relaterar till andra människor kan ha betydelse för barns utveckling.

Det finns också starkt vetenskapligt stöd för att mammors psykiska hälsa och välbefinnande påverkar barns utveckling. Ett förbättrat psykiskt välbefinnande hos mammorna bör alltså vara av central betydelse. Anderson (2007) har visat att upplevelse av stress är associerad med ökad risk för ångestproblem hos barnen, vilket talar för att en stressreduktion är kliniskt relevant.

I en studie som omfattade 152 småbarnsföräldrar visade resultaten att det fanns ett samband mellan socialt stöd och att föräldrar och barn hade gemensamma aktiviteter som de uppskattade. Författarna uppfattar det som viktigt att minska känslor av osäkerhet i sociala relationer, och menar att föräldrastödjande interventioner kan bidra till det genom att aktivt verka för att föräldrar får positiva sociala erfarenheter inom ramen för interventionen (Green et al., 2007). Detta ligger i linje med centrans betoning på relationen mellan behandlare och föräldrar.

Studiens begränsningar

Avsaknaden av kontrollgrupp i denna studie utgör en begränsning. Det var ur etiska och praktiska skäl inte möjligt att skapa en kontrollgrupp, vilket gör att vi inte med säkerhet kan uttala oss om hur utvecklingen skulle ha varit för dessa familjer om de inte hade fått hjälp. En central fråga är om de resultat som motsvarar dem som familjerna i denna studie visat, skulle kunna uppnås ”av sig själva”, det vill säga genom spontan förbättring. I en stor prospektiv studie, *the 1999 British Child and Adolescent Mental Health Survey*, följdes 2587 barn upp tre år efter den första mätningen. Skattningar av deras psykiska hälsa med SDQ, som gjordes av såväl föräldrar som lärare, visade hög grad av stabilitet över tiden

($r = 0.71$). Man kunde konstatera att barn med utagerande problematik uppvisade en sämre utveckling än de med känslomässiga problem. Barn till föräldrar med psykisk ohälsa utvecklades också i en mer negativ riktning än de barn som levde med föräldrar som mätte bra psykiskt. Den psykiska (o)hälsan hos barnen utvecklades enligt samma mönster oberoende av hur bra eller dåligt barnen mätte vid den första mätningen. Författarnas slutsats är att det finns ett behov av effektiva interventioner för barn som har betydande psykiska problem, eftersom det är osannolikt att de ska förbättras spontant (Ford et al., 2007).

Vi inser att en djupare kunskap hade kunnat uppnås om föräldrarnas självskattningar hade kompletterats med observationer och mätningar av till exempel samspelet mellan föräldrar och barn, av barnens anknytningsmönster och hälsa samt av hur barnen fungerade i förskolan.

Slutsatser och förslag till framtida forskning

Denna studie visar att det är möjligt att nå såväl mammor som pappor med problem i föräldraskapet och att dessutom skapa en behandling som mycket få familjer avbryter. Detta är särskilt väsentligt eftersom aggressivt beteende hos barnen var en av de vanligaste kontaktorsakerna, och man vet att när barn uppvisar sådana problem i tidig ålder är risken för en fortsatt negativ utveckling mycket stor. Det är också känt att familjer som brottas med den typen av problematik ofta avbryter påbörjad behandling.

Vi behöver fördjupa förståelse om vilket stöd samhället behöver ge utsatta föräldrar för att de skall kunna fungera som en trygg bas för sina barn, bland annat utifrån följande aspekter;

- ▶ Pappornas roll i samspelsbehandling behöver utforskas ytterligare så att den fortsatta utvecklingen av sådana interventioner anpassas lika mycket till pappornas behov som till mammornas.
- ▶ En annan viktig men försummad aspekt är barnens upplevelser av att delta i samspelsbehandling. Vi har studerat föräldrarnas egna berättelser om hur det är att delta i samspelsbehandling i studien *Att överbygga klyftan* (kapitel 7), men det perspektivet behöver också kompletteras med barnens

upplevelser, samt med observationer/bedömningar avseende föräldrarna, barnen och samspelet dem emellan.

► Eftersom levnadsförhållandena i olika kulturella sammanhang kan skapa olika problem i föräldraskapet är det av stor vikt att systematiskt fortsätta samla kunskap om hur samspelsbehandling kan utformas i olika kulturella sammanhang.

Kap. 6 Två intervjustudier – en gemensam metodbeskrivning

Syftet med dessa studier var att undersöka processer som föräldrar, som tidigare varit i behandling, uppfattat som betydelsefulla för barnens utveckling. Det omfattande intervjumaterialet har presenterats i två artiklar, med Carola Skott som medförfattare. Den ena heter *Att överbrygga klyftan (Bridging the Gap)* och handlar om behandlingsprocesser vid de fyra centren. Här var det alltså föräldrar som reflekterade tillsammans med sina familjehandlare. Den andra heter *Betydelsefulla möten med betydelsefulla personer (Important meetings with important persons)* och handlar om personer och sammanhang som ligger utanför behandlingen vid de här fyra centren – om lärare, BVC-sjuksköterskor, socialsekreterare och andra. En gemensam beskrivning av urval och tillvägagångssätt följer här, medan resultaten av studierna presenteras var för sig.

Den förförståelse som bildar utgångspunkt för studiernas frågeställningar – och därmed också val av metod – har formats av min bakgrund som socialarbetare med mångårig erfarenhet av samspelsbehandling i familjer med späda och små barn. En bärande tanke i det kliniska arbetet är att en samarbetsrelation med föräldrarna utgör en viktig förutsättning. Behandlingsarbetet har bedrivits utifrån ett salutogent synsätt, vilket innebär att man fokuserar mer på de faktorer som skapar hälsa och utveckling än på dem som orsakar problem och ohälsa, vilket står i samklang med studiens fokus.

Skälet att välja en narrativ (berättande) ansats är att människan skapar förståelse av det som händer i livet med hjälp av berättelser. Denna typ av förståelse, det narrativa tänkandet, strävar inte i första hand efter det absolut sanna och det formellt logiskt sammanhängande, utan snarare efter likhet, sammanhang, mening och innebörd (Bruner, 1986). Mishler (1986) poängterar att forskaren inte finner berättelser utan medverkar till att skapa dem. I alltför strukturerade intervjusituationer menar Mishler att man riskerar att systematiskt utestänga delar av intervjupersonernas upplevelser och tankar, som kommer till uttryck i öppnare intervjuer i form

av berättelser. Narrativ forskning är inte ett enhetligt begrepp utan omfattar ett helt spektrum av metoder för att närma sig texter som har en narrativ form. Denna studie är ett exempel på narrativ forskning ur ett hermeneutiskt perspektiv, vilket innebär att den syftar till att synliggöra och förstå människors meningsskapande processer (Skott, 2004). Nästan all mening, alla berättelser, skapas tillsammans med någon annan i det "intersubjektiva fältet" (Stern, 2005). Detta gemensamma skapande har också uppmärksammats av lingvisten Norrick (2000) som använder begreppet conversational narrative (berättelse som skapas i ett samtal), vilket mycket väl fångar karaktären i de berättelser som dessa studier bygger på.

Deltagare och tillvägagångssätt

Det första steget var att tillfråga föräldrar, som tidigare varit i behandling vid något av de fyra centren och som hade avslutat sin kontakt minst tre år tidigare, om de ville vara med i studien. Det innebär att de intervjuade föräldrarna i dessa studier inte fanns bland de 101 familjer i studien som beskrevs ovan. Valet att sätta upp denna tidsgräns grundade sig dels i att vi ville träffa föräldrar som inte stod i något beroendeförhållande till sina tidigare behandlare, dels i att vi förmodade att den tid som gått skulle underlätta för familjerna att reflektera över våra frågeställningar.

Personalen vid de fyra centren etablerade den första kontakten med familjerna, utifrån den enda instruktionen att vända sig till familjer med olika typer av problem och social bakgrund. Frågeställningen var så lite undersökt att det inte var möjligt att förut säga vilka bakgrundsfaktorer som kunde ha haft särskilt betydelse i urvalet. De föräldrar som ställde sig positiva till att bli intervjuade kontaktade jag via brev med ytterligare information om studien, och vi kom sedan överens om när och var vi skulle ses. En mamma, med ett allvarligt missbruk i sin historia, ville först bli intervjuad, men ångrade sig. Hon trodde att det skulle bli alltför smärtsamt att tala om det förflutna, och hade kommit fram till att en intervju skulle kunna äventyra hennes psykiska balans. Jag gav henne fullt stöd i beslutet att säga nej. En mamma som hade sagt sig vara villig att delta uteblev från två uppgjorda möten, varför en annan familj kontaktades.

I den första fasen intervjuade jag tio mammor och sex pappor

från tretton olika familjer. Den huvudsakliga frågan var om de kunde beskriva några sammanhang eller personer som hade haft positiv betydelse för deras barns – eller familjens – utveckling. I ett flertal intervjuer berättade föräldrarna på eget initiativ om personer som varit betydelsefulla. Detta kan förstås mot bakgrunden att de genom informationsbrevet var införstådda med denna frågeställning. I de fall föräldrarna inte spontant kom in på detta tema ställdes en öppen fråga om det fanns några personer eller sammanhang som föräldern tyckt varit betydelsefulla för barnets eller familjens utveckling på ett positivt sätt. I de intervjuerna berättade föräldrarna om lärare, socialsekreterare, kontaktfamiljer, släktingar, fritidsledare, BVC-sjuksköterskor, förskollärare, och om sina tidigare familjehandlare vid de fyra centren.

Med utgångspunkt i dessa intervjuer och i samråd med föräldern identifierades personer som föräldern uppfattat som betydelsefulla. I fortsatt samråd utvaldes de personer som skulle kontaktas om ett deltagande i studien då det inte var möjligt att kontakta samtliga. Den faktor som vägde tyngst var hur stor betydelse föräldern uppfattade att personen haft. Det fanns några betydelsefulla personer, vanligtvis släktingar, som inte tillfrågades om medverkan eftersom föräldrarna – särskilt papporna – inte ville besvara dessa personer som de tyckte redan hade gjort så mycket för dem.

Alla de betydelsefulla personer som tillfrågades var positiva till att delta, och intervjuerna genomfördes i samtliga fall tillsammans med en förälder. Ansatsen vid dessa intervjuer kan beskrivas som ”ett utforskande partnerskap” eftersom föräldern i detta skede var både medforskare och informant.

Syftet med de gemensamma intervjuerna var att få del av de betydelsefulla personernas och föräldrarnas *berättelser* om vad som hänt och deras ibland olika och ibland gemensamma förståelse av detta. Samtliga intervjuer har spelats in och skrivits ut ord för ord. I de fall utskriften gjorts av annan person har jag lyssnat igenom upptagningen noggrant och jämfört med utskriften. För att göra texten läsbar för intervjupersonen har den givits en mer flytande skriftlig form, det vill säga att jag med minsta möjliga ”ingrepp” – utan att ändra några ord eller flytta stycken – fört ihop texten till en mer sammanhållen berättelse. Detta är ett tillvägagångssätt som anges som lämpligt av Kvale (1997). Informanterna har haft tillfälle att kommentera och föreslå förändringar.

Tolkning av intervjuerna

Tolkningen har gjorts enligt Max van Manens (1997) hermeneutisk-fenomenologiska metod, där människors levda erfarenhet står i fokus. Målet för analysen är att hitta teman som är meningsskapande. Van Manen poängterar att tema inte är ett ”ting” som vi stöter på i texten utan ett sätt att ge form åt det formlösa och att beskriva innehållet i ett begrepp. Tema är dock alltid en reduktion av ett begrepp, en föreställning eller en tanke eftersom ingen tematisk formulering kan fullständigt göra rättvisa åt den djupa meningen i ett begrepp.

För att hitta textens teman används tre olika sätt att närma sig texten, tre läsningar. I den holistiska eller kärnfulla läsningen behandlas texten som en helhet och man söker efter den huvudsakliga betydelsen. Den selektiva eller accentuerade läsningen innebär att man läser en text många gånger för att fånga vilka berättelser, uttalanden eller fraser som verkar vara särskilt betydelsefulla. I den detaljerade läsningen tittar man på varenda mening eller stycke och frågar vad den/det säger om det fenomen eller upplevelse man studerar. Ett viktigt led i processen är att skriva och skriva om, eftersom man när man uttrycker sig med ord upptäcker vad man vill ha sagt. Den ständiga växlingen mellan helhet och delar som är kännetecknande för den hermeneutiska cirkeln är grundläggande och betydelsen av att hålla fast vid den fråga man vill undersöka betonas också.

Kap. 7 Att överbrygga klyftan – samskapandet av en terapeutisk process

Detta är en sammanfattning av artikeln Neander, K., & Skott, C. (2008) Bridging the Gap – the Cocreation of a Therapeutic Process. Reflections by Parents and Professionals on their Shared Experiences of Early Childhood Interventions. *Qualitative Social Work*, 7(3), 289-309. Artikeln i sin helhet med samtliga referenser kan beställas från QSW.

Denna studie bygger på intervjuer med föräldrar och deras tidigare behandlare vid de fyra centren för samspelsbehandling. Hur urval, intervjuer och tolkning har gått till finns beskrivet i kapitel 6.

Bakgrund

Interventioner i den tidiga barndomen syftar till att främja barns hälsa, stärka barns framväxande kompetens samt förebygga psykisk ohälsa och annan negativ utveckling. Hur dessa interventioner vuxit fram, dess teoretiska grund och aktuell forskning finns beskrivet i kapitlen 1-3.

Forskning kring terapeutiska interventioner fokuserar ofta på metoder och tekniker, det vill säga faktorer som är specifika för en viss typ av interventioner. Inom psykoterapiforskningen ifrågasätts om det är dessa specifika faktorer som har störst betydelse för utfallet. Det finns starkt stöd för att det man kallar för gemensamma faktorer (*common factors*) eller icke-specifika faktorer har avgörande betydelse (Duncan et al., 2010). Lambert (1992) har uppskattat att egenskaper hos klienten och sådant som händer utanför terapin förklarar 40 % av den förändring som uppnås, den terapeutiska relationen 30 %, förväntanseffekter 15 % och teori och metod 15 %. Tanken om gemensamma faktors betydelse stöds också av Wampold (2001), som beskriver två alternativa modeller för att fånga olika perspektiv på terapi. Den ena är den medicinska modellen (*the medical model*) som definierar en terapiform i termer av en uppsättning specifika ingredienser eller tekniker och den andra är den sammanhangsbestämda modellen (*the contextual model*) vars idé är att psykoterapi äger

rum i ett ”helande sammanhang” (Frank & Frank, 1991).

En rad forskare har påpekat att trots att vi nu vet en del om effekterna av tidiga interventioner, finns det många frågor som ännu är obesvarade. Bland annat är kunskaperna om mekanismerna, det vill säga på vilket sätt interventionerna fungerar, alldeles otillräckliga, och ett enstaka forskningsfokus kan inte fånga dynamiken i de terapeutiska processerna. Röster har höjts för att man behöver anlägga ett bredare fokus vid utvärderingar (Gray & McCormick, 2005), och en breddning beträffande val av forskningsmetoder har också efterlysts, eftersom det finns gränser för vilka frågor som kan besvaras med kvantitativ metod. Det finns till exempel behov av kvalitativa studier för att utforska föräldrarnas upplevelser (Hauser-Cram et al., 2001). Sammanfattningsvis finns det ett stort behov av att undersöka interventioner i den tidiga barndomen ur både föräldrarnas, barnens och behandlarnas perspektiv. I enlighet med det salutogena perspektivet (Antonovsky, 1991) är vår utgångspunkt att studera processer som föräldrarna uppfattat varit till hjälp.

Syftet med denna studie var att undersöka föräldrars och behandlares erfarenheter av behandlingsprocesser – som har varit till hjälp enligt föräldrarna – vid fyra center för samspelsbehandling.

Teman

Tolkningen av intervjuerna resulterade i att ett antal teman utkristalliserades. Början av processen utmärktes av *föräldrarnas rädsla kontra behandlarnas tillit*. Detta bildade den bakgrund mot vilken båda parter försökte *göra situationen begriplig/hanterbar* och båda *strävade mot ömsesidig lyhördhet* som ledde till en *förändring av inre bilder*. Slutligen *reflekterade båda parter över relationen*. Till sammans beskriver dessa teman *samskapandet av en terapeutisk process genom att överbrygga gapet mellan föräldrar och behandlare*.

I samtliga citat nedan återges *föräldrarnas ord med kursiv stil* och de betydelsefulla personernas ord med vanlig stil. Det innebär att den grafiska bild av *kursiv* respektive vanlig stil som bildas i de fyra berättelserna speglar vems perspektiv de berättas utifrån. En parentes med tre punkter i, (...), betyder att ett stycke text har utelämnats, medan tre punkter i texten, ..., avspeglar pauser i informanternas tal.

Föräldrarnas rädsla kontra behandlarnas tillit

Flera av föräldrarna beskrev att de dominerades av en stor rädsla. Det var en rädsla att vara skadlig för sitt barn, att inte orka upprätthålla föräldraskapet, att bli underkänd som förälder och kanske fråntagen vårdnaden om sitt barn. Föräldrarna upplevde att de professionella hade makt – makten att ta barnen ifrån dem – och detta stod i tydlig kontrast till egna känslor av maktlöshet. Här beskriver mamma Paula sina känslor inför starten av behandlingen för sin behandlare Lisa:

Alltså jag var orolig. Riktigt orolig. [...] Jag var väldigt rädd när jag började här för att ni också skulle bekräfta att jag var en dålig mamma. [...] Jag hade ju resonerat med mig själv att ... jag hade gått så långt så att jag hade tänkt att: "Tar dom Adam så får dom ta Adam. För då har dom bestämt att han har det bättre någon annanstans." Så, så långt hade jag alltså tänkt. Så jag hade redan, jag hade redan öppnat den dörren. Ja. Det hade jag. Och det var tufft. För det kommer jag ihåg. Usch, vilken ångest det var. [...] Och det, det kan jag säga nu då som jag kommer ihåg det nu så tror jag liksom att det förstod nog inte jag. Nej. Jag undrar om någon förstod det här. Nej, det tror jag inte Paula. Ändå trots att visst förstod vi din utsatthet och så, men kanske inte riktigt så starkt som du beskriver det nu. Nej, det har jag inget minne av eller någon känsla av att det var. Nej, men det var ju så hemligt. Den var ju så hemligt så... ...och förbjudet på något sätt... för skulle jag säga det, då vart det ju så. Och det ... Då skulle man minsann få upp ... Jag vet ju också att i början, det tog väldigt lång tid innan jag kunde släppa barnen utan och känna det här att: "Vet ja, om dom inte kollar dom?" Ja. Det var mycket så. [...] Men alltså när jag nu sitter och tänker också så inser jag då att jag tror aldrig, att jag under den tiden som ni var inskrivna här eller som vi hade kontakt, att jag egentligen hade någon grundläggande oro för att inte du skulle fixa det här. [...] Att det var någon slags grundstyrka eller grundkompetens eller så, den känner jag att jag aldrig tvekade över.

