



# ”Nobody puts (the) Baby in a Corner”

Späd- och småbarnens plats i det familjeterapeutiska samtalsrummet

Alexandra Begum

## Sammanfattning

Familjeproblem anses i de flesta familjeterapeutiska teorier uppstå i samspelet, kommunikationen och interaktionen mellan individerna i familjen. Samtal med små barn upplevs som komplicerat av många familjeterapeuter. I de flesta familjeteorier förväntas dock hela familjesystemet delta i den terapeutiska processen. Men de allra minsta barnen, de mellan 0 – 3 år, har inte den verbala förmågan eller abstraktionsförmågan som krävs för den ”traditionella” familjeterapin. Syftet med den här studien har varit att undersöka familjeterapeuters erfarenheter av att bedriva familjeterapi med späd- och småbarnsfamiljer. Hur arbetar familjeterapeuter med de minsta barnen och vilka möjligheter och hinder finns det med att arbeta familjeterapeutiskt med dessa familjer? Studien är kvalitativ och bygger på semistrukturerade intervjuer med åtta legitimerade familjeterapeuter som arbetar med späd- och småbarnsfamiljer. Resultatet visar att det bedrivs familjeterapi med dessa familjer. Terapeuterna väver in metoder i terapin som används vid samspelsbehandling, exempelvis videofeedback. Flera av terapeuterna uttrycker dock oro över att den familjeterapeutiska kunskapen alltmer försvinner från de mottagningar dit småbarnsfamiljer kommer för att få hjälp. Ett sätt att lyfta fram familjeterapin skulle kanske kunna vara att tydligare stå för och visa att det är familjeterapi som är den behandlande insatsen.

Nyckelord: Familjeterapi, Samspelsbehandling, Anknytning, Späd- och småbarnsbehandling

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INLEDNING</b> .....   | <b>5</b>  |
| Tregenerationsperspektiv och familjens livscykel.....                                | 5         |
| Ett familjemönster skapas.....   | 6         |
| Anknytning.....  | 6         |
| Intersubjektivitet och självets utveckling.....                                      | 7         |
| Mentalisering.....   | 8         |
| Spädbarnet kommunicerar och språket utvecklas.....                                   | 8         |
| Familjeterapi.....   | 9         |
| Barnperspektiv i familjeterapi.....  | 9         |
| Samspelsobservationer och samspelsbehandling.....                                    | 10        |
| <br>   |           |
| <b>SYFTE</b> .....   | <b>11</b> |
| Frågeställningar.....  | 11        |
| <br>   |           |
| <b>METOD</b> .....   | <b>12</b> |
| Urval.....   | 12        |
| Undersökingsdeltagare.....   | 12        |
| Datainsamling.....   | 13        |
| Analys.....  | 13        |
| Etiska överväganden.....   | 14        |
| <br>   |           |
| <b>RESULTAT</b> .....  | <b>14</b> |
| <b>Tema 1: Arbetsförhållanden</b> .....  | <b>14</b> |
| <b>Tema 2: Behandlingsprocessen</b> .....  | <b>15</b> |
| <i>Bedömningssamtal</i> .....  | 15        |
| Familjemedlemmarnas närvaro.....   | 15        |
| Bedömningssamtalens innehåll.....  | 17        |
| <i>Behandlingsplan</i> .....   | 17        |
| <i>Arbetssätt</i> .....  | 18        |
| Föräldra- och familjesamtal.....   | 19        |
| Psykoedukation.....  | 19        |
| Samspelsbehandling.....  | 20        |
| Familjeterapi och familjeterapeutiska interventioner.....                            | 20        |
| Avstämning, utvärdering och avslut.....  | 23        |
| <b>Tema 3: Möjligheter och hinder</b> .....  | <b>24</b> |
| <b>Tema 4: Framtiden för familjeterapi med spädbarns- och småbarnsfamiljer</b> ..... | <b>25</b> |
| <br>   |           |
| <b>DISKUSSION</b> .....  | <b>26</b> |
| <i>Resultatdiskussion</i> .....  | 26        |
| Familjeterapi med spädbarns- och småbarnsfamiljer.....                               | 26        |
| Möjligheter och hinder med att arbeta familjeterapeutiskt.....                       | 27        |
| Slutdiskussion.....  | 28        |
| <i>Metoddiskussion</i> .....   | 28        |
| Urval.....   | 28        |
| Datainsamling.....   | 29        |
| Analys.....  | 29        |
| <br>   |           |
| Slutsats.....  | 29        |

**LITTERATURLISTA..... 30**

**TILLKÄNNAGIVANDEN.....33**

Bilaga 1: *Intervjuguide*

Bilaga 2: *Analysprocessen*

Bilaga 3: *Huvudteman, Subteman och Kategorier*

## INLEDNING

Under familjeterapeututbildningen har vi läst om ämnen som bottnar i människans grundläggande behov och fungerande, så som anknytning och utvecklingspsykologi. Vi har även dykt ner bland olika familjeterapeutiska teorier och förstått att en av grundtankarna i familjeterapi är att alla familjemedlemmar påverkar och påverkas av varandra. Men är allas ”röster” lika mycket värda i de familjeterapeutiska samtalen? I de flesta av de familjeterapeutiska teorierna kan man ana att det krävs en viss abstraktionsförmåga och en viss nivå av verbal förmåga hos familjemedlemmarna för att kunna tillgodogöra sig terapin och för att terapeuten ska kunna inkludera alla familjemedlemmar i sina familjeterapeutiska samtal. På så sätt "utesluts" vissa familjemedlemmar, bland annat de minsta barnen – de mellan 0 och ca 3 år. Kan man säga att familjeterapeuter kan bedriva familjeterapi med en familjemedlem som inte har den verbala kapaciteten eller den kognitiva abstraktionsförmågan? Vilka får ”komma till tals” och vara med i det familjeterapeutiska rummet? Vad definierar en familj, enligt familjeteorin? Bill Petitt (1995) menar att ordet familj är en vardagsterm som utmanar familjeterapeuter eftersom den aldrig har blivit definierad på ett tillfredsställande sätt. Även definitionen av vad familjeterapi är, råder det delade meningar om (Cederblad, Petitt & Wirtberg, 2015).

### *Tregenerationsperspektiv och familjens livscykel*

Familjen har viktiga funktioner över generationsgränserna. Den kan exempelvis bidra med erfarenhetsförmedling, barnuppfostran, vård och stöd. Den ger individen en tillhörighet och rötter (Lundsbye, Sandell, Währborg, Fälth & Holmberg, 2010). Lundsbye med medarbetare, (2010) menar att en familj startar när en ung människa befinner sig mellan två familjer – ursprungsfamiljen och den kommande familjen. Författarna beskriver hur varje familj under sin livscykel går igenom generella utvecklingsprocesser. Dessa händelser i livscykeln ställer olika krav på familjesystemet och dess regler anpassas för att möta förändringarna. Processerna påverkas av de erfarenheter som varje individ har med sig från sin ursprungsfamilj och ofta överförs olika förhållningssätt från en generation till en annan. Selma Fraiberg (1973) menade att spädbarnsföräldrar ibland styrs av ”spöken i barnkammaren”, vilka härstammar från förhållandet till de egna föräldrarna. Fraiberg (1973) beskrev känslorna som ovälkomna besökare från det förflutna, dem man inte minns men ändå styrs av. Den emotionella stämningen i familjen under spädbarnets allra första tid påverkar samspelet och kommunikationen mellan föräldrarna och barnet.

### *Ett familjemönster skapas*

Det sker en stor livsförändring när ett par får sitt första barn. Relationer och roller förändras och omstruktureras, både mellan paret och mellan paret och omgivningen. Omställningen kan bli en stor utmaning för den nyblivna familjen (Wadsby & Sydsjö, 2001). Familjens mönster av kommunikation och samspel grundläggs tidigt och utgör en bas för familjens hälsa (Hedenbro & Lidén, 2002). Otillfredsställelse i föräldrarelationen påverkar samspelet och kommunikationen mellan alla familjemedlemmar negativt (Gottman, Katz & Hooven, 1996; Huth-Bocks, Theran & Levendovsky, 2011). Fisher, Brock, O'Hara, Kopelman & Stuart (2015) påvisade exempelvis att postnatal depression hos mamman eller pappan påverkar barnets internaliserade och externaliserade beteende och ökar risken för konflikter mellan föräldrarna. När ett barn upplever att hänsyn tas till dess känslor, genom att omsorgspersonerna bekräftar barnets känsla bidrar det till kognitiv, språklig och emotionell utveckling. Om det möts av negativa affekter över tid påverkar det barnets utveckling negativt (Holmsen, 2007).

### *Anknytning*

Wennerberg (2010) skriver att anknytningen är det livslånga band av kärlek, eller sviken kärlek, som ett barn knyter till den eller de personer som finns i dess närhet. Den formar sedan individen i hur hon förhåller sig till sig själv och till andra i alla hennes kommande känslomässiga relationer. Människans upplevelse av sig själv är starkt präglad av hur andra har förhållit sig till henne. En trygg anknytning medför att individen senare i livet blir bättre rustat mot stressande upplevelser, medan en otrygg anknytning utgör en sårbarhetsfaktor. Anknytning är således en relationell process där barnets anknytningsbeteende aktiverar föräldrarnas omvårdnadssystem, bindning till barnet (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm-Mothander, 2006). Barnet knyter alltid an till dess omsorgspersoner vare sig de har möjlighet att erbjuda beskydd och omsorg, eller inte. Hur föräldrarna uppfattar och svarar på barnets behov av närhet och skydd ser oftast olika ut. Barnets anknytning till sina respektive föräldrar kan således utvecklas olika. Det är kvaliteten på relationerna som lägger grunden för hur barnets anknytning kommer att utvecklas. Tecken på en trygg anknytning är när barnet vågar ge sig ut och utforska världen, men sedan söker sig till omsorgspersonen när känsla av fara hotar. Den centrala affekten är således rädsla och barnets behov av att få den känslan reglerad av en pålitlig vuxen (Broberg et al., 2006; Wennerberg, 2010).

