

Känslomässig tillgänglighet hos traumatiserade flyktingfamiljer

Emotional Availability among Traumatized Refugee Families

Anknytningsbaserad behandlingsmodell för spädbarn och
flyktingföräldrar med PTSD

Monica Brendler Lindqvist
Atia Daud
Johanna Hermansson Tham



**Karolinska
Institutet**

Research Report No 28

Department of Women's and Children's Health

Child and Adolescent Psychiatric Unit

Projektet är finansierat med medel från Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Published by Karolinska Institutet, Printed by Universitetsservice-AB

ISSN 1403-607X

Stockholm 2012

Förord

I samband med Balkankrisen fattade den svenska Regeringen 1993 beslut om att i princip bevilja alla asylsökande bosnier permanent uppehållstillstånd i Sverige. Det visade sig då att många av de flyktingar som kom var svårt traumatiserade och i behov av psykiatrisk vård. Kunskaperna om detta initierade flera utvecklingsprojekt som startades såväl av Socialstyrelsen som av Stockholms Läns Landsting och Röda Korset.

Undertecknad fick 1996 i uppdrag av Koncernledningen i Stockholms Läns Landstings Hälso- och Sjukvårdsnämnd att ”dokumentera erfarenheter och kunskaper både internationellt och i Sverige i syfte att ge underlag för ett optimalt flyktingomhändertagande då barn med eller utan sina anhöriga kommer till Sverige från krigsområden”. Dokumentationen gjordes av bitr. överläkare Mona Näreskog och publicerades 1997 som en forskningsrapport ”Flyktingbarn – Psykisk Hälsa och Mottagande – En kunskapsöversikt och ett planeringsunderlag för hälso- och sjukvård” där ett antal betydelsefulla slutsatser kunde dras för att förbättra framtida flyktingomhändertagande. En sådan slutsats var behovet av att ”bygga upp resurser inom barn- och ungdomspsykiatri för flyktingbarn och deras familjer som behöver speciell vård”.

Samtidigt, under 1996, fick undertecknad tillsammans med framlidne överläkaren Erling Skoglund och psykolog Atia Daud, Socialstyrelsens uppdrag och projektmedel att närmare undersöka om/hur barn påverkas av föräldrars tortyrskador (Socialstyrelsen, Dnr 52-11062/96, AB12), ett uppdrag som resulterade i Atia Dauds avhandling 2008: Post-traumatic Stress Disorder and Resilience in Children of Traumatized parents: A transgenerational perspective” där det framkom att föräldrarnas tortyrupplevelser inte bara påverkade deras egen psykiska hälsa och funktion utan i hög grad också barnens hälsa och funktion.

När de s.k. apatiska barnen uppmärksammades i Sverige under åren i början av 2000-talet fick undertecknad 2005 uppdraget av Stockholms Läns Landstings Beställarkontor Vård att tillsätta och leda en expertgrupp med syftet att närmare förstå bakgrunden till barnens reaktionsmönster och hur de borde utredas och behandlas. Uppdraget genomfördes och sammanfattades i en rapport ”om de s.k. apatiska barnen – Att förstå bakgrunden till deras reaktionsmönster, Att utreda och behandla dem – Ett underlag för en etisk värdegrund i vården och en mall för intygsskivande mm”. De ”apatiska barnen” och deras familjer hade alla varit med om olika former av grymheter som tortyr, våldtäkter, varit vittne till nära anhörigas avrättningar mm där kunskaperna om de ”apatiska barnens” situation än mer understryker behovet av utveckla och förbättra omhändertagandet av familjer från krigsdrabbade/konfliktfyllda områden.

När nu Röda Korsets Center för torterade flyktingar i Stockholm med sitt föräldrabarnprojekt börjar utveckla ett program för att hjälpa denna utsatta grupp kan man säga att ”det är på tiden”. Behovet av vårdutveckling är redan dokumenterat och de försiktiga slutsatser som kan dras av den här publicerade pilotstudien visar att ”föräldrabarnprogrammet” är på rätt väg.

Stockholm september 2012

Per-Anders Rydelius
Professor/överläkare

Summary

Emotional Availability among Traumatized Refugee Families

Red Cross Centre for Tortured Refugees in Stockholm, Sweden, started in 2011 a clinical research pilot project in order to prevent second generation traumatization among children of tortured and war-traumatized parents with complex Post-traumatic Stress Disorder, PTSD. The project runs in co-operation with Karolinska Institutet, Department of Women's and Children's Health, Child and Adolescent Psychiatric Unit. The aim of the project was to explore and evaluate a treatment program based on attachment theory and trauma theory for parents and infants, age 0-24 months.

The early relation of mother-infant is fundamental for the survival of the infant and basic for development of a child's social, emotional and cognitive health and capacity. According to research parents with complex, PTSD, risk to transform their symptoms to their children.

The theoretical reference is based on attachment theory and Emotional Availability Scale, EAS, as an investigating instrument. A clinical sample according to the project criteria was selected. Five refugee families from the Middle East with established complex PTSD diagnoses have been participated in the treatment program, consisting of psycho pedagogical family interventions, interplay therapy and group interventions.

The preliminary results of this pilot project indicated an outstanding need for developing a treatment program focusing on mother and child emotional availability within refugee families as a preventive intervention. This is the first report of a three-year project, financed by Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

The project has been conducted by:

Monica Brendler Lindqvist, Project leader, Social worker, licensed psychotherapist, supervisor, Director, Red Cross Center for Tortured Refugees, Stockholm, Sweden

Atia Daud, Ph.D licensed psychologist, licensed psychotherapist, Karolinska Institutet, Sweden

Johanna Hermansson Tham, M.D., Psychiatrist, licensed psychotherapist, Red Cross Center for Tortured Refugees, Stockholm, Sweden

Innehållsförteckning

	Sid
1 Allmän bakgrund	5
2 Teoretisk referensram och tidigare studier	7
Anknytningsteorin	7
Trauma och den känslomässiga tillgängligheten	8
Tidigare studier	9
3 Undersökningens syfte och frågeställningar	11
4 Undersökningsgrupp och tillvägagångssätt	11
Undersökningsgrupp	11
Utvärderingsmetoder	12
Emotional Availability Scale/EAS	12
Förberedelser och planering inför genomförandet	14
Tolkens roll	14
Rum och teknisk utrustning	14
Handledning	14
Forskningskontakter	14
Beskrivning av behandlingsprogrammet	15
5 Etiska överväganden	16
6 Resultat	16
Familjerna	16
EAS-bedömning	16
Fallbeskrivningar	17
Familj 1	18
Familj 2	20
Beskrivning av samspelsbehandlingen i grupp	22
Familjernas uppfattning om deltagande	25
Kommentar	28
7 Diskussion	28
8 Reflektioner inför fortsättningen	34
9 Referenser	36

1. Allmän bakgrund

För att förbättra omhändertagandet av flyktingfamiljer och öka kunskaperna om deras situation påbörjades den 1 april 2011 ett pilotprojekt på Röda Korsets Center för torterade flyktingar, RKC, i samarbete med Karolinska Institutet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Enheten för barn- och ungdomspsykiatri. Det här är första delrapporten i ett treårigt pilotprojekt kring behandling av traumatiserade flyktingföräldrar och deras små barn (under 18 mån). Resultaten och erfarenheterna från detta första år skall användas i det fortsatta behandlingsarbetet under år två. Det tredje året kommer att inriktas främst på spridning av kunskaper inom MVC/BVC samt som underlag för fortsatta forskningsinsatser. Projektet är finansierat av medel från Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

En halv miljon flyktingar med anhöriga har kommit till Sverige under de sista tre decennierna. Cirka 100 000 har anlänt under de sista fem åren (2007-2011) och av dem beräknas ca 1/3 vara barn (www.Migrationsverket.se).

Beräkningar visar att ca 8-10% av flyktingar som kommit till och lever i västvärlden lider av Post Traumatic Stress Disorder, PTSD, vilket är 10 gånger så vanligt som för motsvarande åldersgrupper i den generella befolkningen (Fazel, Wheeler, Danesh 2005).

Många av de flyktingar som kommer till Sverige, både barn och vuxna, har upplevt krig, förföljelse och tortyr. Enligt tidigare undersökningar i Sverige uppgav 25% av de latin-amerikanska flyktingarna som kom till Sverige att de varit utsatta för tortyr, 40% av de kurdiska flyktingarna att de varit utsatta för organiserat våld (Hjern, Socialstyrelsen 2009). Enligt en dansk studie hade 45% av de asylsökande varit utsatta för tortyr (Sjölund, Kastrup, Montgomery, Persson, 2009).

Röda Korsets Center för torterade flyktingar (RKC) är en vuxenpsykiatrisk specialistmottagning för flyktingar som har varit utsatta för tortyr och krigstrauman och som i många fall kan vara nyblivna föräldrar med spädbarn eller småbarnsföräldrar.

Psykolog Atia Daud har i sin doktorsavhandling (Daud, 2008) jämfört flyktingfamiljer från Mellanöstern som varit utsatta för tortyr med familjer med samma etniska och kulturella bakgrund som inte varit utsatta för tortyr eller svåra krigstrauman. Många av föräldrarna i den traumatiserade gruppen var, eller hade varit, patienter på Röda Korsets Center för torterade flyktingar. Undersökningsresultaten visade att dessa föräldrar led av PTSD eller uppvisade s.k. PTSS (nästan fullt utvecklad PTSD) och att barnen till de traumatiserade föräldrarna också visade psykopatologiska symptom. Hit hörde PTSD, nedstämdhet, kroppsliga ångestsymptom och beteendestörningar. 87% av barnen i den traumatiserade föräldragruppen

uppvisade en bristfällig anknytning, medan 75% av barnen i jämförelsegruppen uppvisade en trygg anknytning. Det bristfälliga anknytningsmönster som barnen i undersökningsgruppen uppvisade gällde oavsett vem av föräldrarna, modern eller fadern, som traumatiserats av krig och tortyr. Undersökningsfynden visade att också barnen behövde förståelse och behandling.

Atia Dauds fynd, dvs. att föräldrar med PTSD riskerar att få barn som utvecklar PTSD, har stöd i internationell forskning. Uppföljningar av överlevande efter Förintelsen och koncentrationslägervistelser under andra världskriget har visat på transgenerationellt överförda trauman där symptom på ohälsa också drabbar deras barn (Krystal & Niederland, 1968). Vuxna barn till överlevande från Förintelsen, vars föräldrar hade PTSD, fick oftare själva PTSD trots att de inte upplevt egna svåra trauman.

Trots föräldrarnas och barnens hjälpbehov finns idag inte något program för behandling av späd- och småbarn till flyktingföräldrar med traumatisk bakgrund. Behovet av vårdutveckling avseende detta framgår av överrepresentativitet som beskrivits vad gäller psykisk sjukdom, missbruk och kriminalitet hos barn till flyktingföräldrar (Hjern 1998, 2009).