Medan föräldrarna gav uttryck för rädsla att inte lyckas uttryckte behandlarna att de kände tillit till föräldrarnas kapacitet och att de

skulle kunna hjälpa familjen. Skillnader i makt och i känslomässiga upplevelse av situationen bildade ett gap/en klyfta, som ibland försvårade dialogen. Detta beskriver mamma Vicky i förhållande till sin behandlare Sofia:

För först var jag ju som en robot. Jag var ju livrädd att dom skulle sno Oskar. Ja, du gick ju runt och sa "Ja" hela tiden, men det kändes inte "Ja". (skrattar) Nej, jag var ju livrädd att ni skulle sno ungen så det var bara att lyda och hålla käft. Ja du var väldigt ... Ja, det var så. (...) Nej, men som den där första tiden då existerade vi ju bara. Det kan jag ju säga direkt. Då bara fanns vi ju. Ja. Och jag försökte att förstå. Ja.

Att göra situationen begriplig/hanterbar

För föräldrarna var hela sammanhanget nytt och obekant, och de beskrev hur de avläste miljön och människorna de mötte för att avgöra om de skulle våga lita på dem och för att förstå vilka "spelregler" som gällde. *Mamma Diana*, som var i allvarlig kris med psykisk ohälsa, beskriver vad miljön betydde för henne och barnen när de första gången kom till centret:

Stämningen och... ..blommor och gardiner och jättefina möbler och fina koppar och... Sådant betyder jättemycket när man kommer som... Ja, kanske känner sig lite liten och lite utsatt och lite hjälplös och... Att miljön åtminstone är varm och ombonad och mjuk och så människorna därtill.

Mamma Diana hade som liten varit med om familjebehandling, och dessa erfarenheter gjorde henne betänksam inför vad som väntade. Hon kände sig lättad när det visade sig att "så kom man till helt normala människor". *Pappa Lennart*, som utifrån sin socialt problematiska bakgrund och tidigare kontakter med sociala myndigheter också var tveksam, beskriver första intrycket av behandlaren *Eva-Lena* på följande sätt:

Jag kommer ihåg den kontakten när jag träffade Eva-Lena första gången. Jag kände att den kan man jobba vidare med. Det kände jag direkt. Jag tror att personkemin stämde bra, hon var så lugn

och... Vad ska jag säga? Hon var inte så där så att hon jäktade på, utan hon tog det i omgångar så där. Så att man fick förtroende för henne alltså.

Mamma Hanna, som kommit i kris efter första barnet Theas födelse, kände en stark skräck inför att komma till centret och hade fantasier om att hon skulle bli inlåst där. Trots att hon kände sig ”nästan fientlig” genom att ställa frågor om bland annat personalens utbildning och hur behandlingen dokumenteras, gjorde hon det för att det skulle bli möjligt för henne att våga börja en behandling, och fick erfa att ”*jag fick svar på dem bara, det var inget konstigt*”

Flera behandlare betonar att de försökte ta reda på hur föräldern tänker om sin situation och vad hon/han ville ha hjälp med, för att insatsen skulle bli begriplig och meningsfull. Här reflekterar behandlaren Iris med *mamma Sandra* om detta:

Jag har ju också en massa med mig, från där jag kommer ifrån. *Ja, ja.* Men det behöver ju inte betyda att du och jag är likadana. Utan att jag måste försöka att tänka ”Hur tänker du?” *Mm.* Och ”Vad vill du ha hjälp med?” *Ja, precis.* Det tror jag är viktigt. *Ja, det är jätteviktigt. Ja. Just det här med när du sa det här med, vad vill du ha hjälp med.*

Mamma Hanna beskriver sin upplevelse av ”förhandlingen” om behandlingens fokus på följande sätt:

Ja, jag vet inte, jag fick känna mig som att det var jag som höll i taktpinnen, mer eller mindre. Att det var vi som skulle formulera ett uppdrag och vi kunde när som helst strunta i det om vi inte ville. Och det var upp till oss hela tiden. Och då kändes det som att det var tryggare.

Strävan efter ömsesidig lyhörddhet

Både föräldrar och behandlare beskrev att också den fortsatta processen präglades av förhållningssätt och handlingar – från båda håll – som underlättade samarbetet och överbryggade klyftan dem emellan. Flera behandlare lyfte fram betydelsen av föräldrarnas öp-

penhet. Här berättar behandlare Olivia hur hon uppfattade att *mamma Dianas* öppenhet gjorde det lätt att komma igång med behandlingsarbetet:

Och så minns jag ju dig också, att du var så... Du var så öppen. Precis som du var här nu. ”Ja, nu vill jag bara säga hur det är! Nu är det såhär.” Allt rakt upp på bordet! Så! *Ja*. Så det var så enkelt. Det kommer jag ihåg, med dig. Att det var liksom aldrig några problem, för att det var... Allt bara hostades upp. ”Såhär är läget. Okej, vad ska vi göra åt det, nu då?” *Ja*. Ungefär. Så det var snabbt på spår, på något vis. *För sådan är jag när jag söker hjälp eller får hjälp. Men hemma är jag precis tvärtom. Det är bara locket på, locket på.*

Behandlaren Eva-Lenas upplevelse av hur *Irene och Lennart* tog emot henne beskriver hon med orden: ”Och då kände jag att ni liksom bjöd in mig. Jag blev en del av erat liv, som det var, rakt upp och ner.”

Behandlarnas tillit till föräldrarnas kompetens, som beskrevs i det första temat, tar sig i det praktiska behandlingsarbetet uttryckt i att de på olika sätt bekräftade föräldern och dennes betydelse för sitt barn. Behandlaren Margret beskriver det på följande sätt för *mamma Maria*:

Men sedan var det väl lite så att jag – du var så medveten om det som var fel – att det handlade mycket om att stärka upp dig. Att lita på dig, att du var en bra mamma. (...) Tillåta att det tar tid att lära känna sitt barn och att du duger. Du duger för din dotter, att hitta sätt som blir bra. *Ja*.

Behandlaren Lilian säger att *mamma Hanna*, som var så rädd och osäker, egentligen hade ”allt”, att det bara var hennes ängslan som var i vägen, och *mamma Hanna* beskriver att hon hade ett ”*sådant otroligt behov av att just bli bekräftad och känna att man duger och räcker till*”. Liknande tankar uttrycker också *mamma Vicky*, vars självförtroende var i botten efter en anmälan till socialtjänsten och negativa erfarenheter från en annan vårdgivare:

Och sen så det att dom inte – för det gjorde ju aldrig någon – kommenterade dom här dåliga grejerna på ett otrevligt sätt,

utan ni kommenterade mer de här positiva grejerna.(...) Och sen nästan guldstjärnor och serpentinfall för att man hade råkat göra något bra. Det gjorde väldigt mycket för självförtroendet.

Föräldrarnas beredskap att ta till sig råd och prova nya sätt att bemöta barnen, var också ett förhållningssätt som lyftes fram. Här är det behandlaren Helen som beskriver *mamma Aylin*, som kommit som flykting från ett annat land och tappat fotfästet efter allvarliga problem inom familjen:

På något vis, mitt i den här krisen, så var du en positiv kraft i dig själv, i att du var öppen och tog emot och samspelade och försökte få råd och stöd och ta till dig. Och då kunde du också förmedla det till Marc. När du kände att det är inga konstiga tankar, eller jag är inte något konstig, utan det är såhär. *Ja, precis.*

Det som fler föräldrar å sin sida lyfte fram som underlättande i detta var att behandlaren inte intog en hållning av att veta allt. Här är det *mamma Irene* som beskriver behandlaren Eva-Lenas förhållningssätt:

Och Eva-Lena, hon sa "Ja, men jag kan ju ha fel i den här saken, men vi försöker det..." (...) "Prova, så får vi se om det fungerar. Men funkar det inte så får vi ju försöka på något annat vis." Det är inte många som jobbar med barn och sådant, som vågar erkänna att de kanske har fel i just i den här frågan.

Både föräldrar och behandlare tog också upp att de kvaliteter som har betydelse i "vanliga" relationer var lika betydelsefulla i den terapeutiska relationen. Behandlaren Olivia berättar för *mamma Diana* hur lätt det var att komma överens med henne om olika saker eftersom Diana alltid var så positiv. *Mamma Vicky* gjorde sin behandlare uppmärksam på att några andra föräldrar inte mår bra. Hon tog också initiativ till en liten fest när ett barn som var försenat i sin utveckling tog sina första steg. *Pappa Lennart och mamma Irene* tog ansvar för både förberedelser och för att plocka undan när centret höll fester vid sommar och jul, då de tyckte att arbetsbördan för personalen blev för stor.

Förändringen av inre bilder

När föräldrarna beskrev vad behandlingen har lett till gjordes det inte i termer av någon tydlig och avgränsad del av föräldraskapet och samspelet med barnet, utan som en mer generell påverkan på självförtroendet. *Mamma Hanna* ger uttryck för det på följande sätt:

Men det kom ju med att jag kände mig tryggare som mamma. Att jag vågade överföra det på andra saker också, för att i början, i och med att jag var så osäker på allting och just alla frågor jag fick, som på något sätt förstärkte den här osäkerheten. "Duger verkligen bröstmjölken?" och "Ska man verkligen göra så? Har du verkligen frågat om...?" Det var hela tiden sådär. Ja. Men jag började känna mig tryggare och visste att det jag gör är faktiskt bra för Thea. Då kunde jag stå på mig och säga: "Ja, det vet jag att det funkar", "Men är du säker?" "Ja, det är jag jättesäker på." Och då kunde jag liksom föra över det på andra saker också.

Mamma Maria beskriver sin förändrade syn på sig själv:

Mitt träd saknade stabila rötter, om man säger så. Det var lättare att få trädet att svaja. Idag så tror jag nog att jag kommer stå mer där och ta det mer för vad det är. "Okej, nu blev det såhär. Det kanske inte var det jag önskade, men då får jag, vi, väl klara det också, på något sätt."

Också behandlarna beskrev hur dessa kontakter berikat dem. Behandlaren Lilian menar att arbetet med *mamma Hanna* har fått henne att reflektera över sin egen roll som mormor. Behandlaren Eva-Lena säger att arbetet med *mamma Irene och pappa Lennart* ledde till viktiga reflektioner kring arbetet:

Och det har också gett mig, tycker jag, att man har fått en möjlighet att tänka "Vad är det vi håller på med i det här jobbet?" I och med att ni också har kommit och delat med era erfarenheter hur det var tidigare och berättat om hur ni har det nu och vad ni gör och vad ni tänker, så har det ju berikat oss otroligt mycket alltså. Och det är väl det som gör att det har blivit en speciell relation.

Reflektion om relationen

De föräldrar och behandlare som ingick i studien lyckades alla – efter större eller mindre ansträngning – forma en samarbetsrelation. När de talade om sin relation var det tydligt att både föräldrar och behandlare hade svårt att hitta ord som på ett rättvisande sätt beskrev relationens art. Ibland använde de liknelser, ibland berättade de hur den inte var, och i sina ansträngningar att beskriva relationen valde de lite olika vägar. Medan flera av föräldrarna använde ordet kompis, eller ”som en kompis”, använde behandlarna ord som ”en speciell relation” eller ”ömsesidighet”. Låt oss höra hur pappa Lennart och familjebehandlaren Eva-Lena reflekterar tillsammans:

Det har blivit en sådan där kompisrelation tycker jag. Ja, det har verkligen alltså väckt någonting... Vi saknar den här gemenskapen... Kunde sitta då, typ några, någon timme här på en fredag. Men det gör ju vi också. Ja, men har det gått för lång tid så undrar man ”Har du hört någonting från Lennart och Irene?” Eller sådär... ”Har du sett dem?” Ja. Så det, det är ju liksom verkligen ömsesidigt i detta. Att vi har liksom skapat någon annan relation.

Mamma Vicky beskriver hur hon såg på sin kontakt med Sofia både genom att berätta hur det *inte* var, och hur det var:

Och sen så just den här känslan att du var ingen – vad ska jag säga nu utan att det låter dumt – du var ingen chef över mig, utan vi var jämställda och vi var kompisar. Ja, men det blev vi. Ja.

Hon finner också ord för att uttrycka de speciella förutsättningarna för relationen:

Vi umgås ju inte, vi är ju inte privatkompisar, utan jag tycker att vi var jättebra kompisar där. Nej, det var liksom inte någon anställd – patientrelation, det tycker jag inte att det var.

Familjebehandlare Lisa reflekterar i liknande banor inför *mamma Paula* över relationen och sammanhanget:

För jag tror liksom lite grann, att vi har någon slags likhet som gör att vi på nåt sätt känner igen varandra. Vi är verbala, vi pratar mycket, har lätt och uttrycka oss med ord och så och har ganska nära till känslor också. För det har ju jag med. (...) Vi matchar varandra. Och sånt tror jag kanske sätter sig vid den allra första kontakten man får och att det faktiskt är en viktig beståndsdel i om man kan ge varandra någonting, även på ett professionellt plan. *Absolut*. Alltså vi skulle – om vi hade mötts i andra sammanhang – vi skulle ha kunnat bli väninnor utifrån det, men nu möttes vi som... jag som professionell. Men det blir ett möte som handlar om det.

Också *mamma Diana* tycker att det fanns kvaliteter i relationen som liknade vänskap, medan det på samma gång fanns vissa skillnader.

Det var som att komma till en kompis som ville hjälpa mig, och där jag ändå inte behövde känna att jag stod i tacksamhets-skuld och behövde ge någonting tillbaka av tid och hjälp och...

Hon poängterar också att de förväntningar man har på en terapeut skiljer sig från vilka man har på vänner. En terapeut ska vara en kunnig ”expert” på barn:

Både auktoritet och pondus i sin yrkesroll. Så att man, när man kommer och är hjälpsökande, den här människan förmedlar kunskap och vet saker. Så att det är meningsfullt att gå till den personen. Och sedan är det såklart att man är vänligt lagd som människa. (...) Det är jättesvårt i yrkesrollen också, kan jag tro, att hitta det här... lagoma.

Mamma Hanna beskriver att hon uppfattade personalen som experter, och berättar hur hon upplevde sin relation med behandlaren *Lilian*:

Men man ser ju på dem som jobbar på ett sådant där ställe, man ser ju dem som expertis liksom. Ja. På något sätt... Ni skulle ju kunna ljuga ihop vad som helst och jag skulle känna mig lugn... (skratt) Man tar det som sanningen på något sätt. Men ändå så var det ju i dialog... Ja. Det var ju jag som på något sätt kom fram till det, men du hjälpte mig att komma fram till det. Ja. Så

att... Ja. Ja, det tror jag är lite utav det, att man hjälper folk att komma fram till sina egna tankar. Att det känns ok allting... Ja, för det var ju aldrig att du kom och la fram såbär är det. Nej. Så var det ju inte, utan jag frågade och så kunde du "Ja, hur tror du?" Ja. Och så kunde man, ja...

Mamma Diana jämför sina erfarenheter av att arbeta med sin familjebehandlare Olivia med tidigare kontakter med sjukvården:

"Det här ska vi fixa ihop." Och vi står liksom på samma ruta från början. Ja, just det. Båda står på ruta ett. Det är inte som på sjukhus, man ligger i sängen där när doktorn kommer och han är femhundra rutor framför med all sin kunskap, och vet ungefär vilken dag jag kommer att dö... Nej, men det... Inga, inget sprätt eller... Det menar jag inte att doktorer och sjuksköterskor är heller, men där har man mer sin roll. Här är det inga roller.

Sista ordet går till familjebehandlaren Margret som ger uttryck för sin upplevelse relationen med Maria på följande sätt:

Avslutningsvis vill jag säga att Maria och Tindra, jag känner ju det i hjärtat, är en familj som jag har tagit till mig och som jag kommer att komma ihåg. Även om alla familjer gör det – så är det vissa som fastnar mer. Ja, men det finns en plats i mitt hjärta för dig med. Ja.

Diskussion

Att forska på egen verksamhet innebär speciella utmaningar. Den egna förförståelsen kan vara så integrerad i ens sätt att tänka att det blir svårt att göra sig medveten om den. Omedvetenheten kan i sin tur göra det svårare att närma sig texten med ett öppet sinne. Detta har vi förhållit oss till genom att arbeta med texten både var för sig och i dialog. Att vara två författare i studien hjälpte oss att upprätthålla öppenheten och bredda förförståelsen, och vi kunde också ifrågasätta varandras tolkningar. Tolkningsprocessen ansågs inte avslutad förrän vi var överens både om att temana fångade informanternas levda erfarenhet och att de var väl grundade i texten. Det som talar för att mina (KN) förväntningar inte haft en

alltför stor betydelse i tolkningen är att flera av de teman som kom fram var överraskande för mig – till exempel djupet av föräldrarnas rädsla och föräldrarnas aktiva strävan att vara med och skapa ett möjligt sammanhang.

De processer som studerats har från början definierats som gynnsamma av föräldrarna. Det vore av stort intresse – men sannolikt betydligt mer komplicerat – att på liknande sätt undersöka behandlingsförsök som har havererat.

I intervjuerna kommer föräldrarnas röster fram tydligare och starkare än behandlarnas, vilket kan vara en följd av att de var ”uppvärmda” av den första fasens individuella intervjuer. En annan möjlig förklaring är att intervjusituationen speglade vad som skedde i behandlingen, där de professionella är vana att ge föräldrarnas berättelser företräde och hålla sig själva tillbaka. Detta betyder att en annan studiedesign skulle kunna ge rikare berättelser och reflektioner från behandlarna. Å andra sidan poängterar Tallman och Bohart (1999) att klienternas bidrag till den terapeutiska processen behöver belysas mer och citerar ett afrikanskt ordspråk ”Ända till dess att lejonen har sina egna historieforskare kommer alla berättelser om jakt att glorifiera jägaren” (*Until lions have their historians, all tales of hunting will glorify the hunter*).

I denna artikel är barnen nästan helt osynliga. Det fanns i intervjuerna en del beskrivningar av barnen, men det var ändå skildringarna av just relationen mellan föräldrar och behandlare som framstod som central, varför de teman som presenteras fokuserar på denna. Andra aspekter på behandlingen lyftes också fram i intervjuerna, bland annat berättade flera föräldrar om sina erfarenheter av att ha blivit videofilmade enligt Marte Meo-metoden. Att tyngdpunkten ligger på relationen snarare än tekniker, står i överensstämmelse med den forskning som pekar på betydelsen av gemensamma faktorer.

För föräldrarna – särskilt mödrarna – i denna studie var rädsla ett centralt tema i samband med att de sökte hjälp för svårigheter i föräldraskapet. Detta kan förstas utifrån Daniel Sterns beskrivning av *moderskapskonstellationen* (se kapitel 2), en unik psykisk organisation i den livsfas nyblivna mödrar befinner sig i, som innebär en särskild känslighet. Frågor om mammans förmåga att ta hand om sitt barn, hålla det vid liv och inte skada det träder i förgrunden och det ligger nära till hands för mamman att uppleva sig som destruktiv och otillräcklig i förhållande till sitt barn.