I takt med att barnet blir mer rörligt aktiveras dess anknytningsystem och är som starkast när barnet börjar kunna röra sig bort från sina föräldrar för att utforska sin omgivning, det vill säga mellan cirka nio månaders ålder till tre-årsåldern. Anknytningsystemet aktiveras när barnet känner obehag eller blir stressat (Bolwby, 1980). Om anknytningsbeteendet bemöts på ett tillfredsställande sätt upplever barnet en trygghet och tillit till omsorgspersonen (Wennerberg, 2010). Tidig anknytningsproblematik leder till grundläggande svårigheter när det gäller närhet och autonomi. Bristen på trygghet och grundtillit orsakar dessa svårigheter. Det är dock viktigt att klargöra att anknytningsmönster går att förändra med hjälp av nya, läkande relationella erfarenheter, till exempel psykoterapeutisk behandling (Wennerberg, 2010). En studie gjord av Cassibba, Castoro, Costantiono, Sette & Van Ijzendoorn, (2014) visade att anknytningsbaserad videofeedback kan ge en ökad känslighet hos mödrar med egen otrygg anknytning och därmed underlätta för barnet att utveckla en trygg anknytning till sin mamma.

#### *Intersubjektivitet och själkets utveckling*

Enligt Stern (2004) är intersubjektivitet när två eller flera personer ömsesidigt delar varandras "mind"/psyken och de inblandade är medvetna om detta delande och har förmågan att läsa av varandras intentioner. Denna "avläsning" påverkar i sin tur hur de tänker och handlar. En förutsättning för intersubjektivitet är att det finns en tydlig gräns mellan andra och en själv. Vid cirka sju till nio månaders ålder börjar känslan av ett intersubjektivt själv att utvecklas, men förmågan att känna det som någon annan känner inom sig finns som en kapacitet hos barnet redan när det föds. Spegelneuronen i barnets hjärna banar vägen för bland annat empati och intersubjektivitet. Barnet börjar kunna ge och ta emot kontakt genom olika uttryckssätt och handla utifrån en begynnande känsla om skilda medvetanden (Stern, 2004). Trevarthen (2005) kallar denna kapacitet för primär intersubjektivitet. Människor utvecklar den här empatiska delen under livets första år och det är i relationen till en eller flera anknytningspersoner som intersubjektiviteten fördjupas och utvecklas (Wennerberg, 2010). Det intersubjektiva mötet innehåller delad uppmärksamhet, delad intentionalitet och delad känsla. Det empatiska bemötandet och andras förmåga att reglera barnets självkänsla blir så småningom funktionella delar av barnets själv (Havnesköld & Risholm-Mothander, 2009). I västvärlden skapas psykisk samhörighet övervägande genom dyadiska och familjecentrerade intersubjektiva kontakter, enligt Stern (2004). Han menar att känslan av att bli förstådd av en terapeut och tillsammans uppnå en intersubjektiv kontakt, kanske är en av de viktigaste faktorerna som skapar förändringar.

### *Mentalisering*

Mentaliseringsförmågan uppstår och lärs in genom det sociala samspelet, hur spädbarnet har blivit bemött och hur anknytningen till den primära vårdgivaren utvecklats (Havnesköld & Risholm-Mothander, 2009). Wennerberg (2010) beskriver mentalisering som förmågan att förstå sitt eget och andras beteende utifrån inre mentala tillstånd som tankar, känslor, impulser och önskningsar. Föräldrars förmåga att mentalisera sitt barn, att leva sig in i och förstå barnets inre psykologiska tillstånd, är kopplat till hur barnet utvecklar sin anknytning till dem. Ur ett behandlarperspektiv innebär ett mentaliserande förhållningssätt att terapeuten kan lägga sitt eget individuella perspektiv åt sidan och leva sig in i hur en annan människa känner och tänker (Wennerberg, 2010).

### *Spädbarnet kommunicerar och språket utvecklas*

Det nyfödda barnet har en stark medfödd motivation till utforskande och samspel. När barnet föds kan det imitera föräldrarna. Genom att svara på barnets imitation grundläggs en tidig turtagning i kommunikationen och det blir en ömsesidig dialog mellan föräldern och det späda barnet (Wennerberg, 2010). Trevarthen och Aitken (2002) beskrev att barnet föds och utvecklas psykologiskt när det ser in och speglar sig i förälderns ansikte. Barnets känsla av att bli sedd är det viktiga och det är bra på att avläsa affekter vilket är grundläggande för barnets självutveckling. Det använder alla sina sinnen för att utforska världen. Hela den egna kroppen och även föräldrarnas muskeltonus, röstläge, mimik, inväntande av svar osv ger barnet information om hur den yttre och inre världen är beskaffad (Hedenbro & Lidén, 2002).

All språkinläring sker i relationer. Barnet lär sig språket genom att lyssna, titta och upptäcka. När föräldrarna tonar in, delar fokus och sätter ord på saker och känslor främjas barnets språkutveckling. Det hjälper barnet att börja se på sig självt och andra ur ett relationsperspektiv. Redan vid ett par månaders ålder kan barnet differentiera och samspela med familjemedlemmar på olika sätt för att vidmakthålla ett synkroniserat samspel med dem. I takt med att barnet utvecklas börjar det att förstå att ord kan representera känslor. Med ordets hjälp kan barnet börja bilda och forma symboler. Barnets symboliseringsförmåga ger det möjlighet att uttrycka sina önskningsar och fantasier i den symboliska leken, vilket hjälper det att förstå och hantera sin yttre och inre verklighet (Hedenbro & Lidén, 2002; Vygotskij, 1962).



### *Familjeterapi*

Ringborg (2011) definierar familjeterapi som en serie familjesamtal som syftar till förändring och försök till lindring av känslomässiga, sociala eller beteendemässiga problem. Samtalen ska ledas av en legitimerad psykoterapeut med familjeterapeutisk inriktning och vara vetenskapligt prövade. Vidare ska samtalen bedrivas på en mottagning eller institution som har psykoterapeutiska arbetsuppgifter. Sammanhangsmarkering är viktig för alla parter, då terapeuten tydliggör anledningen till varför de träffas. Alla närvarande deltagare ska vara överens om att samtalen definieras som familjeterapi. Wirtberg (1995) skriver att det är sammanhanget där mötet mellan terapeuten och familjen sker som avgör vilka funktioner och roller som behandlingen ska fokusera på. Tillsammans med det aktuella systemet och dess medlemmar konstrueras en familjebild vilken även innehåller en analys av problemen samt förslag till behandling. Den slutliga konstruktionen har ingenting att göra med att hitta den rätta eller sanna bilden utan är snarare ett möjligt arbetsperspektiv (Wirtberg, 1995).

### *Barnperspektiv i familjeterapin*

Enligt det systemteoretiska perspektivet påverkar alla familjemedlemmarnas inbördes relationer varandra. Om en individ eller dyad förändras, kommer även de andra delarna i familjesystemet att påverkas (Minuchin, 1990). För att förstå ett fenomen ansåg bland annat Bateson (1998) att terapeuten måste anta ett cirkulärt tänkande istället för att tänka linjärt i orsak och verkan. Vidare ansåg Bateson (1998) att problematiska beteenden hos ett barn har sin upprinnelse i dysfunktionella relationer inom familjen, samtidigt som familjemedlemmarna är en del av en kontext. Detta betyder att var och en av familjemedlemmarna är en del av problematiken när man ska förstå barnets beteende. Winnicott (1993) menade att det inte går att beskriva ett barns svårigheter utan att ta hänsyn till föräldrarnas fysiska och psykiska hållande av barnet. För att förstå familjedynamiken mellan familjemedlemmarna är det viktigt att se och studera hela familjen. Kunskap om hela familjesystemet möjliggör att riktade interventioner mot de delsystem som bäst gynnar barnets utveckling och familjens välmående kan ges (Hedenbro & Lidén, 2002).

Det finns lite kunskap och få studier om hur små barn reagerar under terapiprocessen och hur deras deltagande i familjeterapi ser ut (Cederborg, 1994b). Dare & Lindsey skrev redan 1979 att det finns en risk att familjeterapi med barn egentligen bara blir familje- eller parterapi i närvaro av barnen, eftersom terapeuter inte utvecklar sina färdigheter i hur de ska bemöta barnen och underlätta för dem i terapisaftal. Wilson (2011) menar att många familjeterapeuter föredrar att tala om barn istället för med dem. Ju yngre barnet är desto

svårare har det att abstrahera och verbalisera sina problem. Øvreeide (2010) konstaterade att samtal med små barn fortfarande upplevs som komplicerat vilket bidrar till att terapeuter undviker att ta med barnen i samtal som rör dem. I de flesta familjeteorier förväntas dock hela familjesystemet delta i den terapeutiska processen. Cederborg (1994b) skriver att även förskolebarn således ska kunna delta i familjeterapi. När föräldrar söker hjälp undrar de ofta om barnets symptom är "normalt" eller ett psykiatrisk symptom. Cederborgs studie (1994b) pekar på att det är terapeuten och framförallt mamman som definierar problemet. Vilket sedermera ofta omdefinieras till relationella problem. De små barnen ges inte något vidare utrymme. Skälen till det är bland annat att terapeuterna inte vill utmana föräldrarnas auktoritet.

Familjeproblem anses i de flesta familjeterapeutiska teorier uppstå i samspelet och interaktionen mellan individerna i familjen. Dysfunktionella relationer inom familjen och mellan familjemedlemmarna ses som en del av ett komplext kommunikationssystem. Språket blir därför en av de viktigaste delarna i att förstå dynamiken i dysfunktionerna och terapeutens verktyg som hen kan använda för att förändra relationerna. Det blir således betydelsefullt att alla deltagare är med och förklarar, delger och hör de andras erfarenheter och tankar i de terapeutiska samtalen utifrån sina förutsättningar. Barnen måste därför mötas på en nivå som är anpassad till dem (Cederborg, 1994a). Cederborg (1994a) upptäckte att förskolebarnen inte interagerade med någon 61% av samtalstiden och att föräldrarna pratade 56% av samtalstiden och barnen bara 3,5%. Barnens deltagande ökade dock om ickeverbala aktiviteter också inkluderades i analysen. Vidare fann Cederborg (1994a) att barnens deltagande gav terapeuten tillfälle att observera hur familjemedlemmarna relaterade till varandra och att terapeuten använde sig av interaktionen för att analysera familjesystemet.