Fynden i Atia Dauds avhandling talar vidare för att föräldrar som lever under svår psykologisk stress och som utvecklar symptom pga. detta också får svårigheter när det gäller att kunna ge sina barn en trygg anknytning och att ett bristfälligt anknytningsmönster utvecklas mellan dem och deras barn. Vid sådan bristfällig anknytning tycks samspelet mellan barnet och den traumatiserade föräldern i stor utsträckning bero på föräldrarnas reaktionsmönster med dissociation vilket inverkar på föräldrarnas omvårdnadsbeteende och medvetandeprocesser. Föräldrarnas egen obearbetade rädsla och ångest kan ge upphov till beteenden som antingen skrämmar barnet eller signalerar att föräldern uppfattar barnet som skrämmande (Hesse och Main, 1999).

Av denna anledning har anknytningsbegreppet blivit en central teoretisk utgångspunkt för det aktuella projektet där pilotprojektets syfte är att pröva förutsättningarna för detta. Syftet med projektet kan sammanfattas på följande sätt: Med stöd till föräldrarna att bättre förstå sina barns emotionella behov och höja deras medvetenhet och förståelse om samspelets betydelse mellan dem och deras barn så kan ett tryggt anknytningsmönster utvecklas.

2. Teoretisk referensram och tidigare studier

Anknytningsteorin

Barnets relation med den primära anknytningspersonen, som vanligen är någon av barnets föräldrar, är en viktig grund för barnets utveckling av social, emotionell, kognitiv och psykisk hälsa. Enligt anknytningsteorin lär sig barnet i den tidiga barn-förälderrelationen hur man söker skydd, reglerar och uttrycker känslor och skapar tillit till sig själv och andra.

Anknytningsteorin beskriver den aspekt av barnets relation till sin förälder som har som huvudsakligt mål att skapa säkerhet och trygghet för barnet. Anknytningen är en kontinuerlig process som fortgår inom människan hela livet.

Grundaren för anknytningsteorin var barnpsykiatrikern och psykoanalytikern John Bowlby (1994) och hans efterföljare Mary Ainsworth (1969). Anknytningsteorin vidareutvecklades sedan av Erik Hesse och Mary Main (1999), Karlen Lyons-Ruths (1996).

Anknytningspersonen är vanligtvis modern eller fadern, men även en annan person än föräldern, dvs. en vuxen person som är tillgänglig för barnet kan bli anknytningspersonen. Kärnan i anknytningsteorin kan sägas vara, att en kärleksfull och förutsägbar omvårdnads-person utgör den trygga bas som gör det möjligt för det lilla barnet att utvecklas, att bli emotionellt tryggt och att våga utforska sin omgivning. För att barnet ska kunna etablera denna trygga anknytning till sina föräldrar krävs, att föräldern ställer sig till barnets förfogande, låter barnets behov ha företräde. Föräldern ska reagera på ett riktigt sätt och tillräckligt snabbt, vara förutsägbar, lyssna in och tolka barnets signaler på ett adekvat sätt. Föräldern ställer sig på så sätt till barnets förfogande, men utan att vara påträngande eller styrande (intoning). Detta omvårdnadssystem aktiveras av barnets anknytningsbeteende som visar sig i till exempel gråt, skrik och leende.

Barnet är inte passivt i anknytningsprocessen. Barnet har en medfödd beredskap att vara i dialog med sin förälder. Behovet för det späda barnet av en nära och en unik relation till en vuxen är lika fundamentalt som behovet av mat, sömn och värme för barnets överlevnad.

I samspelet mellan det lilla barnet och dess föräldrar, kan sägas att barnet ”gör en föreställning om sig själv” och vad det kan förvänta sig av andra. Man kan säga att barnet börjar utveckla ”inre arbetsmodeller” för hur barnet i fortsättningen kommer att uppfatta sig själv och relatera till andra. Den inre arbetsmodellen av sig själv och andra utvecklas i anknytningsrelationen. Det hjälper barnet i sin tur att förutse och tolka samspelet med andra. Det tidiga samspelets betydelse för barnets förmåga att under förskoleåren utveckla de sociala

relationerna med sin omgivning har visats av Monica Hedenbro i hennes avhandling (Hedenbro 2006).

Ainsworth vidareutvecklade Bowlbys anknytningssteori genom att studera olika anknytningsmönster och hur de uppstod. Som ett led utvecklade hon en experimentsituation, s.k. Strange Situation, där hon studerade hur barnets anknytningsystem aktiverades av att föräldern lämnade rummet – och barnet på så sätt utsattes för en separation och hur barnet reagerade då föräldern återkom. Ainsworth beskrev tre olika anknytningsmönster, *tryggt, otryggt/undvikande och otryggt/ambivalent*. Trygg anknytning innebär, att barnet är säkert och obekymrat och är säker på tillgången till anknytningspersonen. Gemensamt för det otrygga anknytningsmönstret är, att barnet är bekymrat och behöver lägga ner strategier för att få tillgång till närhet och tröst från föräldern trots dennes svårigheter att ge omvårdnad. Ytterligare en grupp barn som inte kunde placeras i någon av de tre grupperna ovan, benämns uppvisa en s.k. *desorganiserad anknytning*. (Hesse och Maine 1999). Barnen i denna grupp saknar en strategi för att skaffa sig närhet till och trygghet av sina föräldrar. Exempel på beteenden är förvirring, frysning (blir som förlamade), avbrutna rörelser, avstängdhet. Orsak till detta mönster anses vara, att barnet upplever en olöslig konflikt. Konflikten bygger på rädsla, att samma person som ska ge trygghet, är den som skapar rädsla hos barnet. Denna anknytning är i hög grad korrelerad till senare psykopatologisk utveckling.

Det desorganiserade anknytningsmönstret kan vara en följd av överföringen av trauma från förälder till barn. Överföringen sker genom att barnets hjälplöshet väcker anknytningspersonens obearbetade trauma. Föräldern håller då borta sina traumatiska upplevelser genom dissociation; hon/han blir känslomässigt otillgänglig, och uttrycker det i ett fientligt eller avvisande beteende. Anknytningsforskningen hjälper oss att förstå hur torterade och svårt krigstraumatiserade föräldrar riskerar att överföra sina obearbetade trauman till barnet i tidig ålder, vilket leder till de andra-generations effekter som har konstaterats på barn till överlevare från Förintelsen.

Trauma och den känslomässiga tillgängligheten

PTSD innefattar varierande former av återupplevande av traumatiska händelser. En del av svårigheterna handlar främst om traumatiska minnen och hur de traumatiska minnena fungerar. Kunskap om återupplevandet av traumatiska minnen uppvisar hur trauma medvetet eller omedvetet manifesteras på olika sätt i bl.a. flashbacks och desorganiserat tankeinnehåll. Inadekvata sensoriska/perceptuella funktioner kan påverka interpersonella relationer och kan

ha betydelse för mor–barnrelationer genom att försvåra utvecklandet av ett tryggt anknytningsmönster hos barnet.

Tidigare studier

Klinisk kunskap och erfarenhet om anknytningsmönster mellan traumatiserade flyktingföräldrar och deras barn finns beskriven i litteraturen, men få kliniska forskningsstudier är gjorda på denna grupp. Den forskning som finns kring samspelsbehandling för föräldrar och små barn gäller föräldrar som har en annan problematik än målgruppen för detta pilotprojekt. Det kan handla om deprimerade mödrar, som exempelvis Birgitta Wickbergs forskning vilken ledde till att förbättrade behandlingsprogram utvecklades inom MVC (Wickberg 1996).

Andra exempel på projekt gällande samspelsbehandlingens betydelse är: Anita Cederström, som i rapporten ”Samspelsbehandling – små barn och deras föräldrar”, (2006) beskrivit och utvärderat samverkans- och mellanvårdsprojektet Gungan som vände sig till föräldrar och barn 0-4 år. I utvärderingen framkommer att behandlarna uttrycker stor tillfredsställelse med sitt arbete och föräldrarna beskriver en förändrad situation både när det gäller de själva, barnet och samspelet i familjen.

Kerstin Neanders avhandling ”Indispensible Interaction (2009) beskriver 101 familjer som deltagit i samspelsbehandling vid fyra olika centra. En slutsats av samspelsbehandling är att det är möjligt att påverka såväl samspelet mellan barn och föräldrar som barnets utveckling i positiv riktning.

En nyligen utförd klinisk forskningsstudie är Björn Salomonssons ”Baby Worries” – a randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment (2010). I denna studie används samma utvärderingsinstrument, Emotional Availability Scale, (EAS), som vi har använt i vårt pilotprojekt. Man tyckte EAS var ett användbart instrument för att mäta relationen mellan mor och barn. Mammorna i Salomonssons studie tillhör inte samma målgrupp som föräldrarna i vår studie, men studien är gjord på små barn, under 18 månader, i likhet med vår.

Exempel på en teoretisk forskningsstudie gällande traumatiserade flyktingar är DeHaene m.fl. (2010). De har kunnat påvisa att extrema trauman som flyktingar gått igenom kan påverka deras förmåga att behålla sin känslomässiga tillgänglighet som föräldrar. Därigenom riskerar flyktingars trauma att få generationseffekter i familjen. Familjens styrka, att vara en buffert mot trauma genom att skapa trygga anknytningsband och relationer, kan då förminskas, vilket påverkar barnets utveckling.

Yehuda och Bierer (2008) har genom sin forskning visat att föräldrar med PTSD utgör en riskfaktor för utveckling av PTSD hos barn. De har mätt cortisolnivån hos barn till extremt traumatiserade föräldrar och funnit att nivån på detta stresshormon hos barnet påverkas av föräldrarnas PTSD symtom.

Kliniska erfarenheter av behandlingsverksamhet med gruppen traumatiserade flyktingföräldrar och deras små barn är beskrivna i Eva Nybergs rapport "Spädbarn och deras mödrar i ett mångkulturellt område – en spädbarnsverksamhet i samverkan", FoU-rapport 98-01, SLL. Utvärdering av projektet är dokumenterat i rapporten "Föräldrastöd i grupp i ett mångkulturellt område – samverkan kring en gruppverksamhet för spädbarnsmödrar", FoU-rapport 00-01, SLL. Mödrarna uttryckte att gruppbehandlingen var bra både för dem själva och för barnet. De betonade att de uppskattade att träffa andra mödrar i samma livssituation (Nyberg 1998, 2000).

Barbro Lundequist beskriver i boken "Barn, krig och psykoterapi" (1995) små barns utsatthet och ömtålighet för flyktingföräldrarnas psykiska problem. Hon betonar vikten av tidiga insatser, före tre års ålder. Hon beskriver tecken på god känslomässig relation, såsom att det finns lust och glädje i relationen, att barnet ger svarsleende och en selektiv kontakt så att leendet är lättare att väcka för mamman än för andra, att mamman förmår att ge barnet tröst och att samspelet mellan mor och barn utvecklas successivt och blir mer komplicerat.