Skillnader i makt är aktuella i alla relationer mellan patienter/klienter och professionella, och dessa maktspekter kan vara särskilt påträngande när det gäller behandling av föräldrar. Rädslan att bli fråntagen vårdnaden om sitt barn är stark hos flera familjer – även i de fall den inte motsvaras av ett ifrågasättande från samhällets sida. Avståndet mellan föräldrarnas position och behandlarnas kan beskrivas som en klyfta eller ett gap. Detta gap kan inte fyllas eller stängas – skillnaderna i makt och ansvar finns hela tiden kvar – men texten visar att både föräldrar och behandlare bidrar till att överbrygga gapet, och detta är oumbärligt/nödvändigt för att den terapeutiska processen ska framskrida.

Den miljö centren har utformat har betydelse i detta. Man kan tala om ”miljöns retorik” eftersom en miljö antingen kan tala maktspråk eller vara inbjudande och vardaglig. Det mest centrala för att överbrygga gapet tycks dock ske i relationen mellan behandlare och förälder och kan med Sterns (2004) ord beskrivas som framväxten av ett intersubjektivt fält. Intersubjektivitet innebär att två (eller fler) personer delar upplevelser, och den känsla av samhörighet som detta ger är grundläggande för människan. Det intersubjektiva fältet är den domän av känslor, tankar och kunskap som två människor delar om arten av deras aktuella relation. Ett kontinuerligt utforskande och omförhandlande av detta fält uppstår i alla mellanmänniskliga relationer, eftersom vi behöver veta vad andra människor ”vill” med oss, och det skapar osäkerhet när man inte får tillräckligt tydliga signaler om det.

Detta kan hjälpa oss att förstå föräldrarnas lätnad över att det är ”vänliga, normala människor” man möter. Det innebär att det implicita vetande (kunskap som är utsagd och ibland omedveten) man har om mellanmänniskliga relationer också kan äga giltighet här. Mycket av det som sker i relationer kläs inte i ord eftersom det just rör sig om implicit vetande. Det som på ytan ofta ser så lugnt och planerligt ut – behandlare och föräldrar träffas och resonerar om problem och uppdrag och kommer överens om att påbörja en behandling – kan under ytan dölja mycket dramatik. I studien framgår det tydligt att behandlarna i flera fall inte förstod djupet av de känslor föräldrarna brottades med.

De centra som ingick i studien hade som ambition att utforma sina interventioner i dialog med föräldrarna. Föräldrarnas beskriv-

ning av behandlingen i denna studie fokuserar dock i betydligt högre grad på relationen med behandlaren än på interventionerna. Förhandlingen om uppdraget, där föräldrarna ges tolkningsföreträde skildras, men verkar ha sin viktigaste inverkan just på relationen – inte på hur interventionerna utformas. Det tycks som om uppdragsdiskussionerna är ett viktigt instrument för att överbrygga det gap som utgörs av föräldrarnas rädsla, om skillnader i förtroendet med sammanhanget och med frågor om makt. Det finns i litteraturen stöd för tanken att framgångsrika förhandlingar om hur behandlingen skall utformas har betydelse för den terapeutiska relationen och därigenom för utfallet. Detsamma gäller i vilken mån klienten accepterar uppdrag och behandlingsmetoder (Asay & Lambert, 1999; Maione & Chenail, 1999).

Det är värt att notera att de förändringar som föräldrarna i denna studie lyfter fram inte är *clear-cut* (skarpskurna/väl avgränsade), utan handlar bland annat om ökad trygghet och stärkt självförtroende.

Behandlarna förmedlar till föräldrarna att de inte har svar på alla frågor. De kan föreslå föräldern att pröva nya sätt att bemöta sitt barn, men visar att de har en beredskap för att det kanske inte fungerar. Detta val av hållning finns rikligt beskrivet i litteraturen och benämns (Fonagy & Bateman, 2006) som en utforskande hållning/attityd (*inquisitive stance*) i motsats till en expert-hållning (*expert stance*).

Studien visar också att dessa föräldrar tar ansvar för, och strävar efter, att skapa en samarbetsrelation och därigenom göra förändringsprocessen möjlig. Dessa föräldrar sökte hjälp trots sin rädsla, de försökte förstå och anpassa sig till det nya och främmande sammanhanget. De öppnade sig och var beredda att pröva nya förhållningssätt som kan ha känts främmande. Tallman och Bohart (1999) menar att klienten själv är den viktigaste verksamma kraften för förändring i terapi. Det framkommer också att föräldrarna fortlöpande reflekterar över relationen och behandlingen, vilket tidigare identifierats och benämnts som klientens reflektionsförmåga (Rennie, 1992). Maione och Chenail (1999) menar att det är av stor betydelse för den terapeutiska processen att införliva klienternas uppfattningar och upplevelser. Familjernas aktiva del i att skapa behandlingssammanhanget kan också uppfattas som en parallell till den transaktionella modellen när det gäller barns utveckling – barnet är med och skapar sin uppväxtmiljö och familjerna är med och skapar sitt behandlingssammanhang.

Slutsats

Denna studie visar att den beskrivna behandlingen i första hand handlar om en mellanmänsklig relation, där alla som är delaktiga bidrar till hur den utformas. Alla relationer har sina speciella villkor, så också denna. Skillnader i makt är en av förutsättningarna när föräldrar och behandlare möts i detta sammanhang, och det har en särskild betydelse eftersom föräldraskapet är en central och sårbar aspekt av identiteten. Både föräldrarna och behandlarna i denna studie bidrog aktivt till att överbrygga dessa skillnader.

Det framträder en bild av en god behandlare som *en vanlig, vänlig och kunnig person som kan erkänna att hon har fel*. Styrkan i denna "vanlighet" verkar vara att den underlättar kontakten, eftersom såväl föräldrar som behandlare kan använda sitt "vanliga" implicita vetande om sociala relationer när de bygger upp sin kontakt. Trots att ansvaret för att skapa en samarbetsrelation ligger hos behandlaren, axlas det i realiteten i hög grad också av föräldrarna.

Med tanke på var föräldrar och behandlare i denna studie lägger tyngdpunkten finns det fog för att lägga betoningen i ordet behandlingsrelationer på *relationer* snarare än på *behandling*. Det vill säga att man möts i första hand som människa – människa, och bara i andra hand som behandlare – klient (Buber, 1962).

Betydelse för det praktiska arbetet

Vi kan utifrån denna studie inte hävda att alla föräldrar som brottas med svårigheter i föräldraskapet också känner en stark rädsla, men vi kan lära oss att vi som professionella inte kan veta vilka känslor som rör sig hos de människor vi möter, eller förstå djupet och kraften i dessa känslor. Även om vi påminner oss själva att varje person och varje situation är unik riskerar vi att bli så vana vid mänskliga problem att de "normaliseras". Ett sätt att handskas med den risken kan vara att använda sig av den typ av intervjuer som utgjorde grunden för denna studie, intervjuer i "utforskande partnerskap". Denna metodik kan också synliggöra föräldrarnas ansträngningar att bidra till en samarbetsrelation.

Som behandlare bör vi sträva efter att inte komplicera den professionella relationen i onödan, utan i grunden se den som ett möte mellan två (eller flera) människor. Föräldrarna i denna studie gav uttryck för att behandlarna inte förlorade något i trovärdighet genom att uppträda som ”vanliga” människor, och de hade inte några problem att uppfatta att det rörde sig om en professionell relation även om man var ”som kompisar”.

Diskussionerna om uppdrag tydliggör de specifika villkoren för relationen. De fyller en viktig funktion för att få till stånd en samarbetsrelation genom att de möjliggör för behandlarna att visa vilken vikt de lägger vid föräldrarnas egen uppfattning av problemen och deras egna förslag till lösning.

Kap. 8 Betydelsefulla möten med betydelsefulla personer

Detta är en sammanfattning av artikeln Neander, K., & Skott, C. (2006) Important Meetings with Important Persons. Narratives from Families Facing Adversity and their Key Figures *Qualitative Social Work*, 5(3), 295-311. Artikeln i sin helhet med samtliga referenser kan beställas från QSW.

Denna studie bygger på intervjuer med föräldrar och viktiga personer som är verksamma i andra sammanhang än behandling. De viktiga personerna som intervjuats för denna artikel är en lärare, tre socialsekreterare, en kontaktfamilj, två fritidsledare, en personlig assistent, en BVC -sjuksköterska, två förskollärare och en rektor. Hur urval, intervjuer och tolkning har gått till är beskrivet i kapitel 6.

Introduktion/bakgrund

Ett barn ingår från första stund i ett system av relationer, och det är i samspelet med andra som utvecklingen sker. Familjen är central och det är tillsammans med föräldrarna det späda barnet i regel får sina första erfarenheter vilka ligger till grund för den fortsatta utvecklingen. Förutsättningarna för detta samspel är förknippade med de villkor föräldrarna lever under, men barnets utveckling påverkas på sikt också av andra personer än familjemedlemmarna och i andra sammanhang än i familjen. Hur kan då de processer som driver utvecklingen åt ett positivt håll se ut?

Vad kan vi lära av de familjer som själva har brottats med påfrestningar i samspelet med sina barn och de personer som enligt dessa föräldrar har haft välgörande betydelse för barnet eller familjen?

Från att forskningen kring barns utveckling tidigare i huvudsak fokuserat på faktorer som innebär risk för negativ utveckling ägde ett perspektivskifte rum under 1970-talet, då de första resultaten publicerades från den klassiska Kauai-studien. Studien, som följde 698 barn som föddes i på ön Kauai 1955, visade att många barn med uppenbart riskfylld uppväxtmiljö ändå utvecklades positivt,

och en rad faktorer som verkade skydda barn från en negativ utveckling identifierades (Werner & Smith, 1992). Forskningen inom detta område ledde till att en bild av ”det osårbara barnet” växte fram, men sedan övergavs. Från att ha betraktat barns motståndskraft snarast som en egenskap hos individerna uppfattar man nu att det handlar om komplexa dynamiska processer som verkar över tid (Rutter, 2000). Samspelets betydelse betonas alltmer och utvecklingen beskrivs i termer av en transaktionell modell. Det innebär att barnet inte ses som en passiv mottagare utan själv aktivt påverkar sin miljö. Begreppet intersubjektivitet, som handlar om att dela upplevelser och känslor med en annan människa, har länge diskuterats inom filosofin och är sedan några decennier centralt inom utvecklingspsykologin. Intersubjektivitet beskrivs som ett grundläggande mänskligt behov och innebär att ”jag vet att du vet att jag vet” eller ”jag känner att du känner att jag känner”. Betoningen av det intersubjektiva fältet medför att föreställningen om det isolerade psyket ersätts med ett relationellt perspektiv.

Det finns stöd för att det huvudsakligen är vardagliga processer och inte extraordinära händelser i ett barns liv som har betydelse för att öka ett barns motståndskraft, och att denna ordinary magic (vardagens magi) måste bli föremål för studier (Masten, 2001).

Ett sådant fokus har en studie om skyddande processer hos personer med kroniska handikapp, som både bekräftar tidigare beskrivna processer och lyfter fram nya (King et al., 2003). De tidigare kända processerna var socialt stöd, personliga egenskaper som uthållighet och beslutsamhet samt att ha en tro. Som skyddande processer beskrivs i denna studie också att vinna ökad självkänedom, att aktivt besluta sig för att anpassa sig till de nya livsvillkoren och att vända förlusten till en tillgång.

Ungar (2003) konstaterar att när nu forskningen om motståndskraft tenderar att undersöka dynamiska processer snarare än statiska faktorer krävs kvalitativa metoder.

I denna studie deltar föräldrar som själva har brottats med påfrestningar i samspelet med sina barn och sökt hjälp för detta. Flera år efter avslutad behandling har de berättat om personer och händelser som de uppfattat haft positiv betydelse för barnen

eller familjen. Genom att återskapa möten mellan föräldrarna och de personer som varit betydelsefulla har de fått möjlighet att tillsammans minnas och berätta om sin kontakt. Syftet med studien är att undersöka den förståelse de skapar kring dessa välgörande möten, denna ”vardagens magi”.

Teman – illustrerade av fyra berättelser

Tolkningen av intervjuerna har utmynnat i att ett antal centrala teman har kunnat identifieras. Dessa teman, bildar tillsammans följande helhet:

Detta är berättelser om *framväxande ömsesidig tillit*, som *övervinner hinder* i form av familjernas tidigare negativa erfarenheter eller andra ogynnsamma förutsättningar. De personer familjerna har mött har *tydliga orienteringspunkter* i sina arbeten och arbetar i den *väsentliga vardagen* med att hitta och etablera *sammanhang som befrämjar utveckling* för barn och föräldrar. Följden blir att det skapas *nya berättelser* som ersätter de gamla.

Redovisningen av resultaten tar sin utgångspunkt i fyra berättelser, som är utvalda eftersom de belyser de teman som identifierats. I samtliga citat återges *föräldrarnas ord med kursiv stil* och de betydelsefulla personernas ord med vanlig stil. Det innebär att den grafiska bild av *kursiv* respektive vanlig stil som bildas i de fyra berättelserna speglar vems perspektiv de berättas utifrån. En parentes med tre punkter i, (...), betyder att ett stycke text har utelämnats, medan tre punkter i texten, ..., avspeglar pauser i informanternas tal.

Hanna, mamma till Thea, och BVC-sjuksköterskan Kristina

Hanna berättar hur hon efter första barnet Theas födelse blev orolig, ängslig, sömnlös, stressad, nervös och till slut ”bröt ihop”. BVC-sjuksköterskan Kristina blev ett viktigt stöd för familjen, och inleder nedan med sina minnen av familjen.

Men ni uttryckte, kommer jag ihåg, väldigt på en gång, det här att ni var oroliga och att ni var trötta och, och slut så att...
(...) *Det är möjligt*. Ni har varit en familj som, på så sätt, har

ni varit lätta att hjälpa, för ni har varit så insiktsfulla själva. *Och jag tyckte det hängde mycket på dig. Det tyckte du, ja... Att du såg liksom, du ställde rätt frågor också. Du såg på oss på något sätt, vi kunde bara komma in och så sa du: "Nu ser jag att ni är trötta." (...) Det var du också faktiskt, som gjorde det till en familjeangelägenhet. Det handlade inte bara om vikt och längd på bebisen utan det var liksom så mycket mer. (...) Men jag upplevde det att ni var också väldigt motiverade i det, alltså det var ingenting som jag drog igång heller, utan att det här var eran gemensamma sak.*

Kontakten var intensiv

Dagligen nästan... (skrattar) Ja, faktiskt. Det var mycket där ett tag. För jag vet att jag ringde nästan i stort sett varje dag och till slut så sa du att: "Ja, jag har ju en telefonsvarare, jag säger inte att man kan lämna meddelande, men du kan göra det om det är så att du ringer", för jag ringde precis hela tiden. Alltså, trodde jag inte att hon var autistisk så trodde jag att hon var döv eller CP-skadad eller blind eller... (...) Det var något hemskt.

Mamma Hanna beskriver besöken på BVC .

Ja, men alltså, du skrattade och log, det var så varmt! Sådär, tycker jag. Det var inte bara rutin. Utan det var liksom att ta sig en liten stund (med Thea) och killa på magen och bära runt och guppa lite. Man blev trygg sådär, kände jag. Man kände att det fanns välmening liksom att det var med goda avsikter, så att man kände förtroende. Annars hade man väl aldrig... Nä... släppt in någon sådär.

Vicky, mamma till Oscar, och socialsekreteraren Lovisa

Vicky levde ensam med sin nyfödde son Oscar när hon först fick kontakt med socialarbetaren Lovisa. Det är Lovisa som först har ordet när de drar sig till minnes hur kontakten började.

Men hur möttes vi? Jag kommer nästan inte ihåg det Vicky. Jag minns att jag satt där uppe i Bredbyn, i ditt lilla radhus

och drack kaffe och du hade femton sockerbitar eller så... (skratt) *Men möttes inte vi för att Oscars farfar anmälde mig för att det var så kallt i lägenheten?* Jaha, det var en anmälan? Ja. Men det stämmer, nu när du säger det. *Och sedan i och med att jag... jag gillade dig så skarpt och så och det här med Oscar och allt det här... (...)* Det började väl egentligen med en anmälan (...). *Och sedan om inte jag missminner mig helt fel så sa min syster någonting om att: "Hör av dig till Lovisa! Hon är bra." (...)* Nej, så att det vart ju det och sedan tog ju du över mer och mer, det ekonomiska och allting då. Just det, för att på den tiden hade jag allt, ekonomi och... Ja. ...placering och utredning och... Ja, du kom ju till mig en gång i månaden för att jag skulle få pengar. Till slut ju... Jaha... Ja. Där ser man. Och sedan så tog jag det på mitt socialbidrag och sedan så drack du upp allt mitt kaffe. (skratt) Precis. Så var det.

Kontakten mellan Lovisa och familjen kom att vara över flera år. Ett viktigt inslag i kontakten var att Vicky kunde ringa till Lovisa:

... liksom att man hör ju på henne (...) att hon blir glad när man ringer. De andra bara: "Det är inte telefontid nu, ring en annan dag!" (...). *För henne kunde jag ringa precis... Var det så att hon hade någon patient, eller vad det kallas, så då sa hon det att: "Du, kan jag ringa upp dig sedan?" Och jag visste att hon ringde upp mig, när den har lämnat. Även om hon hade bara ett par minuter, så ringde hon alltid upp. Så satt vi där och skvallrade om vad vi nu skvallrade om, Oscars framsteg eller vad han gjorde, om jag råkat få för mycket jordgubbsplantor, eller vad som helst. Men hon ringde alltid upp och hon lät alltid lika glad och lika intresserad. Sedan om det kanske var fejk, det vet inte jag, men hon lät glad och intresserad. Och jag visste att hon ringde alltid upp. Ringde jag fel tid så ringde hon alltid upp, när hon hade tid. Och det liksom hände samma dag. Och hon sa nära på sekunden: "Jag ringer dig om en halvtimme." Inom en halvtimme hade hon ringt. Och det liksom, gjorde mycket."*

Fanny, mamma till Adam, och fritidsledaren Anna

Flera olika faktorer – däribland problem i parrelationen, Fannys

egen svåra bakgrund och Adams intensitet – bidrog till en negativ utveckling kring Adam redan tidigt. *Mamma Fanny* berättar om hur Adam bemöttes i två olika förskolor.