### *Samspelsobservationer och samspelsbehandling*

Barnet är som tidigare nämnts en kompetent och social individ som börjar samspela och interagera med personerna i sin omgivning direkt efter födseln. Även om det är de primära omsorgspersonerna som har ansvaret för samspelet så är också spädbarnet en aktiv deltagare redan från allra första början (Hedenbro & Lidén, 2002). Ett sätt att se allas bidrag är genom samspelsobservationer. Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn & Juffer (2005) fastslog i deras anknytningsforskning att barns beteende lättare ändras om föräldrarna får hjälp med att stärka sin förmåga att läsa av, tolka och möta sitt barn, än om interventionerna går ut på att åstadkomma beteendeförändring hos barnet. Studier har bland annat visat att behandling med videofeedback har positiva effekter på föräldra-barninteraktionen (Juffer, Bakermans-

Kranenburg & van Ijzendoorn, 2008; Høivik et al., 2015). Med filmens hjälp kan behandlaren hjälpa föräldrarna att utveckla sitt bindningsbeteende genom att se, bekräfta och lära föräldern att skapa nya, goda och annorlunda erfarenheter av att vara i samspel med sitt barn. När ett positivt samspelsklimat skapas växer förutsättningarna för att en trygg anknytning till föräldrarna ska utvecklas. Barnets subjektiva känsla av själv blir annorlunda, eftersom förutsättningarna för relationen, samspel och interaktionen har ändrats.

Marte Meo, Lausanne Triadic Play (LTP), Barnorienterad familjeterapi (BOF), Marschak Interaction Method (MIM) och Theraplay är exempel på samspelsobservationer, analyser och behandlingar som alla bygger på videofeedback och har ett salutogent perspektiv (Aarts, 2008; Booth & Jernberg, 2010; Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery & Keren 2004; Soltvedt, 2005). Det teoretiska utgångsläget är utvecklingspsykologi, anknytningsteori och olika familjeterapeutiska perspektiv, så som kommunikationsteori i Marte Meo och BOF (Aarts, 2008; Soltvedt, 2005) och systemteori i LTP (Fivaz-Depeursinge et al. 2004). Även psykoedukativa föräldrastödsprogram som Circle of Security (COS) och Circle of Security - Parenting (COS - P) som bygger på systemisk familjeteori, anknytningsteori och objektrelationsteori utvecklas och tillämpas på småbarnsfamiljer och får en allt större klinisk utbredning i Sverige. För närvarande pågår en svensk utvärdering av COS-P som leds av docent Pia Risholm-Mothander vid Stockholms universitet (Bernstad, Brodén, Hallin, Kabele Senja & Palander, 2015).

## S Y F T E

Syftet med den här studien har varit att undersöka familjeterapeuters erfarenheter av att bedriva familjeterapi med spädbarns- och småbarnsfamiljer.

### *Frågeställningar*

- Hur beskriver familjeterapeuterna sitt arbete med de minsta barnen och deras familjer?
- Vilka möjligheter och hinder med att arbeta familjeterapeutiskt med spädbarns- och småbarnsfamiljer beskrivs?

## M E T O D

Studien var kvalitativ med en explorativ och deskriptiv ansats. Den byggde på semistrukturerade intervjuer med åtta legitimerade familjeterapeuter som hade arbetat eller arbetar med späd- och småbarnsfamiljer. Då syftet med denna studie var att ta reda på familjeterapeuters konkreta erfarenheter och upplevelse, kändes det mest adekvat att samla in data genom att göra en semistrukturerad intervjustudie. Själva intervjuguiden (bilaga 1) innehöll således både strukturerade och mer öppna frågor, dels för att ge informanterna chans att själva kunna ta upp personliga och viktiga aspekter, dels för att täcka av vissa gemensamma teman som var kopplade till studiens syfte och frågeställningar.

### *Urval*

Kriterierna för urvalet av deltagare i studien var att personen skulle vara en legitimerad familjeterapeut med erfarenhet av familjebehandling av späd- och småbarnsfamiljer. Med spädbarn avsågs barn i åldern 0-12 månader och med småbarn<sup>1</sup> avsågs barn mellan 1-3 år. Studien grundade sig på ett bekvämlighetsurval eftersom författaren ville ha specifika utsagor från urvalsgruppen. Således kontaktades familjeterapeuter på Barn- och Ungdomspsykiatriska mottagningar. Namnförslag på aktuella informanter gavs även från Monica Hedenbro (Med.dr) och Ingegerd Wirtberg (docent), båda legitimerade familjeterapeuter med egna erfarenheter och gedigna kunskaper inom ämnesområdet. Totalt kontaktades åtta legitimerade familjeterapeuter av författaren. Alla tackade ja till att delta i studien efter informerat samtycke.

### *Undersökningsdeltagare*

Samtliga undersökningsdeltagare var kvinnor. Åldern varierade mellan 41 – 65 år. De var fem socionomer och tre psykologer. Antal år sedan de tog familjeterapeutexamen varierade mellan 10 – 28 år. Alla hade minst sex års erfarenhet av att jobba med späd- och småbarnsfamiljer sedan de blev legitimerade familjeterapeuter. Några var utöver det barn- och ungdomsterapeuter, andra var psykoterapihandledare eller utbildade sig till handledare. En informant hade forskat i spädbarnspsykologi. Alla utom en kvinna arbetade med späd- och småbarnsfamiljer vid intervjutillfället. De flesta arbetade på BUP-mottagningar eller spädbarnsverksamheter i södra och mellersta Sverige, ett par undersökningsdeltagare hade egna mottagningar. Samtliga hade vidareutbildningar i samspelsbehandling och/eller

---

<sup>1</sup> Även kallad koltbarn i studien

föräldrahjälpsprogram av olika längd, till exempel Marte Meo, LTP, Theraplay inklusive MIM, BOF och Teijping, Circle of security, The incredible Years etc.

### *Datainsamling*

Först gjordes två provintervjuer för att testa intervjuguiden, som fungerade väl. Författaren kontaktade därefter åtta legitimerade familjeterapeuter med erfarenhet av arbete med späd- och småbarnsfamiljer. Kontakt togs via mail, där författaren presenterade sig själv, hur författaren hade fått kännedom om terapeutens namn, syftet med studien och den planerade datainsamlingen som skulle ske genom intervjuer samt en förfrågan om den vidtalade terapeuten hade möjlighet att delta i studien. Information om anonymitet och frivillighet samt kontaktuppgifter till författaren gavs så att terapeuterna hade möjlighet att ställa frågor om studien och dess upplägg vid behov. Informationsmailet såg lite olika ut beroende på vem som hade förmedlat kontakten till författaren, men var utformat på ett likartat sätt till alla terapeuterna. Fem intervjuer skedde på respektive informants mottagning, tre informanter intervjuades via telefon. Samtliga intervjuer spelades in på författarens mobiltelefon med informanternas tillåtelse för att möjliggöra för den senare databearbetningen av intervjumaterialet. Varje intervju tog mellan 60-90 minuter och författaren genomförde själv samtliga intervjuer under februari och mars, 2015. Ljudkvaliteten på en telefonintervju höll en undermålig kvalitet, varvid informanten kompletterade sina uppgifter och svar i ett skriftligt dokument.

### *Analys*

Metoden som användes för att analysera intervjumaterialet var induktiv tematisk analys inspirerad av Graneheim & Lundman (2008). Direkt efter varje intervju transkriberades den ordagrant av författaren på dator. All transkriberad text, analysenheten, lästes igenom upprepade gånger för att upptäcka speciella mönster i svaren. Meningar eller fraser som innehöll relevant information för frågeställningarna plockades ut. Omgivande text och fraser fick vara kvar i så kallade meningsbärande enheter. Dessa kortades ner och förtätades i syfte att minska textmassan i så kallade kondenserade enheter. De kondenserade enheterna grupperades in i huvudteman vilka utgjorde det faktiska innehållet och täckte alla data som svarade på studiens syfte och frågeställningar. Inget hamnade mellan två huvudteman eller sorterades in i fler än ett huvudtema. Flera subteman uppstod varav vissa delades upp i kategorier, där det underliggande innehållet i intervjuerna redovisades (bilaga 2). Analysprocessen gav sammanlagt fyra huvudteman. Dessa var: 1. Arbetsförhållanden, 2. Behandlingsprocessen, 3. Möjligheter och hinder, 4. Framtiden för familjeterapi med späd-

och småbarnsfamiljer. Huvudtema 2: Behandlingsprocessen delades in i fyra subteman och sju kategorier (bilaga 3). För att säkerställa att tolkningarna inte var för utsvävande lät författaren en barnpsykolog läsa igenom analysprocessen och kritiskt granska tillvägagångssättet. Barnpsykologens tolkning av analysen stämde väl med författarens.

### *Etiska överväganden*

Sedan den 1 januari 2004 finns etikprövningslagen som utformats utifrån Helsingforsdeklarationen. Etikprövningen gäller dock inte arbeten på högskolenivå (Vetenskapsrådet, Svensk författningssamling 2003:460). De forskningsetiska principerna, så som ställningstagande av nytta av denna studie, eventuell påverkan på undersökningsdeltagarna och deras informerade samtycke har dock varit vägledande och tagits i beaktande. Ljudupptagningar, filer och skriftliga dokument med de transkriberade intervjuerna raderades efter färdigställandet av studien för att garantera anonymitet. Vidare har författaren efter bästa förmåga följt Vetenskapsrådets riktlinjer genom att redogöra för hur datainsamling och analysprocessen har gått till. Godkännande om att få genomföra studien från aktuell verksamhetschef samt informerat samtycke från de enskilda informanterna bedömdes vara tillräckligt för att fullfölja studien. Författaren kontaktade även Etikprövningsnämnden i januari 2015, för konsultation.

## RESULTAT

Resultatet beskrivs utifrån de fyra huvudteman som framkommit efter analysprocessen och förtydligas med belysande citat.