Birgitta Angel och Anders Hjern beskriver i sin bok "Att möta flyktingar" (2004) hur svår spädbarnsperioden kan vara för en förälder med PTSD när "mardrömmar blandas med barnskrik". De betonar att föräldrarnas sårbarhet kan få större genomslagskraft i en segregerad exiltillvaro. Andra viktiga människor som släktingar, syskon, arbetskamrater och vänner finns inte på samma sätt tillhands för att kompensera flyktingföräldrarnas tillkortakommanden.

På Foundation Centrum 45 i Nederländerna, ett behandlings- och forskningscenter kring trauma orsakat av krig, våld och förföljelse pågår ett kombinerat behandlings- och forskningsarbete kring traumatiserade flyktingar och deras relation till sina små barn. I detta arbete används EAS, som bedömer relationen mellan barn och föräldrar. Syftet är att utveckla teoretisk och praktisk kunskap gällande behandling och forskning kring effekterna av obearbetade trauman i den tidiga föräldrar-barn relationen och barns utveckling i tidig ålder. Arbetet är pågående.

3. Undersökningens syfte och frågeställningar

Att utifrån anknytningsteorin och modern traumaforskning utpröva en behandlingsmetod, byggd på samspelsbehandling i grupp kompletterad med psykopedagogiska samtal med föräldrarna för att underlätta utvecklandet av en trygg anknytning mellan föräldrar och barn.

- Hur upplever och tillgodogör sig traumatiserade flyktingfamiljer samspelsbehandling?
- Finns det psykokulturella faktorer som man behöver ta speciell hänsyn till?
- Vilken betydelse har tolkens roll i behandlingsprogrammet?
- Hur verkar behandlingsinsatsen med hänsyn till förändring/effekt?

4. Undersökningsgrupp och tillvägagångssätt

Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen består av fem familjer från Mellanöstern som valdes ut för deltagande i behandlingsprogrammet. De har varit utsatta för svåra traumatiska upplevelser i sitt hemland innan ankomst till Sverige. Föräldrarna är aktuella på RKC och en av dem eller båda genomgår trauma behandling för PTSD.

Föräldrarna har ett späd- eller småbarn företrädesvis i åldern 0-1,5 år (ev. upp till 3år).

Föräldrarna är arabisktalande (för att möjliggöra att enbart en tolk används i programmet).

Det erbjudna behandlingsprogrammet är ett komplement till den pågående behandlingen som en eller bägge föräldrarna får på RKC.

I gruppbehandlingen deltar mödrarna och barnen och i de psykopedagogiska samtalen deltar bägge föräldrarna och barnet. Orsaken till att enbart mödrarna deltar i gruppen är att en könsblandad grupp inte skulle vara möjlig att delta i för mödrar som ammar och mödrar som är beslöjade utanför hemmet.

Forskargruppen har inhämtat familjens samtycke till att delta i forskningen.

Exklusionskriterier

Förälder som bedöms lida av psykos eller svag begåvning tas inte med i pilotprojektet. Barn med misstänkt autism eller annan allvarlig egen problematik remitteras till barn- och ungdomspsykiatri. Bedömning om så skall ske görs av RKC:s behandlare som ingår i projektet.

Utvärderingsmetoder

Projektet utvärderas genom bedömningar enligt Emotional Availability Scale, EAS, som genomförs före deltagande i behandlingsprogrammet och efter behandlingsprogrammets avslutning. De två projektmedlemmar, som utför behandlingsarbetet, bedömer anknytningsmönstret enligt EAS på varandras familjer och forskningshandledaren bedömer därefter samtliga familjer enligt EAS. Detta i syfte att möjliggöra interbedömning för att undersöka instrumentets reliabilitet.

Projektet utvärderas löpande vad gäller tolkens betydelse genom att efter varje gruppbehandlingstillfälle hålls ett samtal med tolken för att erhålla tolkens synpunkter och upplevelser under pågående program.

Slutligen utvärderas projektet genom att intervjuer genomförs med föräldrarna som deltagit i programmet. Föräldrarna intervjuas inom 2 månader efter avslutat behandlingsprogram för att erhålla deras synpunkter och upplevelser av deltagandet i programmet.

Emotional Availability Scale (EAS)

Emotional Availability Scale (EAS), är en metod utvecklad av Biringen, Z. (2009). Den bygger på integration av anknytningsteori (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) och Emotional perspectives, (Emde 1980; Mahler, Pine, & Bergman, 1975), med betoning på föräldrarnas känslomässiga tillgänglighet, vilken utgör en trygg bas för barnets psykiska utveckling och utformning av anknytningsmönster. EAS kan användas i forsknings-, bedömnings- och behandlingssyfte. Metoden bygger på skattningar och därefter bedömningar/feedback av dyadiska relationer mellan en vuxen och ett barn. Olika versioner finns för olika åldersintervall, för barn mellan 0-5 år och för barn mellan 6-14 år. (www.emotionalavailability.com) EAS- metoden består av sex dimensioner. Den vuxnes känslomässiga tillgänglighet (Maternal Emotional Availability) består av fyra dimensioner för bedömning av den vuxne och barnets samspel: känslighet, strukturering, icke-inträngande och icke-fientlighet. Barnets EAS dimensioner är: mottaglighet och involvering/inbjudan och de avser barnets och den vuxnes relation och innefattar bedömning av barnets beteende avseende mottaglighet och involveringen i samspelet med den vuxne.

Beskrivning av den vuxnes EAS-dimensioner

1. Känslighet innefattar den vuxnes ”medvetandenärvaro” och förmågan att kunna uppmärksamma och vara tillgänglig för barnets känslomässiga tillstånd. Skalan har ett

skattningsintervall mellan 7-1 beroende på kvalitén i den vuxnes känslighet, med en ackumulerad poäng som transformeras till en logaritmisk poäng.

2. Strukturering innebär en bedömning av den vuxnes förmåga att strukturera samspelet med barnet och skattas mellan 7-1 med en ackumulerad poäng som transformeras till en logaritmisk poäng.

3. Icke inträngande innebär den vuxnes förmåga att vara tillgänglig utan att kränka barnets autonomi. Skalan skattas mellan 7-1 med en ackumulerad poäng som transformeras till en logaritmisk poäng.

4. Icke fientlighet innebär en bedömning av det sätt som den vuxne förhåller sig till barnet i samspelet med avseende på öppen eller dold fientlighet. Skalan innefattar skattningsintervall mellan 7-1 med en ackumulerad poäng som transformeras till en logaritmisk poäng.

Beskrivning av barnets EAS-dimensioner

1. Mottaglighet som innebär en bedömning av hur barnet svarar på och tar emot den vuxnes försök till kontakt och samspel. Skalan skattas med skattningsintervall mellan 7-1 med en ackumulerad poäng som transformeras till en logaritmisk poäng.

2. Involvering/inbjudan d.v.s. barnets förmåga att inbjuda, ta initiativ till och engagera den vuxne i samspel. Skalan innefattar skattningsintervall mellan 7-1 med en ackumulerad poäng som transformeras till en logaritmisk poäng.

Tillvägagångssätt

1. Behandlingsprogrammet inleds med ett psykopedagogiskt familjesamtal.

2. Därefter genomförs en videoinspelning av mor-barnrelation under ett tidsintervall, ca 20 min. Instruktioner till mödrarna har varit enkla och målet med filmningen har beskrivits som en studie av mor- barn relationen.

3. Forskargruppen skattade filmerna på varje mor-barnrelation enligt EAS metoden.

4. Interbedömares reliabilitet beräknades inom gruppen genom att två bedömare skattade varje filmning enligt EAS men inte egna filmer för att reducera eventuella felkällor i bedömningarna.

5. Mor-barn genomgick samspelsbehandling i grupp fokuserad på EAS-dimensioner.

6. Avslutande psykopedagogiskt familjesamtal.

7. Videoinspelning för uppföljning och förnyad EAS-bedömning.

8. Djupintervjuer genomfördes med varje familj för att få feedback angående hur familjerna uppfattade behandlingsprogrammet.

Förberedelser och planering inför genomförandet

Behandlarna på RKC har informerats om projektet och om hur de skall internremittera familjer till projektet. Det är av stor vikt att de ordinarie behandlarna är välinformerade, så att deras förtroende för behandlingsprogrammet överförs till de behandlare som håller i projektet vilket underlättar för familjerna att ta emot erbjudandet.

Tolkens roll

Speciell uppmärksamhet har under planeringen riktats mot tolkens roll i behandlingen, såväl språkliga som sociala och kulturella detaljer har analyserats. Översättning av ordval har diskuterats med forskningshandledaren som har arabiska som modersmål. Speciell hänsyn behöver tas till att ord som uppfattas som nedsättande i den arabiska kultursfären inte används. Intervju har hållits med arabisktalande kvinnlig tolk för att informera om projektet och undersöka tolkens intresse och kompetens för att utföra uppdraget. Speciell vikt läggs på tolkens förståelse och erfarenhet av att tolka föräldrar med små barn, att tolka i grupp-sammanhang och att ha möjlighet att delta under hela behandlingsprogrammet för att undvika kontinuitetsbrott. Kontrakt har därefter upprättats med tolken.

Rum och teknisk utrustning

Rum har iordningsställts med mattor, leksaker, utrustning för gemensamma måltider och videoutrustning. Vi har valt att ha en handvideokamera, med vilken man lätt kan följa barnet och förälderns samspel.

Handledning

Behandlarna i projektet fick handledning på samspelsbehandlingen av extern handledare mellan gruppinterventionerna. Forskningshandledning genomfördes löpande.

Forskningskontakter

Kontakt har etablerats med Centrum 45, Nederländerna, där behandlingsarbete och forskning bedrivs med motsvarande målgrupp, traumatiserade flyktingföräldrar och deras små barn. Likheter och skillnader har identifierats. Behandlingsprogrammet har detaljplanerats och hänsyn har tagits till de kliniska erfarenheter som erhållits på Centrum 45. Kontakt hålls även löpande med kliniker och forskare inom Nordic Network for Research on Refugee Children.

Beskrivning av behandlingsprogrammet

Behandlingsprogrammet innehåller informationssamtal till föräldrarna, filmning av mor-barn-relationen för EAS bedömning, psykopedagogiska samtal med föräldrarna, samspels-behandling för mor-barn i grupp, samt djupintervjuer för att undersöka föräldrarnas uppfattning om behandlingsprogrammet. Behandlingsprogrammet pågår under 3 månader.