Jag menar jag såg ju när jag kom och hämtade Adam på dagarna hur deras leenden blev så här jättestort att: "Åh, vad skönt nu kommer hon äntligen." Och när jag ringde och sa att han var sjuk. Det var inte: "Åh, så tråkigt", nej. Utan det var: "Jaha." Och det, det kändes hemskt, alltså. För mitt barn då, som i och för sig var busigt men så himla go om man ägnade sig lite åt honom. (...) Och på nya dagiset var det första gången som jag såg att folk blev glada när jag kom med Adam på morgonen. (...) Det kändes väldigt tryggt för mig att lämna Adam till några som jag visste tyckte om honom. Och inte till några som helst ville att han skulle vara sjuk och någon annanstans.

När Adam kom över till skolan, där Anna arbetade som fritidsledare, blev det bekymmer i kontakten med skolkamraterna och mamman funderade över om han behövde byta skola. Här är det *mamma Fanny* som har ordet först.

Jag glömmer det aldrig. Ja, jag stod vid staketet, jag glömmer det aldrig, och där stod Anna också. Det var inga andra människor och så frågade jag bara Anna: "Om det hade varit ditt barn Anna hade du flyttat på Adam då, eller vad hade du gjort då?" "Då hade jag flyttat på honom" sa hon. Jag hade tänkt länge, för att, just det här att ... (...) Så att jag började på och ringa till andra skolor lite grann och fråga om det fanns andra då som hade barn som gjorde något annat än att spela fotboll och ishockey och sånt här. (...) För det var ju så skönt för att Anna tog ju hand om det där också. Så när jag hade sagt att "Ja, då gör vi det" så sa Anna "Jag ordnar det". Det var jätteskönt. (...) Men det var också svårt för det var så mycket prestige i gamla skolan, med rektor och ... så det var inget lätt inte. Jag trodde att det skulle vara lätt för jag trodde faktiskt att man jobbade för barnen. Men det förstod jag då att ... Ja, då fick du mycket stryk. Ja, det fick jag. Ja, en står allt ut men jag menar, jag var lite överraskad över att det var så.

Lena, mamma till Kajsa, och läraren Elisabeth

Mammans berättelse om Kajsa är den om en flicka som varit ”det svarta fåret” på förskolan, fått diagnosen ADHD och hamnat i en skolform där hennes svårigheter förvärrades. Berättelsen ljusnar när Kajsa – efter *mammans* hårda och ensamma kamp för att få byta skola – kommer till läraren Elisabeth.

Jag fick förfrågan om jag kunde ta emot Kajsa. Jag tror det var strul med någon klass som inte ville ta emot. *Det var så att vi först försökte få in henne på Södra skolan. Men där sade lärarna ifrån liksom. Dom trodde inte att hon skulle klara av det helt enkelt. Och efter det tror jag att du fick förfrågan eller hur det var. (...)* Så var det ja. Och då fick jag förfrågan. Och jag sa: ”Jag tar gärna emot Kajsa, men jag vill inte ha någon assistent i klassen, utan kommer Kajsa så börjar hon i klassen. Däremot vill jag ha ett par extra timmar så att jag själv kan ägna mig åt Kajsa.” Så jag fick ett par extra timmar i veckan. Kajsa gick direkt in i klassen. Klassen jag hade då, det var en bra klass. Jag visste att hon skulle bli bra mottagen, och det blev hon. Dom ställde upp ordentligt.

Här kommer vi in i berättelsen när skolan har idrottsdag.

Jag kommer ihåg den här dagen på idrottsplatsen. *När hon vann vet du!* När hon vinner åtta hundra meter. *Hon vann ett par år i rad där.* Hon hade sådant klipp i steget. Varje år så hålls det friidrottstävlingar på idrottsplatsen. *För mellanstadiet då.* Och Kajsa hade tränat, och jag körde extra med henne. *Det var en kick det.* ”Du ska ta åttahundra meter.” ”Hur ska jag springa då?” sa hon. ”Jag står på bortre långsidan”, sa jag. ”Jag talar om för dig. Spring bara, jag talar om för dig hur du skall göra”. Och när hon passerade mig på första varvet så sa jag bara ”Ligg där du ligger Kajsa, ligg tvåa trea nu. Håll den platsen.” Sen kom hon på sista varvet och jag såg att hon hade så mycket kraft. ”NU”, sa jag. ”Nu!” Då spurtar hon dom sista två hundra metrarna och lämnar fältet bakom sig. Och hela Gåsabergskolan står upp på läktaren och klappar och skriker ”Kajsa, Kajsa” *Det var allt en kick för henne det där. Jag tror att det betydde mycket för henne det där.* Det var en oerhörd

framgång. *Det var ju hennes sätt att få lite självförtroende. Hon kunde ju hävda sig där.* Det var en sån där händelse som man känner som lärare att rätt person vann. (...) Ja, jag har inte haft någon sådan 800-meterslöpare sedan jag hade Kajsa! *Nej, det var ju skönt att höra!* Hon lättade från marken... Ja, ja! Och flög! Läktaren ställde sig upp. *Jo, hon berättade när hon kom hem, hon var helt i extas.*

Mamman funderar över den dramatiska förändringen i Kajsas sätt att fungera i skolan.

Det som jag tänkte mycket på det var ju det här liksom att du – många såg ju bara de här negativa bilderna hos Kajsa, när de träffade henne – men jag tyckte inte att du gjorde det. Du hade något positivt tänkande på något vis, om du förstår vad jag menar. För då innan hon kom till dig, då hade hon ju ofta dom här utbrotten, som på förra skolan där var det ju väldigt jobbigt. Hon hade ju nästan såna här utbrott dagligen. Dom ringde till mig varenda dag och det var jättejobbigt. Och jag var inne där och hon la sig på golvet och sparkade och skrek. Jag vet inte hur det var, men jag tyckte att jag fick bara höra det här negativa. Och det var väl mycket negativt kanske också. Men sen, hon hade ju inte ett enda utbrott en enda gång hos dig, det är ju det som är så konstigt, jag tycker att det är helt otroligt. Jo, den bilden... Ja! Det berättade ju jag för dig då. Den hade jag ju hört, men den ville jag inte höra talas om utan "Nu fungerar det så här Kajsa". Jag tror också att, när jag ser det efteråt, att Kajsa fick se att så här är det. Hon rycktes med av hur det skulle vara. Det kanske inte var sån bra klass för henne att vara i. Nej, det tror jag, jag tror att det var en helt vansinnig miljö för Kajsa. Jo, jag tror det. Det var en otrolig tur att hon kom därifrån.

Berättelsernas teman – en fördjupning

Hindren som går att överstiga/övervinna

Mammorna Lena, Vicky och Fanny hade liksom huvuddelen av föräldrarna i studien nedslående, förödmjukande eller till och med kränkande erfarenheter från tidigare möten med till exempel

barnomsorg, socialtjänst, skola och barnpsykiatri. Det rörde sig om händelser både från deras egen uppväxt och från kontakter som rört deras barn. *Lena* berättade om telefonsamtal från skolan om att sonen varit bråkig igen, *Fanny* hade upplevelser av att personal suckade av lättnad när hon ringde till dagis för att sjukanmäla sitt barn, *Vicky* berättade (i en annan del av intervjun än den som finns återgiven ovan) om en uttalad känsla av underlägsenhet när hon inte förstod vad en psykolog sade om hennes barn. Det är berättelser om starka negativa upplevelser. För att travestera Ann Masten, som myntade begreppet *ordinary magic* (vardagens magi), kanske man kan tala om ”vardagens katastrofer”, trots att det verkar sannolikt att den som stod för handlingen varken hade negativa avsikter eller förstod den känslomässiga innebörden av situationen för föräldern.

Man kunde förvänta sig att sådana erfarenheter skulle försvåra nya kontakter, men i denna studies berättelser blir intrycket nästan det motsatta. De tunga erfarenheterna verkar istället bilda en mörk bakgrund som får de betydelsefulla personerna att framstå desto ljusare.

En annan förväntan kunde vara att de personer som föräldrarna pekade ut skulle vara verksamma i ”goda organisationer” som skola och förskola och knappast i sammanhang som för många – särskilt sådana med samma bakgrund som några av föräldrarna i denna studie – är förknippade med kontroll och myndighetsutövning, och därför kan uppfattas som hotfulla. Denna förväntan kom på skam då flera socialarbetare med myndighetsutövning i sin yrkesroll nämndes, också när kontakten kommit till stånd som en följd av att någon har anmält familjen till socialtjänsten för missförhållanden i hemmet som fallet var för *Vicky*. Tydligt är att en förtroendefull kontakt kan växa fram även under förhållanden som inte verkar gynnsamma.

Den framväxande ömsesidiga tilliten

Något gjorde att man övervinner den mörka bakgrunden och det hotfulla sammanhanget. *Hanna* sa att hon kände att Kristina arbetade med goda avsikter, *Vicky* hörde att Lovisa lät glad på rösten när hon ringde och *Fanny* kände trygghet i att personalen på den nya förskolan tyckte om Adam. Dessa föräldrar kände sig förvis-

sade om att deras ”hjälpare” arbetade utifrån en god intention, att man verkligen vill barnet eller familjen väl. När de professionella vågade eller hade en förmåga att ge uttryck för genuina ”utom-professionella” positiva känslor för barnet eller föräldern verkade dessa uttryck ha en stark förmåga att nå fram och stärka relationen.

Det finns också handlingar som beskrevs ha haft en speciell betydelse för föräldrarna. Läraren Elisabeth tränade Kajsa utanför skoltid, socialsekreteraren Lovisa tog hjälp av Vickys syster när *Vicky* var förtvivlad och inte orkade planera och socialsekreteraren i en annan familj fattade ett ekonomiskt beslut så att familjen kunde välja den skolform man önskade. Allt detta är exempel på sådant som föräldrarna uppfattade ligger lite utanför det man kan ha rätt att förvänta sig av dessa lärare, fritidsledare och socialsekreterare. Det tycks som om dessa handlingar tolkades som ett tecken på att familjen betydde något särskilt, att engagemanget gick utöver det rent professionella.

Föräldrarna hade också förklaringsmodeller till den framväxande tilliten som hade att göra med hur de upplevde att de betydelsefulla personerna var i sitt bemötande av familjen. *Mamma Irene* beskrev att det var ”*det här bemötandet och att hon lyssnade och sedan sa hon om det var någonting*”. Föräldrarna beskrev att de betydelsefulla personerna var ”*raka*”, ”*öppna*”, ”*örädda att säga som det är*”, ”*att man kan lita på dem*” och ”*att de säger vad de ser*”.

Bland de betydelsefulla personerna var det flera som å sin sida lyfte fram föräldrarnas goda intentioner och handlingar i den process som hade kommit till stånd. De pratade om föräldrarnas envishet, förmågan att beskriva sina problem, öppenhet att ta emot hjälp och om ärlighet, och det tycks som om den kraft som en del andra hjälpare uppfattat som hotfull eller besvärlig av de betydelsefulla personerna uppfattades som en tillgång. Denna uppfattning matchade föräldrarnas inre – ofta starka – bilder av sig själva som sina barns beskyddare. En pappa uttryckte att ”*varje barn behöver en beskyddare*”.

Ordet ”framväxande” fångar det faktum att förtroendet inte kom omedelbart från början. Det var inte heller så att samspelet var ”perfekt” under vägen. Trots den goda kontakten missade BVC-sjuksköterskan *Kristina* hur *Hanna* upplevde det att bli remitterad till samspeletsbehandling och Lovisa förstod inte i vilken grad *Vicky* styrdes av en skräck att bli fräntagen vårdnaden av sitt barn. Detta äventyrade dock inte kontakten.

Den tydliga orienteringspunkten (målet)

Ett intryck är att de betydelsefulla personerna använder sig av enkla och tydliga orienteringspunkter som "barnets bästa" i sin yrkesutövning och relaterar mer till dessa mål än till de regler som styr arbetet. Fritidsledare Anna verkade för att Adam skulle komma till en ny skola trots att det var ett slags "brott" mot reglerna om lojalitet mot den egna arbetsplatsen. När socialsekreteraren fattade beslut om att stödja familjens önskan om en lite dyrare skolform, tyckte hon att "det var ganska självklart" i förhållande till målet med hennes arbete. Det verkar som om de betydelsefulla personernas tonvikt vid syftet på ett lyckosamt sätt matchar familjernas känslighet för intentionen.

Sammanhang som befrämjar utveckling

I berättelsen om Kajsa har läraren sett att Kajsa har en speciell talang, hon har tränat henne för att utveckla den, och vid den stora dagen ger hon Kajsa den coachning hon behöver för att vinna. Det tycks finnas en tydlig avsikt hos många av de betydelsefulla personerna att hitta eller skapa nya sammanhang eller scener utanför de traditionella inom skola eller förskola, där barnet kan komma till sin rätt. Både Elisabeth och Anna ser till att förlägga undervisning utomhus så att det livliga barnet inte uppfattas som störande. Det rör sig om att skapa förutsättningar för utveckling snarare än att direkt inrikta sig på att förändra barnet. Tanken bakom det är att barnet skall komma till sin rätt, få tillfälle att lyckas och stärka sitt självförtroende.

Den väsentliga vardagen

Berättelsen om Kajsa på idrottsdagen och samtalet mellan *Fanny* och Anna vid staketet handlar om specifika händelser som haft en särskild betydelse. Tyngdpunkten i materialet ligger dock på berättelser som återger hur händelseförlopp brukade gestalta sig. Vicky berättade hur det brukade vara att ringa till socialsekreteraren Lovisa, *Hanna* beskrev hur Kristina brukade hälsa på familjen vid deras besök på BVC och Kajsa började tycka om att gå till skolan. Det är de upprepade, vardagliga små händelserna som lyfts fram.

Den nya berättelsen

Sammanfattningsvis kan man säga att det i mötena mellan familjerna och de betydelsefulla personerna, vare sig de ägde rum i skolan, på socialkontoret eller någon annan stans, skapades nya berättelser. Kajsa som beskrivits som ”det svarta fåret” blev istället klassens idrottshjälte. Fanny upplevde hur berättelsen om henne som en bråkig och jobbig person istället blev berättelsen om en förälder som ställer upp och kämpar för sitt barn på ett sätt som många barn skulle behöva. Även berättelser som funnits sedan flera generationer, såsom en familjs uppfattning om de sociala myndigheterna som familjens farligaste fiende, kan förändras till en berättelse om tillit och ömsesidigt förtroende.

Diskussion

I denna studie spelade föräldrarna en aktiv roll både när det gällde att identifiera de betydelsefulla personerna och i de gemensamma intervjuerna. Föräldrarnas medverkan eliminerade risken att fokusera på personerna i stället för processerna. Den mest värdefulla konsekvensen av detta tillvägagångssätt var dock att de många år gamla minnena väcktes till liv genom att föräldrarna och de betydelsefulla personerna möttes igen. Flera informanter uttryckte i början av intervjun att deras minnesbilder var otydliga, men upplevde sedan att mötet med föräldern framkallade många minnen – *”det är som en film i huvudet”*. Föräldrarnas medverkan vid intervjuerna med de betydelsefulla personerna innebar att berättelserna skapades i samspel dem emellan – vilket står i samklang med de processer som skildrades.

För såväl föräldrarna som de betydelsefulla personerna utgjorde denna typ av möte och reflektion ett nytt sammanhang och en stor andel av informanterna ur båda grupperna uttryckte sin uppskattning över det. En förälder beskrev att hon medverkade för att skapa mening *”Det måste komma ut något positivt ur det hela, annars är det ju onödiga år”*, och efter intervjun valde hon orden *”det är som efterbalsam”* för att uttrycka hur det varit att ge uttryck för sina erfarenheter.

Flera betydelsefulla personer menade att denna typ av feedback från de personer man arbetat med var mycket värdefull både på ett personligt och ett professionellt plan.

Denna studie innehåller lokala berättelser, som inte gör anspråk på att vara generaliserbara, men det kan vara meningsfullt för läsaren att överföra resultaten till sitt eget sammanhang. För att stärka läsarens möjlighet att med hjälp av denna studie se någon aspekt av verkligheten på ett nytt sätt (det heuristiska värdet), har omsorg lagts vid att skapa förutsättningar för fylliga beskrivningar. Detta har skett bland annat genom att föräldrarna fått påverka planeringen av intervjuerna och därmed känt sig trygga. Trovärdigheten har stärkts av att flera forskare har arbetat med studien, inte för att uppnå konsensus, men genom att komplettera och ifrågasätta varandras tolkningar, värna om öppenheten och bredda förståelsen.

Studiens centrala tema om *den framväxande ömsesidiga tilliten* kan också beskrivas som ett framväxande intersubjektivt fält, det vill säga att man verkligen hade mötts och delat erfarenheter och upplevelser. Tillit kan växa fram trots hinder. Beredskapen att utveckla förtroendefulla relationer med nya ”hjälpare”, trots tidigare negativa erfarenheter, kan ha sitt ursprung i det lidande och det hjälpbehov som bekymmer kring barnen medför. Det är också möjligt att de professionellas positiva egenskaper blir så mycket tydligare i ett sammanhang när de inte tas för givna, att personen är viktigare än sitt sammanhang eller att föräldrarna har råkat möta speciella personer som utskiljer sig på något sätt från andra. Den framväxande ömsesidiga tilliten kan också förstås utifrån perspektivet att intersubjektivitet är grundläggande för människan (Stern 2004). Det kan innebära att vi har en grundläggande generell beredskap för eller önskan om att gå i dialog med andra människor, även om denna beredskap kan minska som ett resultat av upprepade negativa erfarenheter. En annan faktor är att människans tidigaste erfarenheter av samspel – det med den första vårdaren – är präglad av ständiga ”urspårningar” och reparationer (Tronick & Gianino, 1986). Tronick har kunnat visa att även ett mycket välfungerande samspel innehåller flera misstag och reparationer varje minut, det finns alltså inget krav på perfektionism. De flesta människor har därför en gedigen implicit kunskap om hur man reparerar en dialog. Detta kan ha betydelse för möjligheterna att få till ett samarbete även om starten är knagglig och ge en del av förklaringen till varför ett samspel/samarbete kan komma till stånd mellan föräldrarna och de betydelsefulla personerna även efter erfarenheter av våldsamma ”urspårningar” med andra personer.

Studien visar vidare att en viktig faktor för att förtroendet skulle utvecklas var att föräldrarna kände att de betydelsefulla personerna handlade utifrån *goda avsikter*. Spädbarnsforskning har i experiment visat att mycket små barn (18 månader) förstår *avsikten* med en handling, även när experimentledaren inte ”lyckas” fullfölja den (Meltzoff, 1995). Stern menar att vi inte kan fungera med andra människor om vi inte kan läsa deras intentioner, och att vi drivs av en naturlig orientering mot dialog och det intersubjektiva fältet. Frågor om relationen väcks fortlöpande i samspelet mellan människor. Vad en relation betyder för oss kan kommuniceras i ord, handlingar och på andra icke-verbala sätt. I denna studie gjorde föräldrarna tolkningen att de professionellas engagemang gick utöver det strikt professionella, och de poängterade värdet av det.