### **Tema 1. Arbetsförhållanden**

De flesta av de åtta informanterna ingick i något som kan kallas för småbarnsteam, där exempelvis ärenden fördelades, behandlingskonferenser hölls och handledning gavs. Barnen som kom var sällan äldre än sex år. Alla informanter uppgav att de arbetade med samspel och familjeterapi. Några informanter arbetade på mottagningar där bara spädbarnsfamiljer togs emot, medan andra arbetade på mottagningar där de tog emot allt från gravida och nyblivna föräldrar till barn- och ungdomar upp till 18 år. Merparten gjorde neuropsykiatriska utredningar, medan få enbart hade terapier och behandlingar. Några mottagningar hade gruppbehandlingar för späd- och småbarnsfamiljer. Alla informanter uppgav att de var vana vid att samarbeta med andra vård- och sociala hjälpinstanser kring späd- och småbarnsfamiljerna, så som vuxenpsykiatri, barnavårdcentralen och socialtjänsten. Flera

informeranter vittnade om att det inte fanns så mycket utrymme till att genomföra terapier eller längre behandlingar på grund av tidsbrist och effektiviseringskrav. Många nämnde att neuropsykiatriska utredningar och korta behandlingskontakter prioriterades på deras arbetsplats. Även föräldrar kunde söka hjälp och önska sig utredningar och snabba lösningar för sina späd- och småbarn.

*"Föräldrar kan ju fort tänka ADHD bara för att tvååringen inte kan sitta stilla och hoppar i soffan hur länge som helst. Istället för att tänka: hon kanske gör så för att hon tycker att det är roligt. Det är mycket det här med vad samhället har för attityder och tolerans mot något."*

## **Tema 2. Behandlingsprocessen**

Informeranterna vittnade om att de mer eller mindre alltid hade ett familjeterapeutiskt "tänk" i grunden när de träffade späd- och småbarnsfamiljerna.

*"De systemiska tankegångarna är ju mitt sätt att jobba. Det är mina vässade verktyg. Där jag känner att jag har utvecklat något som stämmer för mig. Jag skulle inte kunna jobba på något annat sätt. Det är verkligen integrerat i mig."*

### ***Bedömningssamtal***

De flesta kombinerade det familjeterapeutiska tankesättet, med att även tänka på individen i gruppen, det vill säga hur det kunde vara för den enskilde familjemedlemmen att vara en del av just det här familjesystemet. Informanterna ansåg att det flexibla tankesättet underlättade både för förståelsen för individen och alliansarbetet, men också för förståelsen hur familjesystemet fungerade. De nämnde att de hade en familjeterapeutisk ansats i bedömningssamtalen genom att de lade vikten vid familjerelationerna och samspelet mellan familjemedlemmarna i relation till problemet.

*"...liksom... På vilket sätt blir det här svårt för er?"*

Bedömningssamtalen lade ofta grunden till den terapeutiska alliansen mellan familjemedlemmarna och terapeuten. Informanterna uppgav således att de kunde pendla mellan att visa föräldrarna förståelse och mentalisera dem och samtidigt ha barnets perspektiv i förgrunden och mentalisera det.

### ***Familjemedlemmarnas närvaro***

Det var självklart för informanterna att bjuda in båda föräldrarna till bedömningssamtalen. De beskrev att det kändes viktigt att träffa båda föräldrarna ur ett familjesystemiskt- och samspeleperspektiv.

*”Jag tänker ju alltid båda föräldrarna ur ett familjeterapeutiskt perspektiv. Jag utgår ifrån att båda är lika engagerade även om svårigheten bara visar sig hos den ena.”*

Det var ofta barnets ålder som avgjorde om de var med på bedömningssamtalen eller inte. Spädbarnen var nästan genomgående med vid bedömningssamtalen. Om föräldrarna hade mycket eget att berätta togs förskolebarnen inte alltid med. Informanterna tyckte att det handlade om sunt förnuft och vad som var nödvändigt för barnet att höra. Vissa terapeuter hade som utgångspunkt att enbart föräldrarna skulle närvara vid bedömningssamtalet, så att föräldrarna kunde känna sig fria att uttrycka sina svårigheter i relation till sitt barn. De ansåg att det underlättade alliansskapandet och hjälpte dem att förstå föräldrarnas behov bättre när barnet inte var med. Skälet till att enbart träffa föräldrarna kunde också vara att det underlättade bedömningen, huruvida det räckte med ett rådgivande samtal eller om det var barnpsykiatri och att de därmed skulle påbörja en behandlingskontakt.

*”Ibland har föräldern själv så stora behov och svårigheter att man liksom inte kan hoppa över det. De behöver känna att jag kan sätta mig in i deras värld, liksom ”hold the parents mind in my mind”. Att de känner sig bekräftade, förstådda och mottagna.”*

Andra terapeuter och/eller mottagningar hade som utgångspunkt att barnen alltid skulle vara med. Skälet till det kunde vara att bedömningen skulle bygga på barnets symtom. Många informanter ansåg också att barnet levde i den miljön som familjen visade upp för terapeuten och att de därmed kunde visa upp hela ”familjedansen” i rummet. Informanterna nämnde vikten av att alla familjemedlemmar fick höra samma sak. De uppgav att barnet på det sättet kunde få en känsla av att de alla delade på upplevelsen, att de var där för att få hjälp och att de skulle göra något åt det tillsammans med en annan vuxen.

*”Man pratar med alla i familjen, även med små barn. Man skapar en samtalssituation som liksom är anpassad till barnets nivå. Att tänka att det här samtalet har betydelse även för barnet och att det här är ett familjesamtal.”*

I de fall där informanterna arbetade tillsammans med en kollega, hände det att de delade upp sig så att den ena behandlaren fokuserade på barnet och den andra på föräldrarna. Syskon var med på bedömningssamtal vid enstaka tillfällen. Ofta handlade det då om yngre syskon som inte hade börjat på förskolan än. Några informanter uppgav dock att de bjöd in syskon medvetet. Äldre syskon och även mor- och farföräldrar kunde efter önskemål och behov också bjudas in i ett senare skede. Det var mindre vanligt att de deltog i bedömningssamtalet.



### *Bedömningssamtalens innehåll*

Några informanter berättade att de genomgående filmade bedömningssamtalen för att senare få hjälp av kollegor att göra korrekta bedömningar av familjens hjälpbehov, styrkor och svårigheter. Filmen granskades således ur ett diagnostiskt perspektiv, både utifrån familj och samspel och medicinskt/barnpsykiatriskt. Vidare uttryckte informanterna vikten av en tydlig sammanhangsmarkering vid bedömningssamtalen så att alla parter var medvetna om vad syftet med samtalen var. Fokus var att ringa in familjens upplevda problem och utmynnade antingen i ett avslut eller i en muntlig eller skriftlig (vård)överenskommelse mellan terapeuten och föräldrarna för hur de skulle gå vidare.

För att försöka förstå svårigheterna, familjen och de enskilda familjemedlemmarna i sitt sammanhang kartlades flera system och delsystem. Även familjens historia och framtidsperspektiv undersöktes. Informanterna uppgav att de utifrån ett familjeterapeutiskt perspektiv kunde ta en epikris i form av en detaljerad beskrivning av parets resa in i föräldraskapet, parets historia, graviditet, förlossning och första tiden som föräldrar för att få en bättre förståelse för när svårigheterna uppkom. Vidare nämnde informanterna vikten av att undersöka hur familjens nuvarande situation såg ut med upplevda svårigheter, nätverk, resurser och stöd. De kunde även ställa frågor utifrån ett transgenerationellt perspektiv och exempelvis undersöka föräldrarnas anknytningsmönster när det var aktuellt.

*”Jag tror att man som familjeterapeut också kan lyfta upp teman som har med ursprungsfamiljen att göra och som kan vara kopplade till det som de kommer hit med och behöver ha hjälp med nu.”*

Informanterna beskrev att de ofta hade ett salutogent perspektiv där de bland annat hjälpte föräldrarna att omformulera problemen i samspelstermer och fokuserade på familjens styrkor och möjligheter till bättre samspel mellan familjemedlemmarna. Det var dock viktigt att familjemedlemmarna kände sig sedda och bekräftade i sina upplevda svårigheter. Späd- och småbarnens närvaro och samvaro tillsammans med de övriga i samtalsrummet observerades och lade en viktig grund för bedömningen av hur påverkat barnet var av de upplevda svårigheterna.

### ***Behandlingsplan<sup>2</sup>***

När informanterna hade fått tillräckligt mycket information från bedömningssamtalen, delgav de sina bedömningar till föräldrarna. Det var viktigt för alliansarbetet att föräldrarna kände igen sig i terapeutens beskrivning av familjen och deras svårigheter. I en del fall avslutades

---

<sup>2</sup> Kallades på vissa mottagningar för vårdplan

kontakten, i andra fall informerades föräldrarna om vad terapeuten eller mottagningen kunde erbjuda dem. Bara ett fåtal informanter uttryckte specifikt i behandlingsplanen att den föreslagna behandlingsinsatsen skulle vara familjeterapi.

*”Fokus i vårt arbete är barnet i sitt sammanhang. Vi är inriktade på relationsbehandling, vilket kan vara enstaka barnterapi, familjeterapi, föräldraterapi, anknytningsbehandling, Marte meo och föräldraträningsprogram som COS.”*

Informanterna uppgav att de tyckte att det var viktigt att upprätta behandlingsplanen tillsammans med föräldrarna och de uttryckte också vikten av att sammanhangsmarkera för barnet om varför de skulle träffas. Många uppgav att det fanns krav på att ställa diagnos på barnet vilken de ofta kunde uttrycka i samspelstermer enligt exempelvis DC: 0-3<sup>3</sup>.

*”Jag brukar vara rätt snabb med att formulera och fråga barnet: vet du varför vi är här? Jag kollar ju också hur spädbarnet verkar ha det och sedan är det viktigt att lägga fokus på att: Dina föräldrar har en oro och vet inte hur de ska göra.”*

En del familjer träffade terapeuten utifrån att barnet skulle genomgå en neuropsykiatrisk utredning. Dessa föräldrar kom oftast med en stark oro över barnets utveckling och samspelssvårigheter och många hade en svag självkänsla och plågades av skuld- och skamkänslor. De kunde också bära på en sorg över barnet och sitt eget föräldraskap. Andra familjer sökte hjälp för barnets regleringssvårigheter, sömnsvårigheter, mat- och magproblem etc. Åter andra, oftast nyblivna föräldrar kunde söka för att de hade fått en tuff start på föräldraskapet vilket hade påverkat samspelet mellan alla familjemedlemmar, barnets anknytningsmönster och/eller föräldrarnas bindning till barnet. Vid alla dessa svårigheter ansåg informanterna att någon form av psykoedukation, samspelsbehandling eller familjeterapi lämpade sig väl.