Kärnan i behandlingsprogrammet är den samspelsbehandling för mödrar och barn som äger rum i grupp. Samspelsbehandling kan se olika ut, men det gemensamma syftet är att stärka relationen mellan barn och föräldrar. Kerstin Neander har i sin bok, "Mötets magi" om samspelsbehandling och vardagens möten (2011) beskrivit samspelsbehandling med begreppen in video, in vivo och in verbis. Begreppen är hämtade från latinet och syftar på att se med hjälp av synen- in video, i livet- in vivo och med hjälp av ord – in verbis. In video syftar på videoinspelningar som görs av samspelet som sedan föräldrarna ser på och reflekterar över tillsammans med behandlaren. In vivo, som ofta benämns miljöterapi, innebär att behandlaren och familj använder sig av situationer som uppstår i det vardagliga livet. Medan samspelsbehandling in verbis, handlar om samtal mellan föräldrar och behandlare, där teman som har betydelse för samspelet är i fokus.

Vid vår samspelsintervention har vi framför allt använt oss av in vivo behandling, vilket innebär att behandlarna använder sig av situationer som uppstår under lek, matning, på- och avklädning, osv. Vi har också i mindre grad använt oss av samspel in verbis. Samspels-behandlingen bygger på förståelse av barns behov av relationen till sina föräldrar. Behandlaren ser och gör föräldern uppmärksam på smådetaljer i samspelet. Daniel Stern kallar detta för mikroanalyser (1996, 2005).

Då strukturen är mindre väldefinierad i en samspelsbehandling in vivo, än t.ex. in video, som används i den s.k. Marte Meo-metoden, är det större utmaningar för behandlaren, t.ex. att inte ta över när föräldern inte orkar med. Tanken är att ge föräldern stöd att bli intresserad av barnets tankar och känslor och få hjälp att uppfatta barnets initiativ till kontakt och barnets känslouttryck, rytm och behov av bekräftelse, vägledning och beskydd. (Belyses nedan i vinjettbeskrivningarna av samspelsbehandlingen, sid 24.)

Enligt anknytningsteorin behöver barnet känna sig säker på, att ha en trygg bas att utgå ifrån då barnet utforskar världen och återvänder till föräldern om det finns en hotande fara. Det är viktigt, att föräldern inte upplevs som skrämmande eller fientlig av barnet, utan som lyhörd och beredd att ta emot och lugna och trösta barnet, då barnet är ängsligt eller rädd.

Behandlarens uppgift är att tillsammans med föräldern reflektera om hur de olika situationerna kan upplevas ur barnets perspektiv. Tänka kring vad som kan röra sig i barnets

medvetande och vilka känslor det är som barnet uttrycker i det han/hon gör. Barnet väcker känslor hos föräldern i olika situationer och det är viktigt att hjälpa föräldern att förstå vilka som är barnets tankar och känslor och vilka som är förälderns egna.

Uppgifterna för samspelsbehandling in vivo, är att skapa förutsättningar för ögonblick där barn och föräldrar delar upplevelser och känslor med varandra. Ögonblick av intersubjektivitet, vilket är grunden för barns utveckling. Att se till att sådana ögonblick uppstår och ge dem uppmärksamhet när de inträffar är behandlarnas uppgift.

5. Etiska överväganden

Projektet är ett pilotprojekt som avser kvalitetssäkring i vården. Behandlingsinterventionen är en utvidgning av den behandling som ges till föräldrarna med syftet att hjälpa dem att förbättra kontakten med sina barn och därigenom förbättra livssituationen för barnen. Etablerade behandlingsformer används och all behandling sker med så kallat informerat samtycke. Föräldern kan när som helst avbryta deltagandet i behandlingsprogrammet utan att riskera att behandlingskontakten med RKC i övrigt bryts.

6. Resultat

Familjerna

Fem familjer ingår i studien. Familjerna har deltagit i olika delar av behandlingsprogrammet. Fyra familjer har filmats för EAS-bedömning, deltagit i psykopedagogiska familjesamtal och samspelsbehandling i grupp. En familj deltog enbart i psykopedagogiska samtal, då samspelsbehandlingen tidsmässigt kolliderade med invänjning på daghem för barnet. Fyra mor-barnpar har filmats vid inledning av behandlingsprogrammet. Endast ett mor-barnpar filmades även vid avslutning av behandlingsprogrammet (mor-barn 3). De övriga tre har filmats endast före behandlingsprogrammet då filmning efter ej kunde genomföras på grund av graviditetskomplikationer. Mödrarna hade vid den tidpunkten ordinerats sängläge från MVC.

Familjerna i denna rapport är avidentifierade.

EAS-bedömning

Tabellen nedan sammanfattar bedömningar av mor-barn-samspel. Endast ett mor-barnpar (nr 3) skattades både före och efter interventionen, vilket var ursprunglig planering för samtliga

mor-barnpar. De övriga tre skattades enbart initialt beroende på, som tidigare angivits, graviditetskomplikationer. (Se vidare i Diskussionen.)

Emotional Availability (EAS) dimensionernas transformerade poäng för mor-barnsamspel

Emotional Availability Dimensions	Mor-Barn1	Mor-Barn 2	Mor-Barn 3a*	Mor-Barn 3b**	Mor-Barn 4
EAS maternal sensitivity	3	5	4	4	3
EAS maternal structuring	3	3	3	4	3
EAS maternal non intrusiveness	3	4	3	3	3
EAS maternal non-hostility	5	6	5	5	3
EAS infant responsiveness	4	5	4	4	3
EAS infant involvement	4	5	4	4	3

3a= bedömning av EAS Mor- Barn nummer 3 före behandling; 3b**= bedömning av EAS Mor-Barn nummer 3 efter samspelsbehandling

Note: Sensitivity, Structuring, Non-intrusiveness, Non-hostility illustrerar moders dimensioner av EAS (*Emotional Availability*) medan EAS infant responsiveness och EAS infant involvement belyser barnets dimensioner av EAS

Kommentar

Om moderns EAS-värde är lägre eller lika med fyra bedöms det spegla en otrygg anknytning, vilket riskerar att påverka barnets psykiska utveckling i negativ riktning.

För tre av mödrarna finns allvarliga brister i den emotionella tillgängligheten (mor-barn 1, mor-barn 3, mor-barn 4). Ett av barnen uppvisar stora svagheter i kontakten (mor-barn 4). Två av barnen har brister i sitt sätt att relatera (mor-barn 1, mor-barn 3).

Alla mödrar visar en bristande förmåga i att strukturera vid den initiala filmningen. Hos mor-barn 3 skedde en förbättring avseende dimensionen strukturering efter avslutat behandlingsprogram. Detta gällde en familj som genomfört hela behandlingsprogrammet. En förbättring i dimensionen strukturering anses vara den dimension som behandling lättast kan påverka. (Biringen, 2009)

Fallbeskrivningar

Vi vill beskriva arbetet med familjerna genom två fallbeskrivningar. Den första gäller en familj som fullföljde hela behandlingsprogrammet. Den andra en familj som avbröt programmet pga. graviditetsproblem. Familjerna är avidentifierade.

Familj 1

Bakgrund: Föräldrarna är 25 och 28 år gamla. De har två barn, 2 år och 6 månader. Fadern har gymnasieutbildning och två års yrkesutbildning i sitt hemland. Fadern blev fysiskt och psykiskt skadad i kriget. Fadern lider av PTSD och är patient på RKC. Hans behandlare har noterat och fångat upp att det finns problem i relation till bägge barnen. Föräldrarna inbjuds till ett informationssamtal.

Informationssamtal: Samtalet syftade till att informera familjen om projektets karaktär, beskriva behandlingsprogrammet och inhämta familjens samtycke till att ingå i projektet. Fadern var under samtalet mer angelägen om att familjen skulle delta, modern var mer tveksam och uttryckte främst behov av instrumentell hjälp. Samtalet handlade till stor del om att beskriva den samspelsbehandling som erbjöds och hur den skulle kunna stödja föräldrarnas strävan i att utveckla sitt samspel med barnet genom ökad förståelse för barnets känslomässiga behov.

Videofilmning: Modern kom tillsammans med yngsta barnet. Modern berättar, att problemet med barnet är att barnet är så passivt. Modern får instruktionen att leka med sitt barn. Mor och barn erbjuds leksaker som finns i en låda. Filmningen av moderns och barnets samspel i rummet pågår under 20 minuter. Interaktionen mellan mor och barn är sparsam och modern talar knappast med barnet.

Grupptillfälle 1: Modern är aktiv, tar kontakt med de andra mammorna, ställer frågor till behandlarna men är mindre uppmärksam på sitt barn och de andra barnen. Modern har många frågor runt sitt äldre barn, som är 2 år gammalt och som inte är med i gruppen. Den äldre broderns beteende påverkar det yngre barnet genom att det äldre barnet ibland är aggressivt mot honom. Frågor hon ställer är: Hur får man barn att lyda? Vad gör man om barn inte kan sova? Hur mycket förstår ett barn vid 2 års ålder? När börjar ett litet barn att förstå?

Grupptillfälle 2: Modern är trött och berättar att barnet har feber och inte mår bra. Trots det vill hon delta i gruppen. Efter den inledande namnsången, kopplar behandlarna tillbaka till föregående gångs frågor. Modern blir mycket engagerad och önskar framför allt att få råd och hjälp runt det äldre barnet. Modern får ett förslag att prata med det äldre barnet om hans svartsjuka på lillebror en liten stund varje kväll och på så sätt bekräfta barnets känslor av konkurrens och rivalitet som helt adekvata när man får ett syskon. Modern tar emot förslaget

på ett positivt sätt. Det finns ett stort behov hos mödrarna att prata med varandra om hur de ser på sina barn, hur de känner, tänker och fungerar.

Grupptillfälle 3: Barnet är återigen friskt och är glad och kontaktsugen. Modern tar ånyo upp frågor som: Hur får svenska mammor sina barn att lyda? Under samtalet kring denna fråga sätter barnet en brödbit i halsen. Det blir oro vid bordet. Modern, som är engagerad i diskussionen, uppmärksammar först inte allvaret i situationen. En av behandlarna går aktivt in och stödjer modern att hjälpa sitt barn att få loss brödbiten och kunna andas igen.

Grupptillfälle 4 (sista mötet): Barnet sover i vagnen då de kommer. Modern är mycket uppmärksam på barnet och noterar att barnet är vaken strax innan det vaknar. Barnet är som vanligt nöjt och sitter i moderns knä, men idag låter modern barnet för första gången sitta på golvet helt för sig själv och utforska den närmaste omgivningen. Modern har blivit mer uppmärksam på sitt barns behov.