Man kan också tänka sig att det intersubjektiva fältet, det som ”finns” som en tillgång mellan oss, växer av att de betydelsefulla personerna uppfattar föräldrarnas ”bråkighet” och ”envishet” som ett uttryck för engagemang och en positiv kraft. Detta är exempel på en omgestaltande process (Bandler & Grinder, 1982; Katz, 1997), eftersom flera av föräldrarna hade inre bilder av att andra hjälpare hade haft mer negativa bilder av dem.

De sammanhang som i studien har lyfts fram när det gäller barnens utveckling är förskola och skola. Rutter (2000) menar att skolan är en av de viktigaste arenorna för processer som kan stärka barns motståndskraft. Han menar att det är betydelsefullt för barnet att vara framgångsrikt inom något område i skolan, men att det inte måste vara i något av de traditionella skolämnena. Detta stämmer väl överens med den ovan beskrivna strategin att skapa nya scener och sammanhang där barnen kan komma till sin rätt. Detta knyter också an till den vardagliga karaktären hos de processer som föräldrarna och de betydelsefulla personerna beskriver, och som väl stämmer överens med det av Ann Masten myntade begreppet *ordinary magic* (vardaglig magi). De händelser som beskrivs är ofta ”små” och återkommande.

Det är föräldrarna själva som har identifierat de processer vi har studerat, och ur deras perspektiv har de varit positiva för barnens eller familjens utveckling. Vi kan inte hävda att det rör sig om ”skyddande processer” eller ”stärkande (*resilience*) processer” eftersom det skulle förutsätta väldefinierade kriterier för risk och utfall. Dessa begrepp definieras utifrån deras förmåga att gynna

ett önskvärt utfall när det finns risk för motsatsen. Rutter understryker att processer som är skyddande för en person i ett visst sammanhang kan utgöra en risk för en annan person i ett annat sammanhang. Med denna reservation tycks det ändå finnas vissa faktorer som generellt sett är bra för barns utveckling. En av de viktigaste är god självkänsla, som skapas genom trygga, nära relationer och erfarenheten av att ha lyckats inom något område. De processer som beskrivs i denna studie handlar om starkt självkänsla hos både barn och föräldrar.

En fråga som denna studie väcker är om de betydelsefulla personerna skiljer sig från andra lärare, socialsekreterare, fritidsledare och så vidare. Ur föräldrarnas perspektiv är det utan tvekan så. Vi får här nöja oss med att formulera en fråga som kan studeras vidare. Är till exempel tendensen att referera mer till mål än till regler i sin yrkesutövning speciell, eller gör de flesta det?

Denna studie handlar om föräldrar som har levt i en vardagstillvaro präglad av bekymmer kring barnen eller föräldraskapet. Trots det faktum att många av föräldrarna hade negativa erfarenheter av kontakter med olika representanter för samhället och trots att situationen inte alltid underlättade kontakten, kunde en ömsesidig och förtroendefull relation mellan familjemedlemmar och det professionella nätverket utvecklas. Detta var möjligt eftersom föräldrarna uppfattade att dessa personer ville dem väl och för att de professionella å sin sida hade en motsvarande positiv bild av föräldern eller barnet. Dessa personer hade tydliga orienteringspunkter (mål) i sin yrkesgärning och de hade förmågan att skapa nya sammanhang i vilka barnen och föräldrarna kunde känna sig väl till mods och lyckas med sina uppgifter. Detta ledde till att nya berättelser om barnen och om föräldrarna skapades.

Betydelse för det praktiska arbetet

Socialarbetare, förskollärare, lärare och andra som möter barn och familjer i sitt arbete bör känna tillit till att det är möjligt att bygga upp ett ömsesidigt förtroende även om förutsättningarna inte är de bästa i början, och det är de professionella som har ansvaret för dessa relationer. Att våga vara personlig kan öka möjligheterna att

skapa en förtroendefull relation, liksom att sträva efter att vara öppen och ärlig och att leta efter något som man upplever är speciellt och positivt hos det barn eller den förälder man möter. Det är viktigt att ha tydliga orienteringspunkter (mål/avsikter) och att låta sig styras av dessa i sitt arbete. Det kan vara fruktbart att samtala om relationen med föräldrarna eftersom de ofta i lika hög grad som de professionella reflekterar kring samarbetet.

Vi kan inte förutsäga när dessa ”betydelsefulla möten” ska uppstå, men en slutsats är att när sådana uppstår mellan professionella och barn/familjer bör vi anstränga oss till det yttersta för att skydda och understödja dessa relationer. På så sätt kan vi skapa bästa möjliga förutsättningar för familjer som brottas med svårigheter att bemästra sin situation och utvecklas.

Kap. 9 Diskussion om studiernas resultat

Detta kapitel inleds med en sammanfattning av resultaten i de tre studierna och följs av en fördjupad diskussion om vissa frågeställningar.

Studien *101 familjer i samspelsbehandling* visar att de familjer som kom till de fyra centren brottades med betydande problem – detta gällde både föräldrarna och barnen – som inte kan beskrivas som vardagsbekymmer, vilket ställer höga krav på personalens kompetens. Det faktum att barn med problem som till sin art och grad annars återfinns bland barnpsykiatrins patienter fick sin behandling vid center som tillhör socialtjänsten – vilket två av centren i studien gör – pekar också på att barns problem ofta är svåra att definiera som sociala eller psykiska, eftersom de lika gärna kan vara “både och” som “antingen eller”. Detta visar på behovet av insatser som överbryggar gränserna mellan barnpsykiatri och socialtjänst. Det är tänkbart att detta är särskilt viktigt för barn som uppvisar ett aggressivt beteende, eftersom orsaker till sådant beteende finns att söka både i den sociala och den psykologiska sfären, och konsekvenser av en sådan problematik påverkar olika aspekter av ett barns liv.

I studien *Att överbrygga klyftan* visade det sig att, trots att relationerna var förtroendefulla, hade terapeuterna inte förstått vilka känslor som rörde sig inom föräldern i början av behandlingen. En medvetenhet om att man aldrig kan veta säkert vad som rör sig i en annan människas inre, hur erfaren man än är i sin professionella roll, hjälper behandlaren att behålla en utforskande hållning. Den forskningsmetod som användes i studien *Att överbrygga klyftan*, med gemensamma reflektioner, skulle kunna vara användbar också i det kliniska arbetet genom att den kan förmedla föräldrarnas erfarenheter av vad i interventionen och i relationen som är viktigt, och vad som ligger bakom ett beslut om att fortsätta behandlingen eller att avbryta den. En sådan metodologi har utvecklats och prövats inom barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm (Buvik & Wächter, 2003). Nyttan av att gemensamt reflektera över den terapeutiska relationen diskuteras av Hill och Knox (2009).

Det författarna pekar på är att känslor kan komma till uttryck, problem kan lösas, relationen förbättras och att klienterna kan överföra dessa erfarenheter till andra relationer utanför det terapeutiska sammanhanget.

Föräldrarna i intervjustudierna framhövde relationen till behandlaren på ett sätt som styrker uppfattningen om att relationen mellan behandlare och förälder är en viktig icke-specifik faktor, det vill säga en faktor som inte är relaterad till någon särskild behandlingsmetod. Resultaten antyder att det är just dessa relationer som bidrar till det låga antalet behandlingsavbrott och det låga bortfallet från studien. Det är viktigt att denna kunskap om betydelsen av relationen mellan behandlare och förälder får genomslag i det praktiska arbetet på fältet.

Relationer i andra sammanhang än inom samspelsbehandling är i fokus i studien *Betydelsefulla möten med betydelsefulla personer*. Föräldrarna i denna studie beskrev hur deras förmåga att uppfatta en annan persons goda avsikter gjorde det möjligt för förtroendefulla relationer att växa fram även under ogynnsamma förhållanden, vilket är en viktig kunskap för professionella som står inför krävande uppgifter i förhållande till familjer, till exempel inom socialtjänsten. Men med kunskap om vad dessa betydelsefulla relationer kan betyda för ett barn – eller en förälder – är den viktigaste lärdomen att när dessa relationer uppstår måste vi göra allt för att ta vara på dem och värna dem, och inte äventyra dem genom att prioritera organisatoriska eller andra hänsyn.

Barn med aggressivt beteende

I studien *101 familjer i samspelsbehandling* var den viktigaste anledningen till att man tog kontakt att barnen uppvisade ett aggressivt beteende. Fysisk aggressivitet hos barn anses vara ett allvarligt allmänt hälsoproblem, i synnerhet sedan longitudinella studier visat att dessa barn uppvisar stora risker att bli våldsamma under tonårstiden och senare. Vid ungefär 17 månaders ålder visar en övervägande majoritet barn aggressivt beteende mot jämnåriga, syskon och föräldrar. De flesta barn lär sig dock att reglera sin aggressivitet, men i en slumpmässigt utvald population bestående

av 572 familjer med ett nyfött barn visade cirka 14 % en uppåtgående kurva när det gällde hög fysisk aggression (Tremblay et al., 2004).

Vår studie pekar på en möjlighet att på ett tidigt stadium upptäcka och också kunna påverka utvecklingen hos dessa barn, vilket är särskilt viktigt med tanke på att det är just det uttalat aggressiva beteendet i tidig barndom som förutsäger en fortsatt negativ utveckling (Haapasalo & Tremblay, 1994). Andra studier har visat att det är möjligt att uppnå signifikanta minskningar i barns aggressiva beteende med hjälp av föräldraprogram (Barlow et al., 2005), skolprogram (Wilson et al., 2003) och familjeinterventioner (Brotman et al., 2008).

Drop-out från behandling

Drop-out från behandling är ett stort problem när det gäller behandling av barn med uppförandeproblem av den art som beskrivits ovan, men i den intervention som beskrivs i *101 familjer i samspelsbehandling* var graden av avhopp/drop-out låg. Olds och medarbetare påpekar att interventioner kommer att misslyckas om de inte är utformade på så sätt att man kan säkerställa att föräldrarna engageras och blir kvar i studien (Olds et al., 2007).

Forskare har pekat på att det finns alldeles för få studier som fokuserar på hur nöjda de familjer är som deltagit i samspelsbehandling (Cook et al., 2007), och på behovet av såväl kvantitativa som kvalitativa studier om vad som leder till att en familj hoppar av eller fullföljer en behandling (Gray & McCormick, 2005). En studie som gjordes i samband med en psykosocial intervention vid en postpartum-depression tog emellertid upp frågan om engagemang för interventionen (Wheatley et al., 2003). Kvalitativa intervjuer med tre grupper av deltagare – tillmötesgående, icke-tillmötesgående och vägrare – visade att faktorer som var viktiga för upprätthållandet av engagemanget i behandlingen utgjordes till exempel av sådant som möjligheten att dela erfarenheter med andra och den normaliserande funktionen som interventionen hade.

Problemtyngd vid behandlingens början

Studien *101 familjer i samspelsbehandling* visade att föräldrarna – särskilt mammorna – hade en problemtyngd som avvek signifikant från en normalbefolkning på alla de områden som mättes. Mammornas dåliga psykiska hälsa har betydelse eftersom flera studier visat att detta kan påverka relationen mor – barn, och att detta i sin tur kan påverka barnets psykiska hälsa både på kort och på lång sikt (Barlow & Coren, 2004). Barn till deprimerade föräldrar riskerar att utveckla psykiska problem och andra svårigheter (Beardslee et al., 2003). Resultaten från en studie bekräftar att föräldrars psykiska problem kan äventyra deras föräldrakompetens och utgöra ett hot mot barnets anpassning (Leinonen et al., 2003).

Förändringar över tid, hållbarhet och möjligheten till självläkning

Föräldrarna förbättrades på praktiskt taget alla de områden som mättes i studien om de 101 familjerna. Detta är positivt i sig, men det aktualiserar den väsentliga frågan om förbättringar hos en förälder, till exempel när det gäller psykisk hälsa, per automatik medför att barnets aktuella situation och utvecklingsmöjligheter förbättrades. I en randomiserad kontrollerad studie visades att så inte var fallet när det gällde postpartum-depression, och forskarna drar slutsatsen att behandling mot depression efter förlossning behöver kompletteras med samspelsinriktade insatser (Forman et al., 2007).

Den dimension som inte förbättrades var problem i parrelationen. Problemen var betydande vid behandlingens början jämfört med ett kliniskt urval i en annan svensk studie (Östberg, 1998). Sambandet mellan konflikter mellan föräldrarna och föräldraförmåga undersöktes i en metaanalys som omfattade 39 studier, och den slutsats man drog var att höga konfliktnivåer var kopplade till ”dåligt” föräldraskap. När föräldrar är upptagna av sin äktenskapliga konflikt verkar detta försämra de flesta dimensioner av deras omhändertagande och uppfostran av barnen. Starkast inverkan fann man när det gällde ökade nivåer av stränga krav på lydnad och minskad acceptans, det vill säga mindre uttryck för kärlek, stöd och lyhörighet (Krishnakumar & Buehler, 2000).

Arbetet med relationen mellan föräldrar – med ett bibehållet fokus på hur föräldrar kan samordna sitt föräldraskap, stödja eller försvåra för varandra och klara av konflikter gällande barnuppfostran – kan vara ett område att utveckla och förbättra för de fyra centra som ingick i studien.

Studien visade att den positiva utvecklingen vid mätningen efter sex månader (T2) hade förstärkts vid nästa mätning ett år senare (T3). Denna hållbarhet i resultaten står i samklang med en rad andra studier, som visar en motsvarande bibehållen effekt. Liknande resultat visades i en femmånaders-uppföljning av ett behandlingsprogram för familjer med små barn med utagerande problem (Feinfeld & Baker, 2004). Författarna beskriver att man fann belägg för att ett förbättrat föräldraskap medförde att barnens beteendeproblem avtog, och att barnens framsteg i sin tur innebar att föräldrarnas attityder förändrades och upplevelser av stress minskade. Det som tycks hända är alltså att en negativ spiral vänds till en positiv, och den ömsesidiga, dynamiska påverkan som Feinfeld beskriver står i samklang med tankarna bakom den transaktionella modellen.

Dessa resultat har också en koppling till frågan om ”sjävläkning”, det vill säga om problemen kan förväntas växa bort av sig själva. I studier som, liksom vår, saknar kontrollgrupp diskuteras möjligheten att denna sjävläkning skulle kunna resultera i lika stora förbättringar för familjer som inte får någon hjälp jämfört med de familjer som tar del av interventionen. Det finns dock studier som talar mot att problemen skulle försvinna av sig själva. En metaanalys har visat att aggressivt beteende tenderar att finnas kvar i alla åldersgrupper om det inte behandlas (Wilson et al., 2003). I den prospektiva studien *British Child and Adolescent Mental Health Survey* skattades den psykiska hälsan hos 1 587 barn av flera olika informanter. Vid en uppföljning tre år senare visade det sig att de barn som hade psykiska problem vid första tillfället också hade det vid uppföljningen. Författarnas slutsats är att det finns ett behov av effektiva interventioner för barn med psykiska problem, eftersom det är osannolikt att problemen ska gå över av sig själva (Ford et al., 2007).

Behandlingens syfte och beskrivna förändringar

De uppdrag som var vägledande för behandlingen vid de fyra centren var i huvudsak formulerade i konkreta termer av samspelet mellan barn och föräldrar. Våra studier antyder dock att förändringarna efter interventionen är mer omfattande än det avgränsade uppdrag man utgår ifrån. Studien *101 familjer i samspelsbehandling* visar förbättringar avseende en rad olika aspekter, medan den kvalitativa studien *Att överbrygga klyftan* ger belägg för hur föräldrars självbilder har förändrats – både när det gäller föräldraskapet och förbättrad självkänsla i stort.

Att interventioner får positiva effekter på andra områden än det uttalade målet är inte unikt.

Barlow och Coren (2004) har genomfört en systematisk översikt av föräldrastödsprogram för att undersöka om det finns bevis för att de är effektiva när det gäller att förbättra utfallet för mammorna. Enbart ett fåtal av interventionerna hade som uttalad målsättning att förbättra mödrarnas psykiska hälsa eller självkänsla. Trots det visade resultatet av metaanalysen av 26 studier statistiskt signifikanta resultat för depression, ångest/stress, dålig självkänsla och relationen till partnern för de mödrar som tagit del av interventioner.

Fäder som deltog i vår studie beskrev i de öppna frågorna om behandlingens betydelse att de fått en ökad förståelse för barnets problem och en förändrad bild av sig själva. Motsvarande förändring finns också beskriven i en studie om riskmammor som genomgick en intensiv intervention (Worsham et al., 2009). Biringen och medarbetare (2000) menar att förvånansvärt lite tonvikt har lagts vid föräldrarnas inre bilder (representationer) av barnet och av sig själva som föräldrar, trots att detta har visat sig betydelsefullt. Till exempel har forskare genom intervjuer med mödrar till 6-åringar kunnat visa att när mödrarnas inre representationer var mer uttrycksfulla och trygga och mindre hjälplösa, osäkra eller avvisande var detta förenat med större trygghet hos barnen (George & Solomon, 1996).

I en studie fyllde 126 småbarnsmammor i självskattningsformulär gällande barnens beteende, uppfostringsstil och självförtroende i föräldrarollen samt uppgifter om familjens sociala situation. Studien visade att mammornas självförtroende och uppfostringsstil var relaterade till varandra, och författarnas slutsats var att båda

dessa faktorer är viktiga och möjliga att påverka via interventioner (Morawska & Sanders, 2007).

Mentaliseringens betydelse

Föräldrars förmåga till reflekterande funktion eller mentalisering lyfts allt tydligare fram som central för barns förmåga att utveckla en trygg anknytning. I följande avsnitt vill jag diskutera om behandlingen vid de fyra centren kan beskrivas i termer av att föräldrarnas förmåga till mentalisering, deras reflekterande funktion, har utvecklats.

I behandlingen vid de fyra centren hade varje förälder ”sin egen” behandlare och interventionen bygger på tankar om parallella processer (Neander, 1996), det vill säga att samma kvaliteter som eftersträvas i samspelet mellan förälder och barn också skall känneteckna relationen mellan förälder och behandlare. Detta innebär inte att behandlaren går in i en mamma/papparoll i förhållande till föräldern, snarare att behandlaren bär föräldern (eller snarare föräldern och barnet) i sitt medvetande och att behandlaren erbjuder föräldern möjlighet till en terapeutisk anknytningsrelation. Resonemanget om parallella processer i samspelets behandling på anknytningsteoretisk grund är utvecklat i en studie av Wong (2009).

Samspeletsarbetet i dess tre former – *in vivo*, in video och *in verbis* (se kapitel 4) – syftar till att göra föräldern intresserad av och känslig för barnet uppmärksamhetsfokus, känslouttryck, signaler och behov av stöd i form av trygghet, tröst, vägledning, uppmuntran och begränsning. Ett annat sätt att uttrycka detta är att behandlingen syftar till att öka föräldrarnas reflekterande funktion (RF) i förhållande till sina barn. Samspeletsarbetet *in verbis* skapar möjligheter för föräldrarna att reflektera om sig själv och sina egna reaktioner.