### **Arbetsätt**

Informanterna benämnde samtalen/terapin med spädbarns- och småbarnsfamiljerna på olika sätt. De flesta informanter särskiljde inte mellan familjeterapi och samspelsbehandling och några menade att det var samma sak eftersom familjeterapi som inkluderade ett spädbarn eller ett koltbarn tenderade att fokusera på samspelet mellan familjemedlemmarna och föräldrarnas förhållningssätt gentemot varandra och barnet. Alla familjemedlemmars närvaro och deltagande ansågs vara betydelsefullt och viktigt. En informant berättade dock att hon tyckte att det var skillnad mellan familjeterapi och samspelsbehandling eftersom de minsta barnens

---

<sup>3</sup> Diagnostic Classification of Mental Health and Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-3R) Ett deskriptivt mutiaxialt klassificeringssystem för beskrivningar av utvecklingsförseningar och beteendevikelser hos barn yngre än 4 år.

abstraktions- och kommunikationsförmåga inte var tillräckligt utvecklade för att kunna medverka i familjeterapeutisk terapi. Hon valde familjeterapi när barnet tidigast var i förskoleåldern. Informanterna nämnde även andra behandlingsformer som exempelvis spädbarnsgrupper och lek- och barnsamtal, men då dessa interventioner och samtal hamnar något utanför ramen för denna studie, har författaren valt att endast nämna att de förekommer som arbetssätt och behandlingsmetod.

### *Föräldra- och familjesamtal*

Spädbarnen var nästan regelmässigt med i alla samtal. I föräldrasamtalen var det inte självklart att koltbarnen var med. I familjesamtalen däremot försökte informanterna få alla i familjen att delta och ibland bjöds även viktiga närstående in. Föräldrasamtalen och familjesamtalen kunde ha psykoedukativa inslag och en stöttande och rådgivande funktion. Terapeuten och familjen kunde till exempel prata om hur föräldrarna konkret kunde hjälpa barnet och varandra och även ta hjälp av sitt nätverk, om det var möjligt. De flesta hade en lösningsfokuserad och salutogen inriktning på samtalen. Många hjälpte också föräldrarna att få nya perspektiv genom att exempelvis externalisera problemet och skapa nya narrativ. Informanterna uppgav att föräldrasamtal lämpade sig väl för föräldrar som till exempel var osäkra i sin föräldraroll, som hade svårigheter att stötta varandra, som starkt identifierade barnet som problemet eller som hade många egna belastningar och stora egna behov. Föräldrasamtalen kunde kombineras med familjesamtal, samspelsbehandling eller familjeterapi.

### *Psykoedukation*

När föräldrar hade många frågor och upplevde svårigheter i sitt föräldraskap kunde samtalen vara mer psykoedukativa. Det var vanligt att informanterna hjälpte till att tolka barnet och vara dess språkrör. De kunde till exempel hjälpa föräldrarna att tona in och läsa av barnet i rummet för att bättre kunna möta det och dess behov.

*”Om man har tur så visar sig svårigheterna i rummet, nästan som en iscensättning. Då kan man prata om det rent praktiskt och psykoedukativt och känslomässigt vad som blir svårt för var och en.”*

Informanterna berättade att många föräldrar behövde hjälp med att förstå vad som var normalutvecklingen hos ett spädbarn eller ett koltbarn. Samtalet kunde då handla om vad som var barnets naturliga sätt att reagera eller agera och vad de kunde förvänta sig av sitt barn. Det sågs som en familjeterapeutisk intervention där informanten hjälpte familjen att återupprätta en sund föräldra-barnrelation.

*”Jag tycker också att det handlar om vad föräldrar lägger på sina barn. Det är inte späd- och småbarnens uppgift att hålla nere stressnivån i familjesystemet.”*

*”Det tycker jag kan hjälpa mig att bara tänka på de där gränserna. Och där är det ju jätteviktigt som familjeterapeut att försöka rubba på platserna så att föräldrarna är föräldrar och barn är barn.”*

Informanterna nämnde att det var viktigt att vara ärlig mot föräldrarna och informera dem om hur viktiga de var för sitt barn och hur mycket spädbarnet behövde deras uppmärksamhet och att känna trygghet i relationen både psykologiskt och fysiskt. Många föräldrar blev hjälpta och fick en ökad förståelse för sina känslor och sitt beteende gentemot sitt barn och sin partner utifrån samtal om anknytning, flergenerationsperspektiv och det speciella med att befinna sig i den del av livsrytmen där de precis hade blivit en ny familj.

*”Jag tycker att det är många föräldrar som känner igen sig i det här med hur de är eller inte är mot sitt barn utifrån sin egen anknytning... och det är viktigt att berätta att det går att göra annorlunda med sitt eget barn”*

### *Samspelsbehandling*

Familjemedlemmarnas påverkan på varandra, relationen och kommunikationen mellan familjemedlemmarna och synliggörandet av barnets ”röst” i form av dess behov och signaler var i fokus för samspelsbehandlingarna. Samtal om vad som skedde mellan familjemedlemmarna i rummet var vanligt. Många informanter filmade familjerna för att synliggöra viktiga aspekter av familjens samspel för föräldrarna. Vid genomgång av filmsekvenser med föräldrarna användes ofta familjeterapeutiska interventioner av olika slag, exempelvis cirkulära frågor som inkluderade barnet. Filmerna gav reflektionsutrymme och samtalsunderlag för både terapeuten och familjen. Informanterna angav att de använde sig av exempelvis Marte Meo i samspelsbehandlingarna, även MIM, Theraplay, BOF och LTP nämndes.

*”Vi går igenom delar av filmen tillsammans och jag har varit med om föräldrar som verkligen skrattar för att de gör så tokiga saker eller också att det går upp för dem hur mycket de hackar på någon. Man kommer på saker om barnet också, hur kompetent det är som de aldrig har sett tidigare.”*

### *Familjeterapi och familjeterapeutiska interventioner*

Alla informanter ansåg att de bedrev familjeterapi i någon form med späd- och småbarnsfamiljerna.

*”Jag känner mig helt klar över att jag bedriver familjeterapi i småbarnsfamiljer! Tycker det är självklart att ha fokus på barnets hela familjesystem och ha koll på hur till exempel arbete med en föräldra-barnrelation påverkar övriga relationer i familjen.”*

Informanterna poängterade att det i samtalet med mamman och pappan var viktigt att göra barnet synligt. Föräldrarnas röst var ibland så stark att barnet, dess röst och behov hamnade i skymundan. De poängterade också vikten av att som terapeut kunna mentalisera kring barnet och även hjälpa föräldrarna med det. Att som terapeut kunna mentalisera föräldrarna var också viktigt för förståelsen för hur familjens samvaro och samspel såg ut och fungerade.

För att involvera spädbarnen i de familjeterapeutiska samtalen ordnades både fri och strukturerad lek. Med spädbarnen och de minsta barnen kunde det vara fri lek på madrasser på golvet. Det vanligaste var att föräldrarna lekte tillsammans med sitt barn. I den strukturerade leken fick föräldrarna instruktioner i hur de skulle göra. Det kunde ske i samband med exempelvis LTP, MIM och Theraplayinterventioner. Informanterna kommunicerade mestadels med koltbarnen via lek, men även samtal anpassade till barnets nivå förekom. Under leksituationerna kunde informanterna ha samtal med föräldrarna och barnet där de tillsammans kunde prata om vad som gestaltades eller lyfta och förstärka positiva stunder alternativt stötta i svåra situationer.

Informanterna berättade att det var olika familjeterapeutiska teorier och terapeuter som hade inspirerat dem i det dagliga arbetet. De kunde ställa skalfrågor, cirkulära frågor, mirakelfrågor och så vidare eller visualisera familjen, nätverket, stödet eller svårigheterna med hjälp av iscensättningar, gestaltningar eller rita en familjekarta tillsammans med familjen.

*”Jag brukar ställa cirkulära frågor även om barnet är litet och även genom föräldrarna, men jag brukar också ställa det direkt till barnen så fort de är tillräckligt verbala. Hur vet du att pappa är arg? Och föräldrarna blir oftast förvånade och kan plötsligt få syn på sitt barn.”*

Vidare kunde de växla mellan innehåll och process i samtalet, göra positiva omformuleringar, ge hemuppgifter och ha uppföljningar av dessa. De kunde ha samtal om roller, rollfördelningar, anknytning etc. En informant nämnde att hon använde sig av ett familjespel för småbarnsfamiljer, Family System Test<sup>4</sup>, när orden inte räckte till.

*”Om det inte fungerar bra med samtal, om man kanske inte är så verbal brukar jag använda Family System Test. De flesta småbarn förstår det där med att vara nära, vem tittar på vem och vem bestämmer. Jag gör det med spädbarnsföräldrar också för det är intressant hur föräldrarna sätter spädbarnet och kanske något syskon i förhållande till varandra.”*

---

<sup>4</sup> Ett familjespel där man har dockor som representerar olika familjemedlemmar som placeras ut på en spelplan av familjemedlemmarna. Terapeuten ställer sedan frågor om familjen till exempel hur en vanlig dag, en idealisk dag eller hur en konflikt kan se ut. Vem är nära vem? Vem tittar på vem? osv.

Informanterna kunde hjälpa föräldrarna och ibland även barnet att externalisera problemet. De använde till exempel dockor eller andra leksaker för visualisera det. På det sättet lade de problemet utanför någon person och kunde titta på svårigheten utifrån, med utgångspunkt från de olika familjemedlemmarnas perspektiv.

*”Jag tänker systemiskt att en svårighet i familjen kan vara som en del av systemet. Som en fjärde eller en femte familjemedlem och att familjen behöver hitta ett sätt att förhålla sig till det här i sin familj. Jag brukar använda mig av de här dockorna där även symtomet gestaltas.”* (visar med trädockor).