Uppföljande familjesamtal: Behandlaren träffar modern, fadern, barnet och den tolk som varit med under alla grupptillfällen. Båda föräldrarna får nu en sammanfattning om vad som skett under de fyra gånger som modern och barnet deltagit i samspelsbehandlingen i grupp. Modern säger, att hon har haft glädje av att komma till gruppen och att hon haft nytta av det vi pratat om. Hon har tagit till sig synpunkter och testat dem på sin äldre son i hemmet och tycker att situationen hemma har blivit lugnare. Hon har t.ex. ägnat en liten stund till den äldre sonen varje kväll. Modern tycker att det blivit lugnare hemma och att det äldre barnet har blivit mindre svartsjuk och att barnen numera även leker tillsammans. Maken ger kommentarer och drar paralleller till sin egen barndom, också att hans föräldrar visste mindre än vad han och hans hustru gör om barns utveckling. Vid slutet av samtalet kommer behandlaren överens med familjen att göra den avslutande filmningen i hemmet.

Kommentar: Denna familj är den enda som deltagit i alla delar av behandlingsprogrammet. Modern är först skeptisk till att delta, medan fadern är mer intresserad. Efter första grupptillfället blir modern mer motiverad, hon deltar aktivt och ställer många frågor hon reflekterat över mellan gångerna. Hon får en hemuppgift, som syftar till att påverka syskonrelationen att utvecklas mer positivt. Modern tar till sig denna hemuppgift, genomför den och blir nöjd med resultatet.

Familj 2

Bakgrund: Föräldrarna är 38 år och 39 år gamla. Båda föräldrarna har gymnasieutbildning och har varit yrkesarbetande i hemlandet. Modern är fysiskt och psykiskt traumatiserad. De har tre barn, 6 år, 4 år och 14 månader. Modern är gravid. Modern är patient på RKC sedan 1,5 år tillbaka. Hennes behandlare har uppmärksammat att hon har problem med barnen och frågar om hon vill delta i ett behandlingsprogram för föräldrar-barn, som kan erbjudas på RKC. Modern är positiv till att få mer information om programmet.

Informationssamtal: Modern och barnen kom till informationssamtalet, som hölls av en av behandlarna i programmet. Fadern hade inte möjlighet att komma till samtalet. Samtalet hölls tillsammans med tolk. Modern var till en början tveksam till att delta. Hon berättade att hon varit barnskötare i sitt f.d. hemland och att hon inte såg något behov av att få stöd för att kunna ta hand om sitt barn. Under samtalet framhölls att det kan vara inspirerande för henne att träffa andra mammor och roligt för hennes yngsta barn att träffa andra jämnåriga barn. Modern berättar då att hon brukar åka till Kulturhuset i Stockholm med sina barn för att de skall få leka och träffa andra barn. Modern beslutade sig för att delta i programmet och tid för filmning bestämdes.

Videofilmning: Modern kom tillsammans med sina tre barn. De äldre barnen får sitta med i rummet vid ett eget bord med papper, kriterier och pussel. Modern berättar att hennes problem med det yngsta barnet är att han är så "vild". Modern får instruktionen att samspela med sitt barn. Locket till en låda med leksaker öppnas, en gåvagn med docka ställs fram och filmningen börjar. Filmningen pågår under 20 minuter Modern är till en början mycket aktiv, bollar hetsigt med sin pojke, som har svårt att få grepp om bollen med sina små händer. Efter ca tio minuter börjar modern tröttna, sätter sig på en pall. Barnet går planlöst runt i rummet, söker upp modern, men ingen mer lek kommer igång.

Grupptillfälle 1: En granne till modern ringer och säger att modern mår illa pga. sin graviditet och därför inte kan komma till gruppen. Modern har bitt grannen ringa för att hon inte själv talar svenska. Behandlaren ringer upp modern med hjälp av tolken en halvtimme senare, frågar hur hon mår och erbjuder henne att komma till gruppen lite senare och med hjälp av taxi. Modern kommer ca en halvtimme efter att gruppen startat. Hon är blek, trött och håglös. Modern deltar inte i samtalet med de andra mammorna, vänder sig enbart till

behandlaren och tolken. Sitter med kläderna på. När gruppen är slut ser modern piggare ut och tar sig hem med sitt barn med hjälp av taxi.

Grupptillfälle 2: En släkting till modern ringer och säger att modern är yr och illamående och inte orkar komma till gruppen. När behandlaren återigen erbjuder henne att komma lite senare och med hjälp av taxi resulterar det i att modern kommer tillsammans med två av sina tre barn och släktingen. Det äldsta barnet sätter sig utanför grupprummet och målar och tas omhand av personal på RKC. Släktingen går aktivt in i gruppsammanhanget, pratar och tar kontakt med de andra mammorna, tar hand om det yngsta barnet, medan mamman sitter hopsjunken i en stol i ett hörn av rummet. Barnet är ledset. Tycks mycket bekymrad över modern. Söker sig till henne hela tiden.

Grupptillfälle 3: Moderns kusin har kommit till familjen från sin hemort i en annan del av Sverige, för att hjälpa modern att ta hand om barnen, medan fadern är bortrest. Kusinen ringer och berättar att modern är yr, illamående och inte kan komma till gruppen. Kommer överens om att träffa modern vid senare tillfälle när hon mår bättre.

Uppföljande samtal med modern och barnet: Modern kommer tillsammans med yngsta barnet och kusinen till samtalet. Fadern har inte möjlighet att komma till samtalet. Behandlaren ger tillbaka sina intryck från grupptillfällena, och tar upp att hon uppfattar att barnet verkar mer och mer ledset och oroligt över sin mamma under den tid kontakten varat. Modern känner igen beskrivningen och är bekymrad över att barnet är så gnälligt. Behandlaren och modern kommer överens om att ha ett uppföljande samtal tillsammans med fadern.

Familjesamtal: Modern och fadern kommer tillsammans med yngsta barnet. Samtalet förs med hjälp av samma tolk som har deltagit i hela behandlingsprogrammet. Modern ser nu mycket piggare ut, hennes illamående har gått över. Behandlaren berättar vad som hände under de återstående grupptillfällena som modern inte kunde delta i. De olika teman/frågor som de övriga mammorna tagit upp och barnens utveckling. Behandlaren tar också upp den oro hon känt för barnet som har blivit alltmer ledsen och klängig under den tid kontakten varat. Både modern och fadern känner igen problemen och berättar att modern inte ens kan gå på toaletten ifred, även om fadern försöker ta hand om och underhålla barnet. Samtalet handlar om hur närhet och avstånd mellan modern och barnet kan regleras, vikten av att inte

avvisa barnet, även om han är ”som ett plåster” på mamman, då ett avvisande kan få motsatt effekt – att han blir än mer klängig. Speciellt viktigt är att arbeta med föräldrarnas relation till barnet under de månader som nu återstår tills det nya barnet skall födas. Under samtalet är modern betydligt mer aktiv i relation till sitt barn. Hon ger barnet flaska när det är hungrigt, tar upp barnet i sitt knä när han närmar sig. När barnet går runt i rummet är det fadern som är mer aktiv och hindrar barnet om han gör något som han inte får göra eller kan göra sig illa på. Det finns ett samarbete och ett samspel mellan föräldrarna. Kommer överens om att föräldrarna kan ta kontakt om de önskar ytterligare samtal kring sina barn. Modern fortsätter den individuella kontakten med sin behandlare på RKC tills vidare.

Beskrivning av samspelsbehandlingen i grupp

Gruppen träffas en gång/vecka under 2 timmar, sammanlagt vid 5 tillfällen. Gruppen leds av två behandlare. Arbetet sker genom speciellt utvald och kontrakterad tolk, som följer hela behandlingsprogrammet. Planering tillsammans med tolken 30 minuter före grupptillfället och 30 minuters uppföljning med tolken efter grupptillfället. Mammorna får instruktionen att ta med sig något att dricka/äta till sitt eget barn.

Förberedelser

Rummet iordningställs

Ett köksbord dukat med färdiggjorda smörgåsar, kaffe, te, vatten, smörgåsrån (till barnen). En stor golvyta som täcks av en matta. En gåvagn med en docka, en röd kub som innehåller leksaker. Små pallar att sitta på. I ett hörn finns två fåtöljer och ett litet bord. I rummet finns också en CD-spelare och en videokamera.

Planering av ramar/ritualer, innehåll

Grupptillfället börjar med en kaffe/te-stund för alla runt bordet. Kort presentation av gruppledarna och tolken. Mammorna presenterar sig och sina barn. Vad tycker barnet om, vad tycker barnet inte om? Därefter sjunger alla tillsammans en namnsång:

*Abdullah är här, Mehmet är här, Tack och lov för att Maryam är här
Och i vårt glada lag har vi Monica idag, Tack och lov för att Mony är här, osv*

Presentation av syftet med gruppen: Som småbarnsförälder har man alltid frågor som man vill dela med andra föräldrar i liknande situation. Här kan vi ta upp frågor om hur man kan ta hand om små barn och hur man kan hitta vägar att hjälpa sina barn att utvecklas tillsammans i

gruppen. Frågorna kan bli ett tema i samspelsbehandlingen. Efter kaffe/te-stunden sätter vi oss på mattan/pallar på golvet. Barnen och mammorna får lära känna varandra. Fri lek blandas med föreslagna lekar, t.ex. att rulla en boll på golvet till varandra. Gruppträffen slutar med en avslutningssång:

*Lilla snigel akta dig, akta dig, akta dig, Lilla snigel akta dig, annars tar jag dig
Blyga snigel akta dig, akta dig, akta dig, Blyga snigel, akta dig, annars tar jag dig
Glada snigel, akta dig, akta dig, akta dig, Glada snigel, akta dig, annars tar jag dig*

Teman växer fram ur mammornas frågor

Vi sätter oss på mattan/pallarna på golvet. Under samvaron och leken ställer en mamma en fråga: Hur får man barn att lyda? Denna fråga blir dagens tema och vi pratar om hur man kan förebygga att situationen leder till att barnet blir ”olydigt”, eller hur man kan avleda ett barn som är på väg att skapa en destruktiv situation, hur man kan stimulera barnet eller, om så behövs, sätta en gräns för barnet på ett tydligt men icke-fientligt sätt.

Vinjett

Det ena barnet börjar dra i duken och mamma förklarar att hennes barn inte kan sitta vid dukade bord. Behandlarna använder tillfället att arbeta med mammans uppmärksamhet och närvaro. ”Istället för att vika undan bordsduken, kan du prata med henne”, föreslår behandlaren. ”Säg, dra inte i duken, vill du ha ett rån?”. Tolken översätter och mamma tittar på sitt barn och säger till henne att hon inte ska dra i duken. Barnet sitter lugnt en liten stund till.