Fokus ligger dock på barnet, och det har delvis att göra med Marte Meo-metoden, där man arbetar med ”barnet som facit” (Hafstad & Ovreeide, 2007) i samspeletsarbetet för att komma ifrån ett normativt tänkande om ”rätt” och ”fel” föräldrabeteende och en upptagenhet av att få ”godkännande” av sitt beteende från terapeuten. Det är istället barnets reaktioner som ska vägleda föräldern, och föräldrarna får hjälp att se och reflektera över vad som

ligger bakom ett barns beteende, barnet mentaliseras istället för att problematiseras.

I en översikt undersökte Madigan och medarbetare föräldrar med anknytningsmönstret ”olöst med avseende på trauma eller förlust” (som motsvarar barnets desorganiserade anknytning, se tabell i kapitel 2). Forskarna väcker tanken att om en förälder lär sig att verkligen fokusera på sitt barns beteende när han/hon är tillsammans med barnet blir utrymmet för att dissociera eller absorberas av tidigare traumatiska upplevelser mindre, vilket kan leda till mindre risk för att barnet utvecklar en desorganiserad anknytning.

Betydelsefulla faktorer i behandlingen

I intervjuerna framhövde flera föräldrar betydelsen av behandlaren och av relationen mellan föräldern och behandlaren. Som nämntes i introduktionen har frågan om vilka faktorer som har betydelse för utfallet av behandling i hög grad begränsats till metoder, längden och intensiteten av behandlingen samt klientfaktorer (barnens ålder, familjernas sociala situation, problemtyngd). Inom psykoterapiforskning har man sedan länge fått upp ögonen för att andra faktorer än dessa kan ha lika stor betydelse (Wampold et al., 1997). En av dessa faktorer är just terapeuten (Luborsky et al., 1997), men dennes betydelse diskuteras sällan när det gäller samspelsinterventioner. När den intervention av van den Boom (se kapitel 3), som visade sig vara överlägset mest effektiv av alla studier i meta-analysen av Bakermans-Kranenburg et al. (2003), vid två tillfällen replikerades gav den i ena fallet ingen effekt (Meij, 1992). Man diskuterade då flera tänkbara förklaringar till varför man inte uppnått några resultat. Möjligheten att de goda resultaten i ursprungsstudien kunde vara en effekt av terapeutens kompetens – det var van den Boom som genomförde hela interventionen – diskuterades över huvud taget inte. Betydelsen av relationen mellan behandlare och mamman diskuteras och framhävs emellertid av bland andra Stern (2006).

I en översikt av program för att främja en trygg anknytning, menar forskarna att det finns vetenskapligt stöd för att en god kvalitet på relationen behandlare – förälder bidrar till positiva resultat, och påpekar att detta är ett viktigt område för framtida

forskning (Berlin et al., 2008). I en av de studier som man refererar till beskrivs detta spörsmål i termer av ”mammans förmåga att arbeta med behandlaren” (Heinicke et al., 2006). Detta belyser att man kan rikta ljuset mot den ena eller den andra av aktörerna (föräldern eller behandlaren) eller på själva samarbetsprocessen.

Ett fokus på själva processen finns i studien *Betydelsefulla möten med betydelsefulla personer*, som ju handlar om familjernas möten med personer som har kommit att betyda något positivt för barnens utveckling. Begreppet vardagens magi (ordinary magic), som syftar på vardagliga mellanmännsliga händelser i ett barns liv snarare än extraordinära tilldragelser fångar mycket väl det föräldrarna berättar om i studien. Min uppfattning är att vardagens magi har samband med begreppet intersubjektivitet, och alltså något som har en avgörande betydelse för mänsklig utveckling.

Frågan om *less is more* eller *more is better* har diskuterats (se kapitel 3). De fyra centren i studien *101 familjer i samspelsbehandling* tillhandahåller ”mindre” för en del familjer och ”mer” för andra när det gäller behandlingens längd (från en månad till mer än 18 månader) och antal sessioner. Fortsatt dataanalys kommer att kunna kasta ljus över frågan om de familjer som fick ”mer” skiljer sig från dem som fick ”mindre” när det gäller problemtyngd vid behandlingens början och förändringsmönster.

Papporna

”Är det möjligt eller önskvärt att involvera pappor i anknytningsbaserade interventioner?” Denna frågeställning togs upp av den grupp forskare som skapade VIPP-programmen, och deras inställning i frågan är att de känner en viss tveksamhet till om man bör involvera pappor (Juffer et al., 2008), trots att deras slutsats i en tidigare metaanalys var att interventioner som gjorde det var mer effektiva än sådana som bara fokuserade på mammor. Deras slutsatser grundar sig på tre studier, varav två genomfördes 1980 och en 1992. En av studierna, som omfattade 16 familjer i interventionsgruppen och lika många i en kontrollgrupp, undersökte effekterna av ett träningsprogram för alldeles nyblivna föräldrar. Programmet, som innehöll bland annat spädbarnsmassage och bad, ledde till ökat engagemang från pappornas sida. Barnen mötte sina fäder med mer ögonkontakt, leenden, joller,

sträckte sig mot dem och visade mindre undvikande beteenden (Scholz & Samuels, 1992). I ett annat program som inriktade sig specifikt på att stimulera språkutvecklingen delades spädbarnen in i tre grupper: en grupp där både pappor och mammor deltog samtidigt, en där enbart mammor deltog och en kontrollgrupp. Spädbarnen vars föräldrar deltog samtidigt uppvisade störst framsteg (Metzl, 1980). Den tredje interventionen slutligen syftade till att öka föräldrarnas kompetens att bedöma, förutsäga, locka fram och svara följsamt på spädbarnets handlingar. Studien omfattade 19 föräldrapar som med slumpens hjälp fördelades på en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Det visade sig att träningen ledde till ökad kompetens hos såväl föräldrar som barn, men att det tycktes finnas ett samband mellan *förbättringar* i pappornas samspel och *försämringar* i mammornas samspeleffektivitet (Dickie & Gerber, 1980).

Den tveksamhet Juffer och hennes medarbetare uttryckt ifråga om önskvärdheten av att ha med pappor grundar sig främst på denna studie. Med ett så begränsat empiriskt underlag tycker jag att det är svårt att förstå att man kan tala om "en antydd/möjlig kontraproduktivitet i pappornas delaktighet vad mammorna anbelangar". Metzls studie är inte nämnd i sammanhanget eftersom man inte kunde beräkna separat resultat för mammor och pappor. Denna studie visade dock att *barnen* "tjänade" mest på att båda föräldrarna var med, vilket väcker frågor om vad vi ser som det viktigaste utfallet.

Den tveksamma attityden till pappors medverkan i samspeleffektiviteter återspeglas i den vetenskapliga litteraturen av den relativa – men uppenbara – frånvaron av ämnet.

Frågor som handlar om möjligheten att engagera pappor i samspeleffektiviteter och vad deras medverkan innebär är ännu otillräckligt utforskade. I en ännu opublicerad studie om pappor som bygger på samma datainsamling som *101 familjer i samspeleffektivitet*, kommer vi visa att det är möjligt att engagera pappor i samspeleffektivitet. Pappors betydelse i samspeleffektivitet kommer att belysas och diskuteras. I artikeln för vi fram synpunkten att det är vad pappornas deltagande betyder för barnens utveckling som bör vara mest centralt. Vi diskuterar också signalvärdet av att exkludera pappor i samspeleffektiviteter

Etik

Samtliga studier i denna bok har prövats och godkänts av forskningsetisk kommitté. Etiska överväganden diskuteras i den separata metoddiskussionen (se pdf-fil på Stiftelsen Allmänna Barnhusets hemsida). Här vill jag endast lyfta fram frågan om föräldrarnas delaktighet i forskningen.

Studierna i denna bok har det gemensamt att de i någon mening utgår från ett föräldraperspektiv, även om innebörden av begreppet ”perspektiv” är begränsad. Föräldrarna har inte givits tillfälle att på något sätt påverka designen av de olika studierna. Studien *101 familjer i samspelsbehandlingen* bygger på föräldrarnas självskattningar, men eftersom det rör sig om frågeformulär med förutbestämda svarskategorier är föräldrarnas möjligheter att komma till uttryck begränsad. I de kvalitativa studierna har föräldrarna mer av en subjektposition i andra fasens intervjuer. Alla informanter inbjöds också till ett seminarium där resultaten presenterades och diskuterades. Slutligen deltog en förälder vid två olika tillfällen vid workshops där studierna presenterades och där hon berättade om sina erfarenheter av att medverka i en studie i ”utforskande partnerskap”.

Framtida forskning

“Att bryta överföringen av otrygg anknytning från generation till generation” var titeln som citerades i början av översikten av aktuell forskning, och hur detta skall kunna uppnås är fortfarande en central uppgift för forskare inom detta fält. De vägar denna överföring mellan generationer tar är sedan länge föremål för forskning, men eftersom det handlar om mycket komplexa processer, till exempel samspelet mellan genetiska faktorer och miljöfaktorer, återstår det mycket att utforska.

Det är av största vikt att fördjupa kunskaperna om vad som ger upphov till en trygg anknytning, för att vi ska kunna veta vad interventionerna bör rikta in sig på. Cassidy och medarbetare (2005) framlägger hypotesen att om målet är att främja en trygg anknytning bör interventionen i första hand inriktas på att öka föräldrarnas förmåga att fungera som en trygg bas vid fara, inte på lyhördhet. Om så är fallet är *Circle of Security* (se kapitel 1) med

sitt fokus på en ”trygg bas” och en ”säker hamn” ett särskilt intressant program, som skulle behöva prövas vetenskapligt i Sverige och möjligtvis anpassas till vårt kulturella sammanhang.

Det är dock viktigt att framtida forskning inte fokuserar ensidigt på metoder utan också undersöker relationen mellan behandlare och förälder, inte minst med tanke på hur centrala relationer är som ”förändringsmotorer” i anknytningsteori (Berlin et al., 2008). Videoinspelningar av samspelet mellan barn och föräldrar används flitigt i både interventioner och forskning, och bör kunna vara lika tillämpligt i forskning om samspelet mellan behandlare och förälder.

Föräldrarnas perspektiv på samspelsbehandling behöver också lyftas fram betydligt tydligare än hittills, och då inte bara när det gäller brukartillfredsställelse. Kvalitativa studier kan generera värdefull kunskap, bland annat om hur de föräldrar som erbjuds behandling men tackar nej resonerar, en grupp som inte är synlig i denna bok.

I de två intervjustudierna hade föräldrarna en något mer framträdande roll i forskningsprocessen än den mer traditionella *101 familjer i samspelsbehandling*. Att utveckla former för föräldrarnas delaktighet i forskningen kan generera nya och intressanta frågeställningar och resultat.

Avsaknaden av studier om pappor i samspelsbehandling har påtalats tidigare, men jag vill ändå poängtera det ytterligare. I denna bok har barnen varit osynliga eftersom fokus har legat på föräldrarnas perspektiv. En svårighet i forskning kring små barn är den relativa bristen på vetenskapligt prövade mätinstrument, översatta till svenska och prövade här, för att mäta utveckling och hälsa hos de spädate barnen. En ännu större utmaning är att fånga små barns erfarenheter av att tillsammans med sina föräldrar delta i samspelsbehandling.

Kap. 10 Avslutande reflektion – hur kan vi främja barns utveckling?

Denna avslutande reflektion bygger på vad jag har lärt mig genom mitt kliniska arbete på Gryningen, genom handledningsuppdrag, i arbetet med avhandlingen och genom andras forskning.

Bilden av det späda barnet har gradvis förändrats under det kvartssekel som jag har varit verksam inom samspelsbehandling. Vi uppfattar idag det späda barnet på samma gång som mer kompetent, mer sårbart (hjärnans utveckling äventyras om det är allvarliga brister i det tidiga samspelet) och mer som en egen ”person” än vi gjorde för 25 år sedan. För att komplicera det hela ytterligare - vi vet idag ännu mer om den stora betydelsen av det tidiga samspelet i barnets nära relationer samtidigt som vi nu har ett livsloppsperspektiv på utveckling, det vill säga att förändring och utveckling är möjlig hela livet. Vi har också fått en djupare förståelse för vad Matteus-effekten – att den som redan är gynnad tenderar att få mer – betyder för barn som på olika sätt är mindre gynnade från start. Våra kunskaper har fördjupats när det gäller hur skrämmande och skadligt det är för barn att växa upp i en miljö som präglas av våld (även om våldet inte riktas direkt mot barnet). Sist men inte minst – det finns nu tydliga belegg för att det med tidiga insatser går att påverka barns utveckling i positiv riktning. Utmaningen för framtiden är att fördjupa kunskaperna om vilka insatser som får de bästa effekterna.

För en del år sedan var jag åhörare på en internationell konferens i Oslo om barns utveckling. Några av forskarna från USA beskrev vad de tyckte behövdes för att radikalt förbättra små barns situation. Deras vision – som de tyckte var helt utopisk – innefattade frihet från barnfattigdom, en generell föräldraförsäkring, mödrhälsovård och barnhälsovård som når de allra flesta, barnomsorg för alla barn och en skola av god kvalitet.

Frågan om barnfattigdom har äntligen börjat diskuteras på allvar i Sverige. Andelen barn som lever i *absolut fattigdom* (under en inkomstnivå som möjliggör en skälig levnadsnivå) har minskat medan andelen barn som lever i *relativ fattigdom* (hushåll som har en disponibel inkomst som ligger under 60 procent av medianin-

komsten i landet) har ökat (Salonen, 2010). Det betyder att in-
börden av begreppet ”barnfattigdom” är en annan i Sverige än i
många andra länder, och att klyftorna i vårt samhälle har ökat. Ett
starkt skäl till att uppmärksamma situationen för barn som lever i
ekonomisk utsatthet, vilket barn i *relativ fattigdom* tveklöst gör, är
att detta utgör en stark riskfaktor för marginalisering långt senare
i livet (Bäckman & Nilsson, 2007).

I övrigt har vi i Sverige det allra mesta av det som ingår i den
vision som beskrevs ovan, och det är hög tid att på allvar ta tillvara
de enorma möjligheter detta innebär. Det är ställt utom tvivel att
det behövs riktade insatser till de barn som har det svårast. Detta
skall dock, enligt mitt sätt att se, inte ställas i motsats till uppfatt-
ningen att det *i första hand* är genom *de generella insatserna* vi ska
främja barns utveckling. Det finns forskningsresultat som kan ge
oss god vägledning om hur dessa generella system bör utvecklas i
framtiden.

Mödrahälsovård och barnhälsovård

Det är nästintill unikt i världen att vi har en mödra- och barn-
hälsovård som når i stort sett alla barnfamiljer. Man kan skönja
två utvecklingslinjer för barnhälsovården de senaste decennierna.
Den ena innebär att man gått från ett individperspektiv (barnet)
till ett familjeperspektiv, och den andra att man gått från att foku-
sera på biologiska/medicinska faktorer till att i lika hög grad upp-
märksamma psykosociala faktorer. Exempel på detta är att man nu
inom barnhälsovården regelmässigt, med hjälp av ett vetenskap-
ligt prövat frågeformulär, undersöker om nyblivna mammor lider
av depression. Detta bygger på kunskapen att depressioner hos
nyblivna mödrar har en negativ inverkan på mammans samspel
med barnet och därmed på barnets utveckling. Med pappornas
förändrade roll i familjerna kan det finnas anledning att bredda
perspektivet och inte ensidigt fokusera på mammornas psykiska
hälsa.

Det finns starkt vetenskapligt stöd för att många av de familjer
som fångas upp på detta sätt är hjälpta av en intensifierad kon-
takt med sin BVC-sjuksköterska. Det som dock är bäst beforskat
är effekten av hembesök under barnets första levnadsår. Mitt in-
tryck är att många BVC-sjuksköterskor har en arbetsbelastning

som gör det svårt för dem att hinna med tidskrävande hembesök. Det finns också farhågor att vårdvalet, det vill säga rätten att själv välja vårdcentral, kommer att innebära större geografiska avstånd och därigenom får BVC-sjuksköterskan ytterligare svårigheter att hinna med hembesök. Det borde också vara en självklarhet att BVC-sjuksköterskor i områden med tung social belastning bör ha färre antal barn på sin tjänst.

Det är väsentligt att värna om den otroligt viktiga resurs som mödra- och barnhälsovården innebär. Det vilar ett stort ansvar på BVC-sjuksköterskorna att uppmärksamma tecken på att barn far illa. På motsvarande sätt som man nu scannar för depressioner kanske man skulle behöva scanna för tecken på våld i barnets närhet. Frågor om våld i familjen ställs vid ett av de första besöken inom mödrahälsovården, och dessa behöver följas upp inom barnhälsovården.

Sedan ett tiotal år ger BVC-sjuksköterskor information till alla nyblivna föräldrar om riskerna för hjärnskador om man skakar ett barn. Kunskaper om vad det innebär för späda barn att finnas i miljöer där det förekommer hot och våld behöver också diskuteras med föräldrar. För att BVC-sjuksköterskorna ska våga se och våga benämna svårigheter krävs kompetens, att man har någon att rådfråga och få stöd av för egen del och någonstans att hänvisa de familjer som behöver mer stöd. Barnhälsovårdens psykologer spelar en stor roll, eftersom de kompletterar den medicinska kompetensen med psykologisk kompetens. Chansen för att barn som riskerar att fara illa kunde upptäckas och få hjälp skulle öka ytterligare om alla BVC-sjuksköterskor också hade möjlighet att vid behov hänvisa familjer till kvalificerad samspelsbehandling. Det är betydligt lättare att ta upp vad man ser av svårigheter om man har något konkret att erbjuda.

Det är få socionomer som arbetar inom mödra- och barnhälsovård, vilket innebär att den psykosociala kompetensen inte är så starkt företrädd. För att säkerställa sådan kompetens är ett nära samarbete med socialtjänsten en nödvändighet. Detta håller på att förverkligas vid familjecentralerna, som beskrivs nedan.

Familjecentraler och föräldrastödsprogram

De senaste decenniernas framväxt av familjecentraler innebär att det skapats arenor där barnfamiljer på ett enkelt sätt kan stärka sina sociala nätverk och få tillgång till den information och det stöd man behöver. Familjecentraler kan benämnas på olika sätt – exempelvis familjens hus, familjecentrum – men det finns en tydlig definition av vilka kriterier som avgör om det är en familjecentral:

”En familjecentral bedriver en verksamhet som är hälsofrämjande, generell, tidigt förebyggande och stödjande samt riktar sig till föräldrar och barn. En familjecentral bör minst innehålla mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete. På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen. Förutom barnmorskor, BVC-sjuksköterskor, förskollärare och socialsekreterare kan det även finnas familjerådgivare, fritidsledare, psykologer och läkare. Kännetecknande för verksamheten är att huvudmännen, till exempel kommun och landsting, samordnar sina resurser för att möjliggöra en tvärfacklig samverkan.” (<http://www.familjecentraler.se/> hemsida för Föreningen för familjecentralers främjande).