I terapisaamtal med spädbarnsfamiljerna använde sig informanterna mycket av det som spädbarnet visar upp i rummet. Barnets aktivitet, skrik, sömn, fäktande med armar, blick etc fick ibland guida det terapeutiska samtalet.

*”Det finns möjligheter i rummet. Där barnet visar vägen och det kan man utnyttja. Mycket handlar om att sätta ord på vad barnet gör och vara nyfiken kring det. Jag mentaliserar högt.”*

Familjerna filmades ibland och filmerna användes i det familjeterapeutiska arbetet för att underlätta för föräldrarna att ta de olika familjemedlemmarnas perspektiv, precis som i samspelsbehandlingarna. Båda föräldrarna gavs möjlighet till att komma till tals, reflektera och ge sitt perspektiv. Informanterna vände på begrepp och kom med utmanande påståenden för att samtalet skulle bli ”lagom annorlunda”, men ändå få föräldrarna att tänka till.

*”Liksom: Vad bra att ditt barn kan signalera att han är så ledsen och arg, till er! Om han inte hade visat något så skulle ni inte kunnat hjälpa honom med det. Det gillar jag i familjeterapin! Att det är så mycket fokus på resurserna och att skifta fokus från det negativa till det salutogena.”*

De salutogena faktorerna, samspel och nya fungerande sätt att kommunicera, det hälsosamma och resurserna i familjen och hos de enskilda familjemedlemmarna lyftes ofta fram och stöttades. Informanterna beskrev att de genom att omformulera svårigheterna i samspels- och relationstermer kunde prata med föräldrarna om deras oro eller sorg över barnet, längtan efter det etc. Några informanter nämnde att det kändes angeläget att de direkt vände sig till spädbarnet eller koltbarnet och tilltalade det och hade samtal med det. En sådan intervention kunde också bli betydelsefullt för föräldrarna när barnet blev synliggjort på det sättet.

*”Jag tänker att det spelar ingen roll hur gamla de är egentligen, man kan ju berätta och prata med bebisar också. Och det blir ju också en kommunikation till föräldrarna, att det går att prata om de här sakerna, att man kan benämna det.”*

Informanterna tyckte att det kändes naturligt att ha barnen med i det familjeterapeutiska samtalsrummet. De uppgav att de var trygga i sitt förhållningssätt och att de kunde kommunicera och samspela med alla, liten som stor. De nämnde att de var vana vid att delvis

ha lite ”annorlunda” samtal, kanske med upprepade avbrott eller sittande tillsammans med familjen på golvet.

*”Ja, jag älskar dem! Jag känner mig absolut inte obekvämt med de här små.”*

### **Avstämning, utvärdering och avslut**

Informanterna tog upp vikten av att göra sammanhangsmarkeringar då och då om varför de träffades, också för det lilla barnet. Det blev ett sätt att förankra vad de hade sett och hört och att de hade uppfattat både svårigheterna och styrkorna hos de enskilda familjemedlemmarna och inom familjesystemet. De stämde kontinuerligt av med familjerna, om de tyckte att de jobbade med rätt saker under behandlingskontakten eller om de behövde ändra fokus.

*”För att komma vidare är det viktigt med utvärderingar. Är vi på rätt väg? Det är också viktigt som terapeut att förmedla till föräldrarna vad man känner i samspelet med barnet.”*

Avslutningen planerades i samförstånd med familjen i de flesta fall. Oftast var det barnet som inte längre uppvisande symtom och/eller föräldrarnas känsla av att samvaron tillsammans var mer hanterbar, som ledde till avslutning. En del familjer kunde känna sig klara och själva uttrycka att de inte ville fortsätta längre. Andra familjer hade svårt att avsluta och informanterna fick hjälpa till och stötta föräldrarna i att tro på sin föräldraförmåga. Oftast var det sista samtalet ett tillbakablickande, reflekterande, sammanfattande och stöttande samtal med föräldrarna, där även barnet hade en central roll. Informanterna berättade att de själva gärna ville höra och känna att barnet hade det bättre.

*”Jag frågar ju föräldrarna hur de märker på den lilla att det är bättre, inte bara deras känsla utan hur de konkret ser det på barnet. Det är jag noga med. Ibland är det ju så att spädbarnet bara får hänga med när de vuxna mår dåligt. Det är ju så med det systemiska att bara för att en mår bättre så mår inte alla bättre nödvändigtvis. Det kan ju till och med vara så att någon annan börjar visa symtom.”*

*”Man frågar familjen: Hur har det förändrats? Är det någon skillnad? Hur ser eller märker ni det? Man utvärderar alltså.”*

Observationer av barnet, så som muskeltonus, blickkontakt, allmän tillfredsställelse etc kunde ge information om hur barnet hade det. Även informanternas egna känsla av hur samspelet med barnet kändes i rummet gav viktig information. Informanterna nämnde sin egen förmåga till mentalisering och intersubjektivitet som en ovärderlig hjälp i avslutningen av det familjeterapeutiska arbetet.

Det var vanligt att uppföljningssamtal planerades in tillsammans med familjen en viss tid efter avslut som ett ”förlängt hållande” och uppföljning. Familjerna var också välkomna att kontakta terapeuterna eller mottagningen vid behov efter avslutad behandling.

### **Tema 3. Möjligheter och hinder**

Informanterna vittnade om att det krävdes mycket fantasi, humor, kreativitet, lek och uppfinningsrikedom i arbetet med de små barnen och deras familjer. De beskrev att det ofta kunde vara det lilla barnet som drev fram lusten och gav kraft till den terapeutiska förändringen hos föräldrarna. Vidare berättade de att de tyckte att det var lättare att få med alla i familjesystemet och engagera syskon och äldre generationer när det gällde de minsta barnen. Särskilt påtagligt var detta för dem som gjorde hembesök. Informanterna uppgav att de naturligt arbetade med många fler system och familjens nätverk så som förskolan, BVC och vuxenpsykiatri. Några informanter ansåg att det var en fördel att ha de små barnen med i samtalen så att alla i familjen hade hört samma sak, att alla hade blivit hörda/sedda, att de kände att de blev bekräftade och att det hade lyfts frågor och pratats om saker på ett lite annorlunda sätt.

*”...så vet vi ju inte hur mycket spädbarn uppfattar, men vi vet att de uppfattar om man tar dem på allvar.”*

Det som kunde vara svårt med att ha familjeterapeutiska samtal med spädbarns- och småbarnsfamiljer hade bland annat med barnets kommunikation att göra. Det kunde vara svårt att göra barnets röst hört ibland. Vissa föräldrar tyckte att deras behov av att komma till tals gick före barnets behov. Några informanter valde att arbeta med en kollega eller använda sig av psykoedukation för att hjälpa föräldrarna att mentalisera sitt barn och dess situation.

*”Vi försöker alltid att vara två just för att föräldrarna kan ta mycket plats och det är lätt att barnet hamnar ur fokus. Även där behöver barnen kämpa för sin röst för att den ska vara lika giltig.”*

Eftersom de flesta barn i den yngre förskoleåldern har ett begränsat språk, var terapeuten eller föräldrarna många gånger tvungna att försöka förstå och tolka barnet. Detta nämndes av några informanter som vanskligt och att det var av yttersta vikt att vara observant på sitt eget psykologiska bagage. Informanterna talade om den egna förmågan till intersubjektivitet och mentalisering, men också om att inte ta över och tro sig veta bäst. Manualer och observationsscheman kunde vara till hjälp och underlätta tolkningarna.

*”Spädbarnen är alltid med. På gott och ont. Ont för vem har ansvar för barnets kommunikation och tolkning. Vi eller föräldrarna?”*



Något annat som kunde kännas svårt var när barnet eller föräldern var kontaktsökande, men inte fick någon respons från den andra. Informanterna nämnde också att det var svårt att bevittna omsorgsbrist, när föräldrarna inte kändes engagerade i barnet, var skuldbeläggande, la allt ansvar på det eller uttalade sig rent kränkande mot det.

Informanterna tog upp rent praktiska svårigheter med ett ha ett spädbarn eller koltbarn i det familjeterapeutiska samtalsrummet. Det kunde vara blöjor som behövde bytas, barn som behövde ammas. Trötta, ledsna och uttråkade barn som inte kunde sitta stilla eller bara skrek. Andra praktiska hinder kunde vara rumsbrist eller rum som inte var anpassade till deras verksamhet.

*"Ibland kan jag avsluta tidigare för att man märker att nu räcker det för barnet och då tycker jag att det är viktigt att respektera det... Man får ta det lite som det är."*

På ett mer övergripande plan uppgavs svårigheter med att arbeta familjeterapeutiskt med spädbarn- och småbarnsfamiljerna på grund av tids- och resursbrist samt kraven på många besök, korta behandlingskontakter och neuropsykiatriska utredningar.

#### **Tema 4. Framtiden för familjeterapi med spädbarn- och småbarnsfamiljer**

Några informanter nämnde att de kände oro över att familje-, spädbarn- och småbarnsperspektivet skulle försvinna mer och mer från BUP. På vissa mottagningar var informanten den enda på arbetsplatsen som var legitimerad familjeterapeut. Tiden till att träffa andra kollegor med liknande arbetsuppgifter och handledning i småbarnsärenden hade bantats ner och familjeterapeutisk vidareutbildning prioriterades inte. Andra kunde känna viss oro över att kollegor i så kallade mottagningsteam utan motsvarande kunskaper tog emot samtal från de hjälpsökande familjerna och kanske avvisade hjälpsökande föräldrar för att de inte uppfattade allvaret. Samtidigt som många nyblivna föräldrar drog sig för att söka sig till barnpsykiatrien med sitt spädbarn. Överlag vittnade dock informanterna om att deras familjeterapeutiska tankegångar och arbetet med de minsta barnen togs emot väl av chefer och kollegor, vilka ofta var intresserade och uppmuntrande.

*"Vi har fått jättefin respons för vårt sätt att tänka systemiskt. Vårt småbarnsteam har hittat ett bra sätt att arbeta och integrera det familjeterapeutiska sättet."*

På några mottagningar genomsyrade de familjeterapeutiska tankegångarna arbetssättet. En del informanter kände sig upplyfta av sin arbetsgivare och peppade till att få utveckla sina idéer och arbetssätt med spädbarn- och småbarnsfamiljerna. Det hade satsats på vidareutbildningar och många hade utarbetat väl fungerande verksamheter eller spädbarn- och småbarnsteam.