Vinjett

Ett barn sätter i halsen. Den ena behandlaren blir totalt uppmärksam på detta barn och hennes mamma. Vad händer nu? Vad gör mamman? Ska jag behöva vända på honom? är tankar som behandlaren brottas med. Ett annat barn, som sitter mittemot, spärrar upp ögonen och följer dramatiken. Den andra behandlaren håller sin uppmärksamhet på henne och hennes mamma. När barnet som satt i halsen lyckats svälja och börjar andas normalt igen talar vi om det som hänt. ”Nu blev du väldigt rädd”, säger behandlaren till det barn som bevittnat dramatiken. Hennes mamma inflikar att hennes barn inte bryr sig om sån’t. ”Men jag såg hennes ansikte, hon spärrade upp sina ögon, ja hon såg ut så här”, säger behandlaren och visar med sitt ansiktsuttryck, under tiden tolken tolkar. Mamman tycks fundera en stund över vad behandlaren har sagt. Kan det vara så att hon feltolkat sitt barns känslor? Att hennes barn faktiskt bryr sig och blir rädd?

Efter denna händelse ställer en mamma en fråga: När börjar barn förstå? Denna fråga blir dagens tema och vi pratar om vad barn i olika åldrar kan förstå, men också om små barns känslor.

Att sjunga tillsammans tycker barnen om

Inget av barnen har varit med om att sjunga tillsammans i grupp förut och det märks att de är intresserade. Stämningen blir lugn och uppmärksam. Vi sätter på en CD-skiva och sjunger en klappsång. En av behandlarna hjälper ett barn att klappa händerna, vilket hon aldrig har gjort förut. Barnet knyter sina små händer och behandlaren visar henne, genom att ställa sig bakom henne och ta tag i hennes händer, att hon skall hålla ut handflatorna mot varandra för att få fram ett ljud. Barnet tycker att det är roligt men klarar det inte själv. Behandlaren visar mamman så att hon kan hjälpa sin flicka på samma sätt genom att hålla henne framför sig och fatta tag kring barnets händer. Detta visar sig vara en micro-händelse, som bidrar till den utvecklingsprocess, som flickan är inne i och som för med sig att mammans och flickans relation blir alltmer innerlig.

De vuxnas behov och barnens behov

Ibland blir mammorna så upptagna av samtalen om barnen att de glömmer barnen. Mammorna har stora behov att få prata och utväxla tankar med varandra. Behandlarna för tillbaka fokus på barnen genom att t.ex. säga: ”Oj, var tog barnen vägen?” eller ”Nu sitter vi här och pratar litegrann, sen måste vi ge barnen uppmärksamheten”.

Kognitiva interventioner

Vid ett tillfälle fick mammorna var sin ”hemläxa” utifrån de problem de beskrivit att de har hemma. En hemläxa handlade om att en mamma skulle leka med sitt barn under fem minuter, inte längre och inte kortare. En annan hemläxa handlade om att en mamma skulle förklara för sitt äldre barn, som var utagerande och ibland aggressiv mot sin lillebror, att han säkert är svartsjuk på sin lillebror och ge honom förståelse att det inte alltid är så lätt att få en lillebror som tar mammas tid.

Kulturrelaterade teman

En ny fråga dyker upp från en mamma: Varför lyder svenska barn när inte våra barn gör det? Denna fråga blir dagens tema, liksom följdfrågan: Varför uppfostrar vi flickor och pojkar så olika i vår kultur? En av mammorna ger exempel på hur pojkar, när de blir skolbarn i 6-

årsåldern, blir hindrade av sina pappor att hjälpa till i köket, med disken till exempel, med förklaringen att det är ”omanligt”.

Interventioner i samspelsbehandlingen

Denna gång hade behandlarna planerat att ge mammorna instruktionen att leka med sitt eget barn under tio minuter. Denna instruktion behövde aldrig ges, den föll ut naturligt. Mammorna började försöka leka med sina barn. I detta sammanhang tog en av mammorna upp ett problem. Hon tyckte att hennes barn var för nära henne, var för krävande och hon var orolig för hur det skulle gå när hon nu inom kort skulle få sitt andra barn. Hon försökte lösa detta problem genom att hålla henne ifrån sig. Detta råd hade hon fått från kvinnor i sitt forna hemland. Behandlaren tog upp att det ger motsatt effekt. ”Desto mer du håller henne ifrån dig, desto viktigare blir det för henne att vara nära dig.” Mamman blir tyst en stund, hon reflekterar. Hon förstår att det kan vara så, men det är ett främmande sätt för henne att tänka på och hon behöver smälta denna insikt.

Familjernas uppfattning om deltagande

För att få familjernas uppfattning om behandlingsprogrammet var planeringen att hålla en fokusgrupp med samtliga föräldrar i samband med avslutad behandling. Detta lät sig inte göras då vi inte kunde samla familjerna på grund av graviditetskomplikationer. Utvärderingen gjordes istället genom intervjuer med varje familj i deras hem. Intervjuaren ingår i forsknings-teamet och har yrkeskompetens som psykolog och psykoterapeut. Han är kulturkompetent och arabisktalande, vilket bidragit till en djupare förståelse för familjernas situation.

Syftet med samtalen har varit att undersöka familjernas uppfattning om behandlingsmodellen inom RKC: hur familjen upplevde behandlingsprocessen, varför de deltagit i behandling samt vilka deras förväntningar var. Syftet var vidare att undersöka behållningen familjen haft av behandlingsmodellen samt vilka rekommendationer familjen har avseende behandlingsmodellen i framtiden.

Samtalen ägde rum i familjernas bostäder, intervjuaren satt i vardagsrummet med kvinnan och mannen, syskonen samt barnet som deltog i projektet. Rummen var enkelt möblerade och tydde på familjens begränsade ekonomiska resurser p.g.a. den relativt korta tiden i Sverige. Samtalen varade i 2,5 timmar.

Familjerna kände sig omhändertagna av projektets personal, mammorna och barnen kände sig välkomna genom att behandlingsrummet förberetts på ett sätt som genomsyrats av värme och förståelse. Under intervjun uttryckte mammor hur väl förberett det varit; från enkla

betingelser som ett fint dukat bord med mat och dryck, till själva genomförandet av filmning, samspelsbehandling samt utvärderingar.

En mamma kommenterade detta som följande: *"Vi träffades i en grupp för att byta åsikter och erfarenheter om barnuppfostran, hur barnet ska lära sig lyssna på oss utan våld eller skrik. De bjöd oss på te, kaffe och smörgåsar. Jag vill bara se och lära mig om hur man ska uppfostra barnen i Sverige, vi märker att föräldrar i Sverige pratar med sitt barn och barnet lyder utan våld eller skrik".* Familjerna har blivit medvetna om det egna samspelet med sitt barn och kunde uttrycka sina positiva åsikter och reflektera över egen och andras metoder rörande barnuppfostran. De reflekterar över eget beteende i relation till barnet och funderar över vikten av att leka och att prata med sitt barn. *"Jo det är stora skillnader, när jag åker tunnelbana ser jag svenska föräldrar prata lugnt med sina barn, ett nej är ett nej och det hjälper inte om barnet skriker men för mig det var svårt att inte ge barnet vad hon vill och ändå blev inte flickan tyst eller nöjd. Så jag vill lära mig hur svenska mammor gör."*

En mamma uttryckte sina reflektioner som följande: *"Det kändes svårt i början men jag märkte inte det senare. Jag blev förvånad att se att Ni ägnade tid åt barnen och leker med dem. I vårt hemland leker vi sällan med barnen. Det som har varit bra är att vi kunde ge barnen tid; vi kunde prata med dem och tidigare har ingen lärt oss hur vi hantera våra barn."*

En mamma har formulerat det på följande sätt: *"Jag ger flickan mat, mjölk och leksaker men det hjälper inte - hon lyssnar inte på mig, Du vet vi från Mellanöstern, vi använder metoder som inte är bra, jag menar att vi skriker och är våldsamma, jag vill inte använda sådana metoder, jag vill få bättre kontakt med mina barn, jag vill att de ska lära sig rätt och fel och respektera andra utan att jag blir tvungen att skrika eller använda våldsamma metoder"*.

En annan mamma uttryckte detta på följande sätt: *"Ja jag märkte att våra metoder i barnuppfostran är forcerade och högljudda. Svenskarna pratar med sina barn, jag märker det när jag är ute, och barnen lyder dem. Vi använder mycket hot och prata om våld med våra barn. Svenska föräldrar säger sitt och deras barn lyder dem, men det gör inte våra barn. Jag blev medveten om hur vi hanterar våra barn, när vi sitter och pratar så pratar vi inte med barnen och det är fel, vi måste lära oss att ändra på detta."*

Familjerna har givit uttryck för att kunna ta emot en behandlingsmetod som är relativt främmande för deras kultur, en kultur där barnet och barnuppfostran ingår i den privata sfären. Familjerna kunde uttrycka sina åsikter rörande detta känsliga område på följande sätt: *"Jag har lärt mig att prata med mitt barn och att inte blir arg eller otålig och blivit medveten"*

om att vi måste förändra vårt sätt att uppfostra barnen och att vi måste lära oss att prata med barnen istället för att skrika eller blir arga”.

Männen i familjerna har beskrivit en positiv utveckling inom familjen som resultat av att deras fruar deltagit i samspelsbehandling: *”Jag har sett att min fru blivit gladare och att hon började prata med sina väninnor om kursen och att hon blivit mer öppen och tålmodig med våra barn.”*

Familjerna berättar att de har uppnått en positiv familjeutveckling som följd av behandlingsmetoden genom att mannen i familjen har blivit emotionellt engagerad i en sfär som kulturellt anses tillhöra kvinnans domän, det vill säga omhändertagandet och uppfostran av små barn. En annan fader uttryckte det på följande sätt: *”Det har varit bra att min fru var där, det var ett bra tillfälle för henne för miljöombyte och för att skaffa sig nya erfarenheter. Det var fint att min fru kunde lära sig om barnuppfostran. Hon berättade om allt som inträffade på kursen och hon var nöjd när hon kom hem”.*

Behandlingsprogrammet satte igång en symmetrisk process mellan föräldrarna, föräldrarna kunde tänka om och kvinnan upplevde inte längre sig vara lika ensam om ansvaret för barnuppfostran. Familjerna gav uttryck för att de psykopedagogiska familjesamtalen, EAS-filmning, samspelsbehandling i grupp samt fokusintervjuerna är lika viktiga inslag i behandlingsprocessen, vilket de uttryckte på följande sätt: *”Det var fint, lite svårt i början men Monica och Johanna försökte hjälpa oss, Vi tänkte inte på filmningen men jag kände att det finns mycket som jag redan gör när vi pratar eller leker med min dotter men jag blev klar över mitt sätt att hantera min dotter. Jag saknade mycket kunskaper om småbarnspsykologi, du vet vi har inte läst i skolan om att småbarn har känslor och vi har inte läst i skolan hur barnets emotioner är och hur vi som föräldrar ska hantera dem. Det borde finnas mer tid för utbildning och träning i hur man hanterar sina små barn”.* Mannen instämde med sin fru gällande hennes uppfattning om behovet av mer utbildning och träning i hur man hanterar sina barn och hur man ser på barnens emotioner.