Även om framväxten av familjecentraler varit stark finns det fortfarande många barnfamiljer som inte har tillgång till en sådan inom rimligt avstånd från hemmet. Det finns alltså mer arbete att göra för att skapa familjecentraler. Det vore också önskvärt att tankarna som ligger till grunden för familjecentraler kunde ges en form även för äldre barn och ungdomar. Ungdomshälsan i Umeå är ett exempel på hur sådana idéer har förverkligats, och det finns fler initiativ.

En pådrivande kraft i det arbetet kan utgöras av den *nationella strategin för föräldrastöd*, som antogs 2009, eftersom målet är att föräldrastöd ska kunna erbjudas alla föräldrar till dess att barnet fyller 18 år. Föräldrastöd definieras som en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk

Det var under 1970-talet som riksdagen fattade beslut om föräldrautbildning under graviditet och spädbarnsår. De senaste decennierna har en rad olika manualbaserade föräldrastödsprogram

från andra länder prövats i olika sammanhang, också forskningsmässigt. En kritik som har riktats mot en del av dessa program är att de har inslag som inte stämmer med den syn på barn som är dominerande i vår kultur, men ett utvecklingsarbete pågår. Statens Folkhälsoinstitut har fått i uppdrag att samordna den nationella strategin, som är tänkt att dels inspirera kommuner och landsting att utveckla stöd till föräldrar i deras föräldraskap, dels utgöra ett praktiskt stöd i det organisatoriska planerings- och utvecklingsarbetet. Forsknings- och utvecklingsmedel har avsatts till de olika utvecklingsprojekten. För mer information se www.fhi.se. För att få ett bättre vetenskapligt underlag för effekterna av föräldrastödsprogram som bygger på svenska förhållanden beslutade regeringen hösten 2008 att via Socialstyrelsen ge Örebro universitet i uppdrag att undersöka hur effektiva gruppbaserade föräldrastödsprogram är för att minska barns psykiska ohälsa och sociala problem och för att stärka föräldraskapet. Utvärderingen skall slutredovisas till Socialstyrelsen i januari 2013.

Förskolan

De allra flesta barn i Sverige går i förskolan. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att en förskola av god kvalitet främjar barns utveckling. Därför bör vi sträva efter en förskola av yppersta kvalitet. Sedan många år används förskolan som en insats för att stödja utvecklingen hos barn som har speciella behov. Det kan röra sig om barn med försenad språkutveckling/som behöver stöd att lära sig svenska eller barn som har det svårt att samspela med andra barn.

Vid ett besök på en förskola satte jag mig på golvet i ett ganska stort lekrum. I ena hörnet fanns en rutschkana som alla barn ville åka i. Det var slående hur kompetenta barnen var – de väntade på sin tur och hjälptes åt. Den ende som inte klarade av det riktigt bra var en pojke i 4-årsåldern som hette Erik. Han hade svårt att vänta på sin tur och var inte så varsam med andra barn. En förskollärare stannade till och gav honom lite vägledning genom att säga ”vänta lite på din tur, Erik”, och ”nu kan du klättra upp i rutschkanan”, och då klarade han det bra. När han åkt ner vände han huvudet åt hennes håll för bekräftelse, och var helt nöjd med en uppmuntrande nick eller en ”tummen upp”. Om Erik (och hans systrar och bröder) får vägledning kommer han att få ett

stort antal erfarenheter av att göra ”rätt”. Om han däremot inte kan få den vägledningen är det sannolikt så att han kommer att uppmärksammas när någon kompis skriker efter det att Erik råkat knuffa till honom/henne. Risken är att Erik i huvudsak kommer att bli beskriven i negativa termer, vilket kommer att påverka hans självbild i negativ riktning och snarast befästa de svårigheter han har i samspelet med andra barn.

För att förskolan ska kunna fylla funktionen att främja utvecklingen hos barn som brottas med svårigheter är det nödvändigt att det finns personal som hinner se och ge dessa barn vägledning.

Skolan

Skolan är nästa arena som har avgörande betydelse för barns utveckling. I studiet av vilka faktorer och processer som är skyddande för barn som riskerar en negativ utveckling lyfts framgång i skolan fram som en av de allra viktigaste. Varje barn behöver känna sig ”duktig” inom något område, men det är enligt Rutter (2000) av underordnad betydelse inom vilket ämne eller område. Kajsas lärare Elisabeth i vår studie *Betydelsefulla möten med betydelsefulla personer* utvecklade vid intervjun sin syn på detta:

Men det är ju tur då att hon hade idrotten... men annars försöker jag ju jobba efter tanken att alla har ju någon liten stjärna inne i oss... så att alla elever jag har de skall få lysa på något sätt. (...) Har man nu trettio elever så skall det finnas trettio stjärnor, men de behöver inte vara tända samtidigt, men alla skall få lysa någon gång i alla fall.(...) Det vet jag – inte tror – det vet jag är väldigt viktigt. Och det gör också att klasskamraterna eller de andra vännerna, de ser att han eller hon är duktig på det, och då måste man försöka hitta den lilla biten. Det kan vara allt ifrån att någon är duktig på att hålla ordning, någon är duktig på att läsa en dikt, någon har alltid alla rätt på engelskan, någon är duktig på sextio meter. Men försök att plocka fram de här små bitarna och stärk dem i det och låt de andra bekräfta det. Och därför är det viktigt tror jag också att gå utanför gängse ramar, att man inte bara tänker ämnesvis eller skolmässigt utan man... Stjärnorna kan lysa på andra ställen också.

Eftersom detta är så centralt för barns utveckling är mitt förslag att skolan ska åläggas målet att varje barn ska känna sig framgångsrikt inom åtminstone ett område i skolan. Detta är ett mål som borde vara fullt möjligt att förverkliga.

Samma lärare gav vid intervjun också uttryck för följande tankar.

Och sen ska det vara ett sånt klimat så att varje gång man kliver över tröskeln till klassrummet så skall man tycka om att komma in. Man ska inte ha ont i magen, man ska inte vara rädd för mig som lärare att jag kommer att säga det om man inte har gjort det man skulle eller rädd för någon kamrat om inte jag har på mig det idag eller... När man vaknar på morgonen skall man tycka om att gå till skolan. Först då finns det förutsättningar att bedriva skolverksamhet.

Dessa synpunkter har också vetenskapligt stöd såtillvida att känslor av otrygghet och rädsla utgör en skadlig stress för barn. Barn som känner sig rädda i skolan lever med förhöjda nivåer av stresshormoner, och för dem som har det värst hinner nivåerna i stort sett aldrig komma ner till normala nivåer.

Eftersom skolprestation påverkar mental hälsa och mental hälsa i sin tur påverkar skolprestation finns en risk för att onda cirklar uppstår. Det finns också belegg för att sambanden mellan mental ohälsa och skolprestation följer individen från tidiga skolår och upp i ungdomsåren. Därför är förskolan och de tidiga åren i skolan särskilt viktiga för barnens kunskapsutveckling och psykiska välmående. (Kungliga Vetenskapsakademiens State of the Science-konferens om skola, lärande och psykisk hälsa i april 2008.)

Insatser för dem som har det svårast

För barn och familjer som har betydande svårigheter i samspelet bör det finnas kvalificerad samspelsbehandling. Min uppfattning är att det är mycket lyckosamt om sådan verksamhet kan bedrivas i samverkan mellan olika aktörer. Gryningen i Karlskoga och Hagadal i Linköping drivs i samverkan mellan kommun (socialtjänsten) och landsting (barnpsykiatri), och en stor vinst med detta är att man slipper fruktlösa diskussioner om gränsdragningar utan

helt kan utgå från barnets och familjens behov av hjälp. Barnhälsovården är också en naturlig part i en sådan samverkan.

Ett stort antal verksamheter för spädbarn- och småbarnsfamiljer skapades på 1980-talet, när det fanns tämligen lite vetenskapligt stöd för nyttan av tidiga insatser. Paradoxalt nog har verksamheter lagts ned i samma takt som evidensen för att tidiga insatser kan göra skillnad har vuxit. Det finns dock tecken på att trenden åter har vänt, och min förhoppning är att nya former för att erbjuda spädbarn- och småbarnsfamiljer samspelsbehandling växer fram.

Det är socialtjänsten som har i uppdrag att göra bedömningar av barn som riskerar att fara illa. Dessa utredningar och bedömningar kräver goda kunskaper om barns utveckling, och borde ses som det mest kvalificerade uppdraget inom socialtjänsten. De socialsekreterare som arbetar med utredningar behöver ges goda förutsättningar för att utföra detta uppdrag. Kanske vi behöver en specialitet som kan kallas "barnsocioonomer" eller "barn- och familjesocioonomer" med en kvalificerad vidareutbildning.

När jag började arbeta på Gryningen för snart 25 år sedan trodde jag att erfarenheterna därifrån skulle ge mig svar på frågan om i vilka lägen, när tveksamhet råder, det är "rätt" att omhänderta och familjehemsplacera ett barn och när man hellre ska satsa på ett utökat stöd till familjen. Mina erfarenheter har inte lett till något entydigt svar. Forskningen ger inte heller någon tydlig vägledning. Min slutsats är att det viktigaste är att vi inte betraktar beslutet som en "lösning" för barnet. Ett beslut – i vilken riktning det än går – är bara en början. Det viktigaste är vad som händer sedan.

Om barnet ska bo kvar med sina föräldrar behöver man hitta former för långsiktigt stöd till barnet och familjen. På Gryningen har vi uppmärksammat och pratat om "barn med bräcklig bas", det vill säga barn i familjer där en behandlingsinsats visserligen kan göra en stor skillnad men där behovet av stöd till familjen kvarstår. Utmaningen ligger i att utforma stödet på ett sätt så att familjen är delaktig i planering och genomförande och att hjälpen verkligen stärker familjen.

Ibland är en familjehemsplacering – också mot föräldrarnas vilja – nödvändig för att barnet ska få möjligheter till en god utveckling. Samhället har då bedömt att de biologiska föräldrarnas inte förmår att utgöra en trygg bas för sina barn, och har i och med omhändertagandet iklätt sig ett mycket stort och långsiktigt ansvar för barnet.

För att en familjehemsplacering ska bli till hjälp för barnet behöver det finnas en klar tanke med placeringen. Barnets behov av en trygg bas bör vara utgångspunkten, och socialtjänstens uppgift blir att ansvara för att familjehemmet får det stöd man behöver för att kunna utgöra denna trygga bas. En annan oerhört viktig uppgift för socialtjänsten och familjehemmet är att fortlöpande, och på ett sätt som är lämpligt för barnets ålder, berätta för barnet om vad som händer och vara beredda att svara på barnets alla frågor. Det räcker inte att ge information vid ett tillfälle. Man kan utgå ifrån att barnet är i en situation av kris i samband med separationen från sina föräldrar och kämpar med att förstå och skapa någon sorts mening i vad som hänt.

En annan central aspekt är barns starka tendens att känna ansvar för sin mamma och/eller pappa som man inte längre har daglig kontakt med. Jag tror inte att barn kan "befrias" från detta ansvar genom att vi vuxna uppmanar dem att inte känna så. Den mest framkomliga vägen kan vara att prata med barn om att många barn i deras situation känner så, och sedan berätta vad man gör för att stödja föräldern. På detta sätt "hedras" barnets ansvarstagande på samma gång som man visar att man är beredd att dela ansvaret.

En fråga som hänger ihop med detta är kontakten mellan barnet och de biologiska föräldrarna under placeringstiden. Tidigare var det vanligt att denna kontakt helt bröts, vilket var mycket olyckligt. Nu finns det en tydlig ambition, som också är stadgad i lag, att kontakten ska upprätthållas. I grunden är detta riktigt, men tillämpningen behöver utgå från barnets behov och inte från ideologiska grunder. Vi behöver ha en mer öppen och utforskande attityd när det gäller vad barnet är mest gynnat av på kort och lång sikt.

För barn som familjehem placeras är det sannolikt extra viktigt att man är varsam med relationer som uppstått och som är viktiga för barnet – oavsett om det är någon i det "gamla" sociala nätverket, en lärare eller ett grannbarn.

Ofta upphör familjehemsplaceringar (om inte förr) i samband med att barnet går ur gymnasiet. Utifrån "trygg bas-perspektivet" är detta olyckligt. Behovet av en trygg bas att utgå ifrån, och en säker hamn att komma tillbaka till, är ofta mycket stort när man är ung vuxen. Inte så att ungdomar ska stanna kvar hos sina familjer, men just när vardagsstrukturen som skolan har stått för upphör präglas tillvaron för många ungdomar av ett sökande där

de behöver känna att de har tillgång till föräldrar att referera till. Om det utvecklats starka relationer under placeringstiden fungerar familjehemmet på det sättet oavsett formella beslut, men ett beslut om att placeringen upphör innehåller ett budskap om att man förväntar sig att barnet ska klara sig på egen hand.

När det gäller familjehemsvård (och institutionsvård) behöver "samhället" vara självkritiskt i sin granskning av hur man axlar föräldraansvaret när man övertar det från föräldrarna. Det finns inget som kan ursäkta att ett barn far illa på grund av försumligheter från samhällets sida.

Sammanfattning

Detta kapitel har handlat om möjligheter att främja barns utveckling genom insatser på olika nivåer, vilket speglar min uppfattning att barns utveckling hänger samman med allt från nationella politiska beslut till våra – enskilda personers – mest vardagliga handlingar. Det betyder att de sju punkterna nedan riktar sig till beslutsfattare på olika nivåer, till dem som arbetar med barn och ytterst till oss alla eftersom barns utveckling är en gemensam angelägenhet. Låt oss därför sträva efter att:

- motverka de ekonomiska klyftorna i samhället eftersom de har en negativ effekt på barns hälsa och utveckling
- dra ännu bättre nytta av mödrahälsovård, barnhälsovård, förskola, familjecentral och skola för att främja barns utveckling
- ålägga skolan målet att varje barn ska känna sig framgångsrikt inom åtminstone ett område i skolan
- förstärka effekterna av insatser från olika system genom att utveckla samarbete och samverkan
- tillgodose behovet av kvalificerad samspelsbehandling för de familjer som behöver det
- tänka långsiktigt när det gäller "barn med bräcklig bas" med målet att alla barn ska ha tillgång till en trygg bas
- utveckla föräldrars och barns delaktighet när det gäller såväl generella som riktade insatser
- vara rädda om "vardagens välgörande möten" och de relationer som vuxit fram i dessa möten.

Referenser

- Aarts, M. (2000). *Marte Meo: Basic manual*. Harderwijk: Aarts Productions.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations dependency and attachment: A theoretical review of the mother-infant relationship. *Child Dev*, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M. D. S. (1990). Some considerations regarding theory and assessment relevant to attachments beyond infancy. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. (pp. 463-488). Chicago: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. V., & Stayton, D. J. (1971). Individual Differences in Strange-Situation Behaviour of One-year-olds. In H. R. Schaffer (Ed.), *The Origins of Human Social Relations* (pp. 17-57). New York: Academic Press.
- Ammaniti, M., Speranza, A. M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., et al. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Ment Health J*, 27(1), 70-90.
- Anderson, N. E. (2007). *The relationship between mothers' stress level and anxiety ratings of their children*. Anderson, Nicole E.: U Arizona, US.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. E. Hubble, B. L. E. Duncan & S. D. E. Miller (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Axberg, U., Hansson, K., & Broberg, A. G. (2007). Evaluation of the incredible years series. An open study of its effects when first introduced in Sweden. *Nord J Psychiatry*, 61(2), 143-151.
- Axberg, U., Hansson, K., Broberg, A. G., & Wirtberg, I. (2006). The Development of a Systemic School-Based Intervention: Marte Meo and Coordination Meetings. *Fam Process*, 45(3), 375-389.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., & Juffer,

- F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull*, 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 Ment Health J*, 26(3), 191-216.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1982). *Reframing: Neurolinguistic programming and the transformation of meaning*. Moab, Utah: Real People Press.
- Barlow, J., & Coren, E. (2004). Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD002020; PMID: 11406024]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), CD002020.
- Barlow, J., Parsons, J., & Stewart-Brown, S. (2005). Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. *Child Care Health Dev*, 31(1), 33-42.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), e119-131.
- Berlin, L. J. (2005). Interventions to Enhance Early Attachments. The State of the Field Today. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp. 3-33). New York: The Guilford Press.
- Berlin, L. J., Zeanah, C. H., & Lieberman, A. F. (2008). Prevention and intervention programs for supporting early attachment security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 745-761). New York: Guildford Press.
- Biringen, Z., Matheny, A., Bretherton, I., Renouf, A., & Sherman, M. (2000). Maternal representation of the self as parent: connections with maternal sensitivity and maternal structuring. *Attachment & Human Development*, 2(2), 218-232.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bradley, S. J., Jadaa, D. A., Brody, J., Landy, S., Tallett, S. E., Watson, W., et al. (2003). Brief psychoeducational parenting

- program: an evaluation and 1-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(10), 1171-1178.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 102-127). New York: Guilford Press.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *Am Psychol*, 32(7), 513-531.
- Brotman, L. M., Gouley, K. K., Huang, K. Y., Rosenfelt, A., O'Neal, C., Klein, R. G., et al. (2008). Preventive intervention for preschoolers at high risk for antisocial behavior: long-term effects on child physical aggression and parenting practices. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 386-396.
- Bruner, J. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Buber, M. (1962). *Jag och du*. Ludvika: Dualis förlag.
- Buvik, C., & Wächter, A. (2003). *Andningshål. Samforsknings-samtal på en BUP-mottagning*. Stockholm: Stockholms läns landsting: Barn- och ungdomspsykiatri
- Bäckman, O., & Nilsson, A. (2007). *Childhood Poverty and Labour Market Exclusion. Findings from a Swedish Birth Cohort*. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2008). *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Cassidy, J., Woodhouse, S. S., Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B., & Rodenberg, M. (2005). Examination of the Precursors of Infant Attachment Security: Implications for Early Intervention and Intervention Research. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments. Theory, research, intervention, and policy*. (pp. 34-60). New York: Guilford Press.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Dev Psychopathol*, 18(3), 623-649.
- Cohen, N. J., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R., & Parker, C. J. (2002). Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: Convergence of therapeutic outcomes. *Infant Ment Health J*, 23(4), 361-380.