*”Jag tycker det är fantastiskt roligt att arbeta med småbarnsfamiljer! Där finns så mycket engagemang, kraft och tillväxtutrymme – även om problematiken är nedslående. Och ständigt, efter så många år, gör jag nya erfarenheter, känner mig fortfarande nyfiken och känner att jag behöver veta mer!”*

## D I S K U S S I O N

Resultatet av den här studien visar att späd- och småbarnen har en central plats i det familjeterapeutiska samtalsrummet, att familjeterapeutiska samtal och samspelsbehandling oftast vävs in i varandra och lämpar sig väl i arbetet med späd- och småbarnsfamiljerna samt att tidsbrist och en känsla av att det familjeterapeutiska förhållningssättet tappar mark på vissa mottagningar utgör ett hinder i det familjeterapeutiska arbetet.

### **Resultatdiskussion**

Informanterna i den här studien anser att de kan bedriva familjeterapi med späd- och småbarnsfamiljer. När passar det väl bättre att arbeta med familjeterapi om inte när en familj precis har blivit till? Föräldrarna är mer öppna för förändring vid denna tidpunkt i livet (Stern, 1995) och negativa kommunikations- och samspelsmönster kan brytas i ett tidigt skede (Aarts, 2008; Fivaz-Depeursinge et al, 2004). Med tanke på barnets förmåga till kommunikation, affektavläsning, den växande kapaciteten för primär intersubjektivitet och mentalisering, finns det inga skäl till att förpassa det lilla barnet in i hörnet av samtalsrummet!

### *Familjeterapi med späd- och småbarnsfamiljer*

Studien visar att det krävs en hel del av terapeuten i det familjeterapeutiska arbetet med späd- och småbarnsfamiljerna, bland annat flexibilitet, kreativitet, en god mentaliseringsförmåga och förmåga till intersubjektivitet. Chefsstöd, handledning, fortbildning och tid till att få filma familjerna beskrivs också som viktiga komponenter för att hålla en god kvalitet. Vissa terapeuter upplever att de har goda förutsättningar till att utveckla sitt familjeterapeutiska arbete, medan andra saknar det.

Informanterna gör inte någon större skillnad mellan samspelsbehandling och familjeterapi. De påtalar att de systemiska tankegångarna finns i båda arbetssätten till exempel i arbetet med samspelet mellan familjemedlemmarna, vilket påverkar familjeklimatet och hur familjen mår (Gottman, 1996; Huth-Bocks et al, 2011). Informanterna hjälper bland annat föräldrarna att omformulera problemen i samspelstermer och fokuserar på familjens styrkor och möjligheter till bättre samspel mellan familjemedlemmarna, ett förhållningssätt som går i linje med det

familjeterapeutiska synsättet. En annan beröringspunkt är kommunikationen som alltid har varit en viktig komponent i både familjeterapi och samspelsbehandling och eftersom spädbarn är kapabla till att samspela och kommunicera redan från födseln, gäller det för terapeuten och föräldrarna att upptäcka och ta fasta på det i behandlingen, vilket de också gör, enligt denna studie.

### *Möjligheter och hinder med att arbeta familjeterapeutiskt*

Informanterna vittnar om att barnet är en aktiv deltagare när det gäller samspel och kommunikation i samtalen. Den här studien visar att de familjeterapeutiska interventionerna många gånger tar avstamp ifrån barnets kommunikation och aktivitet. Barnet hamnar på så sätt i fokus.

Anknytningsbeteendet hos barnet ses som starkast när barnet är mellan ett till tre år (Bolwby, 1980), en tid i livet då informanterna träffar de hjälpsökande familjerna. Familjeterapi och samspelsbehandling torde därför vara en viktig insats med syfte att stärka föräldrarnas binding till sitt barn och trygga anknytningen hos barnet. Bakermans-Kranenburg et al. (2005) fastslog att barns beteende lättare ändras om föräldrarna får hjälp med att stärka sin förmåga att läsa av barnet, vilket ju sker i de familjeterapeutiska samtalen och i samspelsbehandling, enligt informanterna. Forskare och psykologer har konstaterat att barnet speglar sig själv i interpersonella relationer och att det med hjälp av dessa speglingar kan utveckla både sitt själv, sin intersubjektivitet (Stern, 2004), trygga sin anknytning (Broberg et al, 2006) samt utveckla sin empati och mentaliseringsförmåga (Havnesköld & Risholm-Mothander, 2009). Med en ökad nyfikenhet på sitt barn, med hjälp av exempelvis videofeedback, kan föräldrarna hjälpa barnet att utveckla alla de ovan nämnda egenskaperna och förmågorna.

Informanterna påtalar att de ibland får kämpa för det lilla barnets röst, vilket även bekräftas i Cederborgs studie (1994a). Vidare framkommer olika syn på koltbarnens förväntade närvaro vid exempelvis bedömningsamtalen. Studier har visat att många terapeuter upplever svårigheter att inkludera förskolebarnen i det familjeterapeutiska arbetet (Cederborg, 1994a; Wilson, 2011). Informanterna anger flera skäl till varför koltbarnen inte är med vid vissa samtal, men kan det också vara så att det upplevs som svårt att ha med koltbarnen i vissa samtal för att de förstår mycket mer än vad de kan uttrycka?

### *Slutdiskussion*

Får familjeterapin med spädbarn- och barnperspektiv plats inom barnpsykiatri idag? Flera informanter uppger svårigheter med att arbeta familjeterapeutiskt med spädbarn- och småbarnsfamiljerna på grund av tids- och resursbrist samt effektiviseringskrav. Att arbeta med spädbarn- och småbarnsfamiljer måste kanske få gå både fort och långsamt. Fort, därför att ett spädbarn eller ett koltbarn inte kan vänta eftersom svårigheter sätter sina spår hos den lilla individen. Långsamt, därför att nya sätt ”att vara tillsammans” är en process som inte kan tvingas fram. Det finns också en viss oro hos några av informanterna över det minskade antalet familjeterapeuter som arbetar med de minsta barnen och att den viktiga familjeterapeutiska kunskapen därmed försvinner. Enligt Ringborg (2011) utövar man familjeterapi när alla inblandade har kommit överens om att det är familjeterapi som man ska genomföra. Många av informanterna i den här studien uttrycker inte det så tydligt i vårdöverenskommelsen eller i behandlingsplanen. Men kanske är det viktigt att familjeterapeuter blir tydligare med att visa och benämna vad de gör, eftersom deras arbetsinsatser och kunskaper värdesätts och uppskattas av både chefer och kollegor, samtidigt som upplevelsen är att familjeterapin tappar mark på arbetsplatsen. Vidare har många av informanterna svårt att beskriva skillnaden mellan familjeterapi och samspelsbehandling eftersom de båda behandlingsformerna har många beröringspunkter med varandra. Om familjeterapin breddade sin mark och inkluderade samspelsbehandling som en del av familjeterapins många inriktningar skulle kanske familjeterapeuter lättare kunna hävda att de utför familjeterapi som en behandlande åtgärd för spädbarn- och småbarnsfamiljerna. Går det på ett tydligare sätt att integrera samspelsbehandling och familjeterapi med spädbarn- och småbarnsfamiljerna i teorin och i praktiken? En fråga som är väl värd att studera vidare och fördjupa sig i.

### **Metoddiskussion**

Den valda metoden ansågs vara den mest lämpliga för att kunna uppnå studiens syfte och besvara frågeställningarna.

### *Urval*

Urvalskriterierna var ganska snäva vilket medförde att undersökningsdeltagarna handplockades utifrån rekommenderade kontakter. Den selekterade rekryteringen torde dock inte ha påverkat resultatet nämnvärt eftersom informanterna hade de erfarenheter och kvalitéer som eftersöktes. En spännvidd på svaren uppnåddes genom att variationen hos informanterna fanns i deras erfarenheter som terapeuter och deras skilda arbetsförhållanden.

Studien kan därmed sägas ha en viss generell giltighet, om än begränsad. Inga män deltog i studien, vilket till viss del speglar den kliniska verkligheten.

### *Datainsamling*

Intervjuer är ett samspel mellan den som intervjuar och den som blir intervjuad. Intervjuaren som person kommer oundvikligen att påverka intervjun och informanterna. Eftersom alla intervjuer genomfördes av samma person, författaren, torde dock inte själva intervjusituationen ha skilt sig åt väsentligt från gång till gång. Intervjuguiden fungerade väl under intervjuerna då upplevelsen var att alla informanterna genomgående gav utförliga svar och kände att de kunde ställa frågor om något kändes oklart för dem. Intervjuaren fick en god kontakt med samtliga informanter trots att några intervjuer skedde via telefon. En telefonintervju hade dålig ljudkvalitet, men författaren anser inte att det har påverkat intervju svaren eller resultatet eftersom informanten kompletterade sina uppgifter i ett skriftligt dokument.

### *Analys*

Den kvalitativa forskningsmetoden innebär alltid ett visst mått av subjektivitet vid datainsamling och tolkning av data. För att undvika detta i så hög grad som möjligt har författaren försökt att medvetet lyssna aktivt, nyfiket och inte ta svaren för givna under intervjuerna. Bearbetningen av allt material har kritiskt granskats av en oberoende barnpsykolog vars analyser och tolkningar visade sig ha en god samstämmighet med författarens. Interbedömarreliabiliteten bör således vara godtagbar.

### **Slutsats**

Man vet idag att det lilla barnet har en fantastisk förmåga och kompetens till kommunikation och samspel och att svårigheter i familjen kan skada dess utveckling. Utifrån svaren från denna, förvisso begränsade, studie är det rimligt att dra slutsatsen att det går att bedriva familjeterapi med spädbarn- och småbarnsfamiljer där alla familjemedlemmar inklusive det lilla barnet får utrymme, om än via sina föräldrar. Terapeuterna möter säkerligen utmaningar i sitt arbete med dessa familjer som befinner sig i ett mycket speciellt skede i livet, men det är dags att ta det lilla barnet i handen och föra ut det till resten av familjen i det familjeterapeutiska samtalsrummet!