Behandlingsmetoden har varit effektiv och tilltalade mammorna som gav uttryck för att de vill att metoden ska utgöra ett permanent inslag inom föräldrautbildningen. En mamma uttryckte det som följande: *”Jag blev medveten om att barn har emotioner och att föräldrarna måste lära sig att hantera det på bästa sätt, och att barn i olika åldrar har olika behov och vi måste lära oss metoder för hantering av det. Jag vill att behandlingsmodellen ska innehålla bilder som visar när barnet är glad, ledsen, deprimerad och att vi ska tränas i att lära oss skillnader mellan dem. Vi behöver tränas i att känna igen dessa känslomässiga tillstånd, så att våra barn utvecklas på ett friskt sätt. Vi behöver som föräldrar lära oss hantera egna*

känslor för att kunna svara på barns behov utan skrik eller våldsamhet, vilket det borde finnas möjligheter för, för mammor från våra länder. Särskilt de som är unga och inte har mycket erfarenheter”.

Behandlingsprocessen har mottagits på ett positivt sätt och föräldrarna, främst mammorna, har rapporterat positiva utvecklingsinslag i det som formulerades av familjen i termer av ”barnuppfostran”. Gruppledarna har varit besökare i familjernas verkligheter och kunde bli insläppta till ett av de mest privata rummen och kunde med samspelsbehandling åstadkomma flera förändringar i familjernas vardag.

Kommentar

Genom utvärderingsintervjuerna kan man utläsa en process som föräldrarna har gått igenom under behandlingens gång. Processen börjar med förälderns egen reflektion kring hur hon/han själv och hur andra samspelar med sina barn. Denna reflektion övergår till en kognitiv förståelse. Föräldern försöker förstå hur hon/han skall göra för att ändra på sitt sätt att relatera till barnet. Denna förståelse leder till en önskan om förändring och utveckling, som leder till en insikt om vikten av att börja med att förändra sig själv. Exempel på hur föräldrarna börjar reflektera över sitt eget beteende är när de jämför sig själva med svenska föräldrar som de iakttagit i olika sammanhang. ”Ni ägnade tid åt barnen och leker med dem”, säger en förälder och tillägger: ”Det som har varit bra är att vi kunde ge barnen tid; vi kunde prata med dem och tidigare har ingen lärt oss hur vi hantera våra barn.”

Den kognitiva förståelsen uttrycks på flera sätt. Exempelvis av föräldern som säger: ”Jag har lärt mig att prata med mitt barn och att inte blir arg eller otålig och blivit medveten om att vi måste förändra vårt sätt att uppföstra barnen och att vi måste lära oss att prata med barnen istället för att skrika eller blir arga”. Likaså önskan om förändring uttrycks av föräldern som säger: ”jag vill få bättre kontakt med mina barn”.

Föräldrarna har fått insikter som vilar på de upplevelser de erfarit. Exempelvis föräldern som säger: ”Vi behöver som föräldrar lära oss hantera egna känslor för att kunna svara på barns behov utan skrik eller våldsamhet.

7. Diskussion

Vi arbetar med flyktingföräldrar som varit utsatta för tortyr och krigstrauman och p.g.a. detta utvecklat PTSD. Begreppet PTSD, som ett psykiskt reaktionsmönster efter att en person

upplevt starka känslomässiga påfrestningar förenat med dödshot, har sin bakgrund i den psykiatriska diagnosen "shellshock" som drabbade första världskrigets soldater i skyttegravarna. Diagnosnamnet ändrades sedan till "combat fatigue" och slutligen till PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Tillståndet kan uppstå efter enstaka starka psykologiska upplevelser där den personliga säkerheten hotats eller i samband med långvariga och upprepade påfrestningar som tortyr, upplevelser av upprepade skenavrättningar, sadistiska våldtäkter etc. PTSD kan också uppstå om man bevittnar sådana händelser utan att själv vara drabbad eller vid bilolyckor, naturkatastrofer etc. Diagnosen kan specificeras vad gäller tidpunkten för symptomens debut respektive hur länge symptomen funnits. Vanligen uppstår PTSD i direkt anslutning till påfrestningen och brukar kallas akut PTSD om symptomen funnits kortare tid än tre månader och kronisk PTSD om symptomen kvarstår under tre månader eller längre. PTSD kan också visa sig en längre tid efter upplevelsen och om minst sex månader passerat från det den traumatiska händelsen inträffade och symptomen visar sig kallas detta "PTSD med försenad debut".

Det föreligger en kvalitativ skillnad av svårighetsgraden vid PTSD när man jämför akut insättande PTSD efter en enstaka svår känslomässig upplevelse och den mer "djupgående" och allvarliga form av PTSD, som uppstår efter långvariga och upprepade svåra trauman. Det har diskuterats om detta tillstånd ska kallas "komplex PTSD" för att särskilja den från övriga PTSD-tillstånd men någon konsensus om detta föreligger inte.

De föräldrar som kommit till vår enhet för behandling har alla upplevelser av den typ som skulle kunna kallas "komplex PTSD". Människor som varit utsatta för sådant extremt våld förorsakat av andra människor och som våra föräldrar upplevt riskerar att tappa tilliten till andra människor och får svårigheter i sin roll som föräldrar. Föräldrarna vi arbetar med har en egen problematik, PTSD, som komplicerar föräldrar-barnrelationen. Det innebär också att det kan vara svårt för föräldrarna att knyta an till behandlarna, då deras problematik uttrycks i undvikande och dissociation och brist på tillit till andra människor. Behandlarnas kompetens, förmåga till flexibilitet och aktiva förhållningssätt samt förmågan att härbärgera känslor blir därför nödvändiga förutsättningar för en framgångsrik behandling. Behandlarna behöver aktivt ta kontakt med föräldrarna, ringa om en förälder inte kommer till överenskommen tid och i varje stund visa intresse för föräldern och barnet och även bekräfta deras framsteg. Detta arbete förutsätter att tolken finns tillgänglig även utanför behandlingstillfällena för att kunna hjälpa till vid t.ex. telefonsamtal.

Vi har valt att använda begreppet kultur i denna rapport, utan att problematisera det mer än nödvändigt för detta kliniska forskningsprojekt. När vi exempelvis talar om att

barnuppfostran ingår i den privata sfären i familjernas kultur, syftar vi på den vanliga uppfattningen inom arabisk, muslimsk kultur att kvinnorna bär huvudansvaret för barnens uppfostran fram till 4-5-årsåldern och att huvudansvaret därefter övergår till mannen.

Ambivalens till att delta i behandlingsprogrammet

Intresse att delta i behandlingsprogrammet fanns bland de familjer på RKC som erbjudits informationssamtal om projektet, men det fanns också en tveksamhet, främst från mödrarnas sida. Som skäl för att avstå, angav mödrarna att de redan hade kunskap om hur man tar hand om barn, som modern som framför att hon var barnsköterska i sitt tidigare hemland (se fallbeskrivning 2, sid 21), eller modern som lyfte fram att det fanns andra behov som kändes angelägnare, som ekonomiskt bistånd till barnet (se fallbeskrivning 1, sid 19). Bakom denna tveksamhet visade sig också finnas en brist på tillit till behandlarna och/eller till behandlingsprogrammet. Först när denna övervunnits genom att behandlarna mer explicit visat sitt intresse och engagemang för familjen, tog föräldrarna beslutet att delta i programmet. De avhopp som därefter skedde, hängde samman med de graviditetskomplikationer som drabbade flera av mödrarna. Av denna erfarenhet kan vi dra slutsatsen att ett aktivt förhållningssätt från behandlarnas sida är en förutsättning för att nå föräldrar med svåra trauman och ett motivationsarbete krävs för att de skall känna sig tillräckligt trygga för att ingå i ett behandlingsprogram tillsammans med andra föräldrar och barn. En mer avvaktande och neutral hållning från behandlarnas sida skulle troligen leda till att den ambivalens som familjerna uttryckte hade fått ta överhanden så att några av familjerna avstått från att ingå i programmet.

Föräldrarnas förståelse för syftet med behandlingsprogrammet

Föräldrarna uttrycker inte under utvärderingsintervjuerna att de uppfattat att behandlingsprogrammet syftar till att underlätta en trygg anknytning mellan föräldrar–barn. Det är angeläget att syftet blir mer klargjort för föräldrarna, att det handlar om hur man som förälder kan utveckla och bli medveten om vikten av emotionell tillgänglighet. Föräldrarna poängterar främst skillnader de har uppmärksammat mellan sig och svenska föräldrar och reflekterade över egen brist på kunskap. Samtidigt framkommer i intervjuerna att de reflekterar över eget beteende och har ökat sin kognitiva förståelse. Vi har funderat över om den förändring som uppnåtts, lika väl hade kunnat uppnås i de föräldragrupper som redan finns på BVC där ett mer psykoedukativt förhållningssätt används. Vår uppfattning är att den insikt vi kunde se hos en familj mellan mor/barn inte skulle kunnat uppnås bara genom

diskussioner och föreläsningar utan förutsättningen var den känslomässiga upplevelsen som kom till stånd genom EAS-filmningar och samspelsbehandlingen mellan mor och barn. Den låg inte på ett kognitivt plan. Vi tror därför att det är viktigt med en behandlingsapproach som komplement till mer pedagogiska insatser.

Vad får en pågående graviditet för betydelse?

Tre av de fem mödrarna var gravida under behandlingsperioden. Mödrarnas behov av att mentalt förbereda sig för det nya barnet kan medföra en känslomässig distans till det lilla barnet. Ett dilemma som kom fram under samspelsbehandlingen, där moderns försök att hålla barnet ifrån sig ledde till motsatsen, att barnet blev alltmer angeläget om att hela tiden få moderns uppmärksamhet. En slutsats vi har dragit av denna erfarenhet är vikten av att vara medveten om en ny graviditets konsekvenser och den svårighet som naturligt uppstår för mödrar när en ny graviditet påbörjats.

Ramar och struktur

För att kunna skapa trygghet och stabilitet är det viktigt att vara noggrann med behandlingsprogrammets ramar och struktur. Detta för att behandlarna skall kunna ha ett flexibelt förhållningssätt till alla de oförutsedda händelser som dyker upp. Gruppen vi arbetat med har många komplicerande psykosociala stressfaktorer; traumatiserade förälder/rar, nytt land, svårt med språk, nya graviditeter, dålig ekonomi, sjuka barn etc. Vi har ständigt ställts inför nya frågor om ramarna för behandlingen: Hur hantera att barn eller syskon blir sjuka. Skall de få komma med till gruppen? Hur ska vi förhålla oss till att föräldrarna uteblir eller kommer mycket för sent? Hur slutet eller öppet skall gruppen vara? Exempelvis kommer vid ett tillfälle en släkting med och deltar i gruppen (sid 22). När skall behandlarna sätta en gräns för släktingars deltagande och när skall de inte göra det? Hur många gånger är optimalt för gruppbehandlingen? Frågor som vi tar med oss i vårt fortsatta arbete.