- Cohen, N. J., Muir, E., Parker, C. J., Brown, M., Lojkasek, M., Muir, R., et al. (1999). Watch, wait and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Ment Health J*, 20(4), 429-451.
- Cook, C. R., Little, S. G., & Akin-Little, A. (2007). Interventions based on attachment theory: A critical analysis. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 3, 61-73.
- Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B., & Marvin, R. (2005). The Circle of Security Intervention. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments. Theory, research, intervention, and policy*. (pp. 127-151). New York: Guilford Press.
- Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Landman, M., Molteno, C., Stein, A., et al. (2009). Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *Br Med J*, 338, 1-11.
- Cornell, T., & Hamrin, V. (2008). Clinical interventions for children with attachment problems. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 21(1), 35-47.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., Pruett, M. K., Pruett, K., & Wong, J. J. (2009). Promoting fathers' engagement with children: Preventive interventions for low-income families. *Journal of Marriage & the Family*, Vol. 71(3), 663-679.
- de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behav Modif*, 32(5), 714-735.
- Dickie, J. R., & Gerber, S. C. (1980). Training in social competence: The effect on mothers, fathers, and infants. *Child Dev*, 51(4), 1248-1251.
- Doherty, W. J., Erickson, M. F., & LaRossa, R. (2006). An Intervention to Increase Father Involvement and Skills With Infants During the Transition to Parenthood. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 438-447.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). In *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed) (pp. xxix, 455). Washington, DC: American Psychological Association; US.

- Egeland, B., Weinfeld, N. S., Bosquet, M., & Cheng, V. K. (2000). Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. In J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *Handbook of infant mental health. Vol 4. Infant mental health in groups at high risk.* (pp. 35-89). New York: Wiley.
- Erickson, M. F., & Egeland, B. (2004). Linking theory and research to practice: The Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children and the STEEPTM program. *Clinical Psychologist*, 8(1), 5-9.
- Eshel, N., Daelmans, B., de Mello, M. C., & Martines, J. (2006). Responsive parenting: interventions and outcomes. *Bull World Health Organ*, 84(12), 991-998.
- Feinfeld, K. A., & Baker, B. L. (2004). Empirical support for a treatment program for families of young children with externalizing problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1), 182-195.
- Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A., & Keren, M. (2005). The primary triangle. Treating infants in their families. In A. J. E. Sameroff, S. C. E. McDonough & K. L. E. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems. Strategies for intervention.* (pp. 123-151). New York: Guilford Press.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*, 188(1), 1-3.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & et al. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment Health J*, 12(3), 201-218.
- Ford, T., Collishaw, S., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). A prospective study of childhood psychopathology: Independent predictors of change over three years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(12), 953-961.
- Forman, D. R., O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E., & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Dev Psychopathol*, 19(2), 585-602.
- Fraiberg, S. (Ed.). (1990). *Det första levnadsåret. Om spädbarns psykiska hälsa.* Stockholm: Natur och Kultur.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impai-

- red infant-mother relationships. *J Am Acad Child Psychiatry*, 14, 387-422.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy* (3. ed.) Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clin Psychol Rev*, 28(6), 904-916.
- Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms of change.[see comment]. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(11), 1123-1132.
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Ment Health J*, 17(3), 198-216.
- Gray, R., & McCormick, M. C. (2005). Early Childhood Intervention Programs in the US: Recent Advances and Future Recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 26(3), 259-275.
- Green, B. L., Furrer, C., & McAllister, C. (2007). How do relationships support parenting? Effects of attachment style and social support on parenting behavior in an at-risk population. *Am J Community Psychol*, 40(1-2), 96-108.
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. (pp. 469-496). New York: Guilford Press.
- Haapasalo, J., & Tremblay, R. E. (1994). Physically aggressive boys from ages 6 to 12: Family background, parenting behavior, and prediction of delinquency. *J Consult Clin Psychol*, 62(5), 1044-1052.
- Hafstad, R., & Ovreeide, H. (2007). Med barnet som fasit - Marte Meo-metoden. In H. Haavind & H. Ovreeide (Eds.), *Barn og unge i psykoterapi. Vol 2 Terapeutiske fremgangsmåter og forandring [Children and young persons in psychotherapy. Vol 2]* (pp. 145-170). Oslo: Gyldendal.
- Harel, J., Kaplan, H., Avimeir-Patt, R., & Ben-Aaron, M. (2006). The child's active role in mother-child, father-child psychotherapy: a psychodynamic approach to the treatment of relational disturbances. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 79(Pt 1), 23-36.

- Hauser-Cram, P., Warfield, M. E., Shonkoff, J. P., Krauss, M. W., Sayer, A., & Upshur, C. C. (2001). Children with disabilities: a longitudinal study of child development and parent well-being. *Monogr Soc Res Child Dev*, 66(3), i-viii.
- Heiervang, E., Goodman, A., & Goodman, R. (2008). The Nordic advantage in child mental health: Separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(6), 678-685.
- Heinicke, C. M., Goorsky, M., Levine, M., Ponce, V., Ruth, G., Silverman, M., et al. (2006). Pre- and postnatal antecedents of a home-visiting intervention and family developmental outcome. *Infant Ment Health J*, Vol.27(1), 91-119.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13-29.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (Eds.). (2008). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Katz, M. (1997). *On playing a poor hand well - insights from the lives of those who have overcome childhood risks and adversities*. New York: Norton.
- Kazdin, A. E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 1(1), 133-156.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research*, 2(1), 27-40.
- King, G., Cathers, T., Brown, E., Specht, J. A., Willoughby, C., Polgar, J. M., et al. (2003). Turning points and protective processes in the lives of people with chronic disabilities. *Qual Health Res*, 13(2), 184-206.
- Kretchmar, M. D., Worsham, N. L., & Swenson, N. (2005). Anna's story: a qualitative analysis of an at-risk mother's experience in an attachment-based foster care program. *Attachment & Human Development*, 7(1), 31-49.
- Krishnakumar, A., & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Family Relations*, 49(1), 25-44.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitative forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Leinonen, J. A., Solantaus, T. S., & Punamaki, R. L. (2003). Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *J Child Psychol Psychiatry*, 44(2), 227-241.
- Lieberman, A. F. (2004). Child-Parent Psychotherapy. A relationship-based approach to the treatment of mental health disorders in infancy and early childhood. In A. J. E. Sameroff, S. C. E. McDonough & K. L. E. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems. Strategies for intervention* (pp. 97-122). New York: Guilford Press.
- Lieberman, A. F., Padron, E., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Ment Health J*, 26(6), 504-520.
- Lipsey, M. W., & Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious & violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions* (pp. 86-105). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Luborsky, L., McLellan, A., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 53-65.
- Lyons-Ruth, K. (2007). The Interface Between Attachment and Intersubjectivity: Perspective from the Longitudinal Study of Disorganized Attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 595-616.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J. F., Riley, C. D., & Atlas-Corbett, A. F. (2009). Socially indiscriminate attachment behavior in the Strange Situation: convergent and discriminant validity in relation to caregiving risk, later behavior problems, and attachment insecurity. *Dev Psychopathol*, 21(2), 355-372.
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disor-

- ganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development*, 8(2), 89-111.
- Magill-Evans, J., Harrison, M. J., Benzies, K., Gierl, M., & Kimak, C. (2007). Effects of parenting education on first-time fathers' skills in interactions with their infants. *Fathering*, 5(1), 42-57.
- Magill-Evans, J., Harrison, M. J., Rempel, G., & Slater, L. (2006). Interventions with fathers of young children: systematic literature review. *J Adv Nurs*, 55(2), 248-264.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 99-124). Norwood, N.J.: Ablex Publ. Corp.
- Maione, P. V., & Chenail, R. J. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. In (pp. xxiv, 462). Hubble, Mark A (Ed); Duncan, Barry L (Ed); Miller, Scott D (Ed). (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *Am Psychol*, 56(3), 227-238.
- Meij, J. T. (1992). *Sociale ondersteuning, gebechheidskwaliteit en vroegkinderlijke competentie-ontwikkeling [Social support, attachment, and early competence]*. Catholic University, Nijmegen, Netherlands.
- Meins, E. (1999). Sensitivity, security and internal working models: bridging the transmission gap. *Attachment & Human Development*, 1(3), 325-342.
- Meltzoff, A. N. (1995). Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by 18-month-old children. *Dev Psychol*, 31(5), 838-850.
- Metzl, M. N. (1980). Teaching parents a strategy for enhancing infant development. *Child Dev*, 51(2), 583-586.
- Mishler, E. G. (1986). *Research interviewing : context and narrative*. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
- Morawska, A., & Sanders, M. R. (2007). Concurrent predictors of dysfunctional parenting and maternal confidence: implications for parenting interventions. *Child Care Health Dev*, 33(6), 757-767.
- Munson, J. A., McMahan, R. J., & Spieker, S. J. (2001). Structure and variability in the developmental trajectory of children's externalizing problems: Impact of infant attachment, maternal

- depressive symptomatology, and child sex. *Dev Psychopathol*, 13(2), 277-296.
- Neander, K. (1996). *Möten i Gryningen : erfarenheter från psykosocialt behandlingsarbete med spädbarn- och småbarnsfamiljer [Meetings at Gryningen (The Dawn): Experiences of Psychosocial Treatment in Families with Infants and Toddlers]*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Neander, K. (1996). *Möten i Gryningen : erfarenheter från psykosocialt behandlingsarbete med spädbarn- och småbarnsfamiljer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Neander, K. (2009). *Indispensable Interaction. Parents' perspectives on parent-child interaction interventions and beneficial meetings*. Örebro university, Örebro.
- Neander, K., & Engstrom, I. (2009). Parents' assessment of parent-child interaction interventions – a longitudinal study in 101 families. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 3:8.
- Neander, K., & Skott, C. (2006). Important Meetings with Important Persons. Narratives from Families Facing Adversity and their Key Figures. *Qualitative Social Work*, 5(3), 295-311.
- Neander, K., & Skott, C. (2008). Bridging the Gap – the Co-creation of a Therapeutic Process. Reflections by Parents and Professionals on their Shared Experiences of Early Childhood Interventions. *Qualitative Social Work*, 7(3), 289-309.
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *J Consult Clin Psychol*, 73(5), 872-879.
- Norrick, N. R. (2000). *Conversational Narrative: Storytelling in everyday talk*. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins.
- Olds, D. L., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(3-4), 355-391.
- Olson, J. A. (1999). *A phenomenological study of infant mental health interventions: The mothers' perspective*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. Vol. 59(12-A), Jun 1999, pp. 4355.
- Rennie, D. L. (1992). Qualitative analysis of the client's experiences of the psychotherapy: The unfolding of reflexivity. . In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 211-233). Newbury Park, CA: Sage.

- Reynolds, A. J., Mathieson, L. C., & Topitzes, J. W. (2009). Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research. *Child Maltreatment, 14*(2), 182-206.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings and policy implications. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2. ed., pp. 651-682). Cambridge: Cambridge University Press.
- Salonen, T. (2010). *Barns ekonomiska utsatthet. Årsrapport 2010*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Sameroff, A. J., McDonough, S. C., & Rosenblum, K. L. (Eds.). (2004). *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention*. New York: Guilford Press.
- Scholz, K., & Samuels, C. A. (1992). Neonatal bathing and massage intervention with fathers, behavioural effects 12 weeks after birth of the first baby: The Sunraysia Australia Intervention Project. *Int J Behav Dev, 15*(1), 67-81.
- Shaver, P. R., & Cassidy, J. (Eds.). (1999). *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications*. New York, N.Y.: Guilford Press.
- Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (Eds.). (2000). *Handbook of early childhood intervention*. (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.
- Skagerberg, A. (2009). *På vägen mot evidensbaserad praktik*. Barn- och ungdomspsykiatri. Stpckholms läns landsting. Stockholm.
- Skott, C. (Ed.). (2004). *Berättelsens praktik och teori - narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Slade, A., Sadler, L. S., & Mayes, L. C. (2005). Minding the Baby. Enhancing parental reflective functioning in a nursing/mental health home visiting program. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing Early Attachments. Theory, Research, intervention, and policy*. (pp. 152-177). New York: Guilford Press.
- Staudt, M. (2007). Treatment engagement with caregivers of at-risk children: Gaps in research and conceptualization. *Journal of Child and Family Studies, 16*(2), 183-196.
- Stern, D. (2006). Introduction to the special issue on early preventive intervention and home visiting. *Infant Ment Health J, 27*(1), 1-4.
- Stern, D. N. (1991). *Spädbarnets interpersonella värld: ur psyko-*

- analytiskt och utvecklingspsykologiskt perspektiv*. Stockholm: Natur och kultur.
- Stern, D. N. (1996). *Moderskapskonstellationen: en integrerad syn på psykoterapi med föräldrar och små barn*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Stern, D. N. (2005). *Ögonblickets psykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Tallman, K., & Bohart, A. C. (1999). *The client as a common factor: Clients as self-healers*. Hubble, Mark A (Ed); Duncan, Barry L (Ed); Miller, Scott D (Ed). (1999). The heart and soul of change: What works in therapy.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Seguin, J. R., Zoccolillo, M., Zela-zo, P. D., Boivin, M., et al. (2004). Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114(1), e43-50.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *J Child Psychol Psychiatry*, 42(1), 3-48.
- Tronick, E. Z., & Gianino, A. (1986). Interactive mismatch and repair: Challenges to the coping infant. *Zero to Three*, 6(3), 1-6.
- Ungar, M. (2003). Qualitative Contributions to Resilience Research. *Qualitative Social Work: Research & Practice*, 2(1), 85-102.
- Wadsby, M., Sydsjo, G., & Svedin, C. G. (2001). Evaluation of an intervention programme to support mothers and babies at psychosocial risk: assessment of mother/child interaction and mother's perceptions of benefit. *Health & Social Care in the Community*, 9(3), 125-133.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes.". *Psychol Bull*, 122(3), 203-215.
- van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Dev*, 65(5), 1457-1477.

- van Ijzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull*, 117(3), 387-403.
- van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1997). Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology*. (pp. 135-170). New York: Guilford Press.
- van Ijzendoorn, M. H., Juffer, F., & Duyvesteyn, M. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry*, 36(2), 225-248.
- Van Manen, M. (1997). *Researching lived experience : human science for an action sensitive pedagogy* (2. ed.). Ontario: Althouse press.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Wheatley, S. L., Brugha, T. S., & Shapiro, D. A. (2003). Exploring and enhancing engagement to the psychosocial intervention 'Preparing for Parenthood'. *Archives of Women's Mental Health*, 6(4), 275-285.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.
- Wilson, S. J., Lipsey, M. W., & Derzon, J. H. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 71(1), 136-149.
- Wong, J. Y. (2009). Understanding and utilizing parallel processes of social interaction for attachment-based parenting interventions. *Clinical Social Work Journal*, 37(2), 163-174.
- Worsham, N. L., Kretchmar-Hendricks, M. D., Swenson, N., & Goodvin, R. L. (2009). At-risk mothers' parenting capacity: an epistemological analysis of change through intensive intervention. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 14(1), 25-41.
- Zeanah, P. D., Larrieu, J. A., Boris, N. W., & Nagle, G. A. (2006). Nurse home visiting: Perspectives from nurses. *Infant Ment Health J*, 27(1), 41-54.

Östberg, M. (1998). Parental stress, psychosocial problems and responsiveness in help-seeking parents with small (2-45 months old) children. *Acta Paediatr*, 87(1), 69-76.

Barnhuset har gett ut följande böcker

Mod och mandat - Ny lagstiftning stärker barn som anhöriga. Har vi modet att möta dem? Mårten Jansson, Anne-Marie Larsson, Cecilia Modig, 2011

Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn - Vad kan vi lära av forskningen? 2010:5, Karin Lundén

Att intervjua barn – vägledning för socialsekreterare, 2010:4, Ann-Christin Cederborg (omarbetad och uppdaterad version av boken 2005:1)

Barns och ungas rätt i vården, 2010:3, Maja Söderbäck (red)

Har alla här en förälder i fängelse? En stödgruppsmodell för barn med frihetsberövade föräldrar. 2010, Titti Schönbeck. Utgiven i samarbete med Arvsfonden och RiksBryggan

Att bygga kompetens för kvalificerade utredningar av barn och unga - Analys av situationen i sju kommuner i Uppsala län för personalförsörjning av utredande socialsekreterare, 2010:2, Anna-Lena Lindquist (red.)

Att lära av fosterbarn – åtta års arbete med intervjuer av före detta fosterbarn, 2010:1, Kristian Tilander & Monica Westberg

NU – inte senare! Om att hjälpa barn i tid och om klok samhälls-ekonomi, 2009:3, Bitte Lundborg

Jag finns också! Om att vara syskon till en bror eller syster med svår sjukdom eller funktionsnedsättning, 2009:2 (ny redigerad utgåva)

Barn som lever med skyddade personuppgifter, 2009:1, Barbro Hindberg m.fl.142

Tidigare utgivna böcker finns på Barnhusets hemsida www.allmannabarnhuset.se där de också finns att laddas ner.

Barnhuset har gett ut följande rapporter

Det späda barnet som anhörig - Hur kan vi forma hållbara strukturer för att uppmärksamma det späda barnets behov när en förälder har en psykisk sjukdom? 2010, dokumentation från seminarium

Psykisk hälsa hos mammor som utsatts för våld av sin partner – för och efter deltagande i Bojens grupprogram, Delrapport 2, 2010, Karin Grip, Anders Broberg, Kjerstin Almqvist

Att läsa är livsviktigt – om familjehemsplacerade barns läsning och skolgång, 2010, Gia Kjellén

Att lämna en destruktiv relation – mammor som utsatts för våld av sin före detta partner berättar om sin situation och hur de hantarat den, Delrapport 1 2009, Jenny Lundgren, Stina Hillman & Anders Broberg

Tidigare utgivna rapporter finns på Barnhusets hemsida www.allmannabarnhuset.se där de också finns att laddas ner.

Boken bygger på Kerstin Neanders avhandling *Indispensable Interaction*, (det nödvändiga samspelet), (2009).

Forskningsstudien omfattade 101 familjer som deltagit i samspelsbehandling vid fyra olika familjeverksamheter. Resultaten visade på tydliga positiva effekter för både föräldrar och barn avseende föräldrastress, anknytningsmönster, psykiskt välmående och att barnen uppvisade färre problem. I intervjuerna beskriver familjerna att det oftast är relationen till behandlarna som blir avgörande för hur behandlingen lyckas. Hur uppstår då möten som kan bli avgörande för familjernas möjlighet till förändring och hur kan professionella bli "betydelsefulla personer" som gör skillnad i familjen och barnens liv?

Kerstin Neander, med lång klinisk erfarenhet, reflekterar kring aktuell forskning och praktikens möjligheter och utmaningar. Boken ger både en möjlighet att fördjupa sig i anknytningsteori och samspelsbehandlingens utvecklingshistoria. Den ringar också in viktiga utvecklingsområden för samhället att satsa på, så att alla barn och föräldrar får så goda förutsättningar som möjligt att utvecklas tillsammans

Allmänna Barnhuset är en statlig stiftelse med uppdrag att stödja metod- och kunskapsutveckling i arbetet med utsatta barn och ungdomar. Barnhuset ger anslag till socialt inriktad barn- och ungdomsforskning, driver egna utvecklingsprojekt, anordnar konferenser och seminarier för att sprida kunskap samt ger ut böcker i aktuella frågor.

Böcker och rapporter kan beställas från www.allmannabarnhuset.se.