## LITTEAURLISTA

- Aarts, M. (2008). *Marte meo: Basic manual*. 2:a uppl. Marte Meo International, Aarts Proudction.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., & Juffner, F. (2005). Disorganized Infant Attachment and Preventive Interventions: A Review and Meta-Analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26, 191-216.
- Bateson, G. (1998). *Mönstret som förbinder*. Stockholm: Mareld.
- Bernstad, K., Brodén, M., Hallin, A., Kabele Senja, M., & Palander, M. (2015). *Barn- och ungdomspsykiatri i Skåne. Regionalt vårdprogram för späda och små barn*. Region Skåne.
- Booth, P.B., & Jernberg, A.M. (2010). *Theraplay: Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-Based Play*. 3<sup>rd</sup> Ed. San Francisco: Jossey – Bass, Wiley imprint.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression. Attachment and loss*, vol. III. London: Pimlico.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm-Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur & Kultur AB.
- Cassibba, R., Castoro, G., Costantino, E., Sette, G., & Van Ijzendoorn, M H. (2014). Enhancing Maternal Sensitivity and Infant Attachment Security with video feedback: An Exploratory Study in Italy. *Infant Mental Health Journal*, 36, 53-61.
- Cederblad, M., Petit, B., & Wirtberg, I. (2015). Par- och familjeterapi fungerar! En översikt över internationellt systemisk-, par- och familjeterapiforskning. Svenska föreningen för familjeterapi. <http://www.sfft.se/dokument/Familjeterapifungerar2015-03-09.pdf>
- Cederborg, A-C. (1994 a). Young Children´s Participation in Family therapy Talk. *American Journal of Family Therapy*, 25, 28-38.
- Cederborg, A-C. (1994 b). *Family therapy as Collaborative Work*. Lindköping Studies in Arts and Science. Department of Child Studies. Lindkoping University. Motala: Kanaltryckeriet.
- Dare, C., & Lindsey, C. (1979). Children in Family Therapy. *Journal of Family Therapy*, 1, 253-269.
- Fisher, S.D., Brock, R.L., O' Hara, M.W., Kopelman, R., & Stuart, S. (2015). Longitudinal Contribution of Maternal and Paternal Depression to Toddler Behaviors: Interparental Conflict and Later Depression as Mediators. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 4, 61-73.
- Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A. & Keren, M. (2004). The Primary Triangle: Treating Infants in Their Families. I A.J. Sameroff, S.C. McDonough, & K.L. Rosenblum (Red.) *Treating parent-infant relationship problems. Strategies for intervention*. (sid. 123-151). New York: Guilford Press.

- Fraiberg, S. (1973). *De magiska åren*. Stockholm: Adulus.
- Gottman, J.M., Katz, L.F. & Hooven, C. (1996). Parental Meta-emotion Philosophy and Emotional Life of the Families. *Journal of Family Psychology*, 10, 243-268.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M. & Höglund-Nilsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Havnesköld, L., & Risholm-Mothander, P. (2009). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Liber AB.
- Hedenbro, M., & Lidén, A. (2002). *Att bygga en familj*. Stockholm: Liber AB.
- Holmsten, M. (2007). *Samtalsbilder och teckningar – samtal med barn i svåra situationer*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Huth-Bocks, A.C., Theran, S.A., Levendosky, A.A., & Bogat, G.A. (2011). A social-contextual understanding of concordance and discordance between maternal prenatal representations of the infant and infant-mother attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32, 405-426.
- Høivik, M.S., Lydersen, S., Drugli, M.B., Onsjøien, R., Bergum Hansen, M., & Berg-Nilsen, T.S. (2015). Video feedback compared to treatment as usual in families with parent-child interactions problems: a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 1-20.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (2008). Attachment-Based Interventions: Sensitive Parenting is the Key to the Positive Parent-Child relationships. I P. Holmes., & S. Farnfield (Red.), *Attachment: The guidebook to attachment theory and interventions (sid. 2-31)*. New York, NY: Routledge.
- Lundsbye, M., Sandell, G., Währborg, P., Fälth, T., & Holmberg, B. (2010). *Familjeterapins grunder. Ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process- och kommunikationsteori*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Minuchin, S. (1990). *Livets dans. Familjeterapeutiska tekniker*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Petitt, B. (1995). Familje(?) – Terapi(?) – Teori(?). I K. Hansson, & J. Sundelin (red), *Familjeterapi – tillämpningar ur ett svenskt perspektiv (sid. 358-377)*. Lund. Studentlitteratur AB.
- Ringborg, M. (2011). *Förändrande familjesamtal. En handbok för familjelotsar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Soltvedt, M. (2005). *BOF – Barnorienterad familjeterapi*. Stockholm: Mareld
- Stern, D.N. (1995). *Moderskapskonstellationen. En integrerad syn på psykoterapi med föräldrar och små barn*. Stockholm. Natur & Kultur.

Stern, D.N. (2004). *Ögonblickets psykologi. Om tid och förändring i psykoterapi och vardagsliv*. Stockholm: Natur & Kultur.

Trevarthen, C. (2005). Brain Science and the Human spirit. *Zygon*, 21, 161-200.

Trevarthen, C., & Aitken, K.J. (2002). Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications. *J Child Psychology Psychiatry*, 1, 33-48.

Vetenskapsrådet (2011). Forskning på människor. Besökt 170115 på <http://www.vr.se/etik/etikprovning/forskningpamanniskor.4.2d2dde24108bef1d4a8800077.html>.

Vygotskij, L.S. (1962). *Thought and language*. Cambridge: MIT Press.

Wadsby, M., & Sydsjö, G. (2001). Från graviditet till föräldraskap: en studie av parrelationen. *Nordisk psykologi*, 53, 275-288.

Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer. Om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur & Kultur.

Wilson, J. (2011). *Barnets röst i utredning och behandling*. Lund: Studentlitteratur AB.

Winnicott, D.W. (1993). *Den skapande impulsen*. Stockholm: Natur & Kultur.

Wirtberg, I. Familjearbete – samarbete (1995). I K. Hansson., & J. Sundelin (red.), *Familjeterapi – tillämpningar ur ett svenskt perspektiv*. (sid. 242-262). Lund: Studentlitteratur AB.

Øvreeide, H. (2010). *Samtal med barn. Metodiska samtal med barn i svåra livssituationer*. Lund: Studentlitteratur AB.



*Till minne av min mamma*

*Selina Begum*

*1948-2014*

## Tillkännagivanden

Tack till alla fantastiska familjeterapeuter som ställde upp med er tid och ert engagemang. Jag fick fram så mycket intressant "sidomaterial", så det känns riktigt trist att jag inte hade möjlighet att skildra alla era kloka tankar och erfarenheter och göra dem rättvisa! Jag blev riktigt rörd över den entusiasm ni visade både för ert arbete med de späda- och små barnen, men också för ämnet som jag hade valt! Ni är riktiga vardagshjältar och ni ger en viktig röst åt de allra minsta!

Tack till Monica Hedenbro och Ingegerd Wirtberg för de kontakter som ni förmedlade. Ni var till ovärderlig hjälp! Tack igen Monica för att du har varit så otroligt stöttande, peppande och generös med din handledningstid och din kunskap. Jag vet att du är upptagen, men du har alltid tagit dig tid för mig.

Till sist, tack till mina underbara barn Emilia och Simon för att ni stod ut och var så tålmodiga och tappra under alla dessa timmar som jag har suttit med böcker, artiklar och framför datorn! Jag älskar er! Ni är bäst, såklart!

## Intervjuguide

”Småbarnens plats i det familjeterapeutiska rummet”

Bakgrund och aktuell arbetssituation:

Till exempel: yrke, utbildning, antal år som behandlare, aktuella arbetsuppgifter, arbetar själv eller möjlighet till samarbete med t.ex. co-terapeut, team etc.

Hur ser ett bedömningssamtal ut? Vilka är med? Sammanhangsmarkering?

Vad har du för ansats när du genomför bedömningssamtal? Vilka teorier eller paradigms styr du av?

Hur lägger du/ni upp en behandlingsplan? Hur jobbar ni sedan? Vilka är med? Varför?

Hur integrerar du dina specifika familjeterapeutiska kunskaper i arbetet med de små barnen och deras familjer?

Hur arbetar du med barnen/familjen? Vad gör du?

Känner du dig bekväm med /Känns det naturligt att ha familjeterapeutiska ”samtal” med små barn och deras familjer? Varför? Varför inte?

Svårigheter och möjligheter att jobba *med* barnen/familjen i rummet? *Utan* barnen?

Skulle du vilja göra på andra sätt? Finns möjligheter/ges det utrymme att prova?

Får de familjeterapeutiska tankegångarna utrymme i ditt sätt att arbeta? På vilket sätt eller varför inte?

Vad får du för gehör för dina familjeterapeutiska idéer i arbetet med småbarnsfamiljerna bland dina kollegor?

I slutet av behandlingsinsatsen, vem bestämmer för avslut? Vilka får ”komma till tals”?

Underliggande fråga: *Kan* man bedriva familjeterapi med spädbarns- och småbarnsfamiljer?

Om aktuellt: Vad tycker du är skillnaden mellan samspelsbehandling och familjeterapi med spädbarns- och småbarnsfamiljer?

Något du vill berätta som jag inte har frågat om?

## Bilaga 2. Analysprocessen

Tabell 1 Exempel på analysprocess

| <b>Meningsbärande enhet</b>  | <b>Kondenserad meningsenhet</b>   | <b>Huvudtema</b>            | <b>Subtema</b>   | <b>Kategori</b>       |
|--|---|-----------------------------|------------------|-----------------------|
| <i>Föräldrarna kan lägga på oerhört mycket ansvar på barnet. Krav som barnet orimligt kan leva upp till. Och då får man ju förklara lite utifrån utvecklingspsykologin hur ett barn kan reagera utifrån mognadsnivå osv...</i> | <i>Normalutveckling hos barn. Allmän kunskapsförmedling om dess kommunikationsätt</i> | <i>Behandlingsprocessen</i> | <i>Arbetsätt</i> | <i>Psykoedukation</i> |

---

### Bilaga 3. Huvudteman, Subteman och Kategorier