Behandlarna behöver vara aktiva, hålla strukturen, ta initiativ och följa upp skeenden, se till att skapa stunder då barnen är i fokus och stödja mammorna att följa barnets reglering av närhet och avstånd. Att inte komma för nära, bli för påträngande, men heller inte vara avvisande, oförstående eller ouppmärksam. Behandlarna skall skapa en trygg och positiv gruppkänsla och gemenskap. Trygghet skapas genom förutsägbarhet. Behandlarna behöver vara tydliga med strukturen; Vad skall vi göra? Vad är planerat? Vad förväntas av mig som förälder nu i denna situation?

Mödrarnas och barnens behov

Både mödrarna och barnen har stora behov av att bli omhändertagna, få uppmärksamhet och kontakt. Vid flera tillfällen i gruppen aktualiserades detta och behandlarna försökte få en avvägning mellan de vuxnas och barnens behov. Mödrarna behöver bli väl omhändertagna av behandlarna för att kunna bli omhändertagande gentemot sina barn. Hur tar man hand om mödrar med allvarliga egna trauman och skapar en behandlingsatmosfär som präglas av värme och förståelse? Ett exempel är att inleda samspelsbehandlingstillfället med att äta och dricka något tillsammans i en inbjudande miljö med ett fint dukat bord, en symbol på omsorg och omtanke. Matsituationen innehåller dessutom material om föräldrar-barnrelationen som ger möjligheter till interventioner i samspelsbehandlingen.

Behandlarna behöver vara emotionellt tillgängliga för både mammorna och barnen, lyhörda, flexibla och kreativa. Ofta dyker oväntade situationer upp och det kräver snabbhet och förmåga att fånga tillfället innan det är för sent. Dilemmat, att både barnen och de vuxna har stora egna behov som behöver tillfredsställas, skulle kunna verbaliseras i gruppen tydligare.

Understimulerade barn

Flera av barnen i gruppen föreföll understimulerade. Mödrarna pratade inte med dem, vilket kunde vara en av orsakerna till att en del av barnen hade en försenad språkutveckling, mödrarna lekte inte och sjöng inte med dem. Vår bedömning är att detta berodde på föräldrarnas PTSD-problematik. För dessa barn blev samspelsbehandlingen i grupp mycket stimulerande, vilket också visade sig i att språkutveckling och social utveckling fick en skjuts under behandlingen.

EAS-utvärderingen

Tanken var att använda EAS både som bedömnings- och behandlingsinstrument och för utvärdering av resultat. Vi har använt oss av EAS som bedömningsinstrument av föräldrar-barns anknytningsmönster före behandling. Vi har också använt EAS som fördjupning och fokusering i vår egen handledning, genom att visa videoavsnitt för vår handledare som vi har konsulterat för arbetet med gruppen. EAS filmningarnas fokusering på relationen mellan mor-barn har varit av stor vikt för vår egen kunskapsutveckling och våra egna behandlingsinsatser.

I den familj som vi utförde EAS både före och efter behandling visade anknytningsrelationen på en förändring endast i struktureringsdimensionen, vilket också var att förvänta. Enligt Biringens erfarenheter sker endast små mätbara förändringar i EAS. Exempelvis kan

ett otryggt/ambivalent anknytningsmönster bli mindre otryggt, men vanligen inte övergå till ett tryggt anknytningsmönster efter behandling. Den dimension som det går bäst att påverka är struktureringsdimensionen. Inom kort väntas ytterligare forskning gällande vår målgrupp som utförs på Centrum 45 i Nederländerna att publiceras och därmed belysa denna fråga ytterligare.

Bortfall

Det var endast i en familj som vi kunde utföra EAS efter avslutad behandling. Anledning till detta var att det uppstod graviditetskomplikationer i de övriga familjerna, som medförde att mödrarna inte kunde komma till centret för ytterligare en filmning efter avslutad samspelsbehandling. Under behandlingsperioden avbröts kontakten efter 2 ggr för en familj, efter 3ggr för en familj och den tredje familjen tvingades avbryta efter avslutad behandling, då hon blev sängliggande. Att så många av våra mödrar var gravida innebar således en del problem som vi inte var förberedda på, men något som vi måste ta med i beräkningen för framtida grupper. En information vi bör ha med vid urvalstillfället.

I två av fallen var komplikationerna allvarliga, i det tredje mer fråga om svårt övergående illamående. Samtliga barn föddes i rätt tid och mådde bra vid födseln.

Trots bortfall i studien har fyra familjer deltagit i utvärderingsintervjuerna där de har kunnat ge sina kommentarer om behandlingen. Detta har gett oss möjligheter att dra vissa slutsatser av projektet. Att intervjuerna gick att genomföra blev möjligt genom att intervjuerna gjordes i hemmen, något som ursprungligen inte var planerat.

De psykopedagogiska insatserna

Behandlingsarbetet i detta projekt har fokuserats på mödrarna och barnen. De psykopedagogiska insatserna med bägge föräldrarna i familjesamtalen, före och efter samspelsbehandlingen med mammor och barn i grupp, har dock varit väsentliga för utfallet av projektet. De psykopedagogiska insatserna är viktiga. Förklara för föräldrarna till exempel att barn i den åldern brottas med känslor som inte är lätta att förstå för vuxna. Det finns en risk för feltolkning av små barns känslor och denna risk är ännu större för föräldrar med obearbetade trauman/PTSD. Behandlarna behöver stödja föräldrarna att uppmärksamma sitt barn, så att hon/han ser och förstår barnets behov, samt att förstå sina egna reaktioner i samspelet med barnet.

Under uppföljningsintervjuerna visade det sig att papporna har följt behandlingsprocessen och uppskattat att mammorna varit nöjda med sitt deltagande i gruppen och sett den positiva förändring som skett i samspelet med de egna barnen.

Övriga reflektioner

Förarbetet tog mycket längre tid än vi planerat. Det kräver således mer tid. Hänsynstagande till familjernas exilsituation - med ekonomisk och social stress, med extrema psykosociala stressfaktorer till följd av traumatisering och utveckling av PTSD - samt med förändringar i familjen, som exempelvis nya graviditeter i flera av familjerna, har lett till att vi fått anpassa planeringen av behandlingsprogrammet till många olika faktorer.

Antalet familjer som samtidigt kan vara i en samspelsbehandlingsgrupp är begränsat. Från vår erfarenhet med den första gruppen har vi kommit fram till att gränsen bör sättas vid fyra familjer. Då det förutom dessa åtta personer tillkommer två behandlare och en tolk, blir det sammanlagt elva personer. Det blir många relationer att vara uppmärksam på och hårbärgera. Dessutom måste hänsyn tas till att det som sägs skall tolkas.

8. Reflektioner inför fortsättningen

Undersökningens syfte var att utifrån anknytningsteorin och modern traumaforskning utpröva en behandlingsmetod, byggd på samspelsbehandling i grupp kompletterad med psykopedagogiska samtal med föräldrarna för att underlätta utvecklandet av en trygg anknytning mellan föräldrar och barn. Samspelsbehandling är inte utprövad på flyktingföräldrar med komplexa trauman. Skillnaden mellan denna målgrupp och andra är:

- Föräldrarna har genom sin PTSD en annan problematik med bland annat dissociation som försvar
- Föräldrarna är utsatta för exilrelaterad stress kring sociala och ekonomiska förhållanden i det nya landet
- Föräldrarna har anhöriga kvar i sitt forna hemland som de oroar sig för
- Behandlingen måste ske genom tolk

Följande försiktiga svar kan ges på de frågeställningar som uppställts. Undersökningen är en pilotstudie med kvalitativ beskrivande ansats där följande försiktiga svar erhöles på de ställda frågorna och där erfarenheterna motiverar att undersökning vidareutvecklas.

- Hur upplever och tillgodogör sig traumatiserade flyktingfamiljer samspelsbehandling?
Familjerna ansåg sig väl omhändertagna, sedda och bekräftade i behandlingsprogrammet.
- Finns det psykokulturella faktorer som man behöver ta speciell hänsyn till?
Det förefaller som att kulturella skillnader inte har utgjort något hinder, då familjerna uttryckt att de har kunnat ta emot denna behandlingsmetod som är relativt främmande för deras kultur, enligt vilken barn och familj tillhör den privata sfären.
- Vilken betydelse har tolkens roll i behandlingsprogrammet?
De samtal som genomförts kontinuerligt med tolken före och efter varje behandlingstillfälle har visat att det finns svårigheter som behandlarna och tolken måste vara uppmärksamma på, då tolken lätt blir alltför involverad i behandlingen av både mödrarna och barnen. Ett gediget arbete bör läggas ner på att göra en överenskommelse med tolken om både yttre ramar, såsom att tolken är med i hela behandlingsprogrammet, och om innehållet i behandlingsprogrammet så att tolken är införstådd med tankegångarna bakom interventionerna och på så sätt får lättare att tolka behandlarnas avsikter.
- Hur verkar behandlingsinsatsen med hänsyn till förändring/effekt?
Föräldrarna har blivit medvetna om eget samspel med barnet, vilket ger möjlighet till reflektion och utveckling. En positiv familjeutveckling har uppnåtts genom behandlingsmetoden. Mannen i familjen har blivit emotionellt engagerad i en sfär som kulturellt anses tillhöra kvinnans domän, omhändertagande och uppfostran av små barn upp till 4-5 årsåldern. Könsskillnader i barnuppfostran började diskuteras av kvinnorna i gruppen, liksom kvinnans självständighet och egen roll.

Enligt vår bedömning är båda delarna av programmet, dvs. de psykopedagogiska familjesamtalen där fäderna inkluderas och samspelsbehandlingen med mor-barn i grupp angelägna och viktiga att utveckla.

Fortfarande återstår det att närmare kunna beskriva om programmet kan ändra anknytningsmönstret. För den familj där mätningar gjorts både före och efter behandlingen kunde en positiv förändring avläsas i en av de dimensioner som mäts genom EAS.

Huruvida metoden fått effekt för utvecklandet av relationen mellan mor och barn eller ej är antalet familjer för få för att frågan kan besvaras. Studien huvudsyfte var att se om metoden var möjlig att använda i en mor-barngrupp med torterade föräldrar och med hjälp av tolk. Svaret på det är otvetydigt ”ja”, vilket bekräftades genom intervjuerna och vår egen bedömning. Pilotstudien har också givit ett antal nya frågor som belysts i diskussionsavsnittet, frågor som fortsatta undersökningar får besvara.

9. Referenser

- Ainsworth, M.D.S. (1969). Object Relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40:969-1025.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., and Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*.
- Angel, B. & Hjern, A., (2004). *Att möta flyktingar*, Studentlitteratur, Lund.
- Biringen, Z., (2009). *The Universal Language of Love: Assessing Relationships through the Science of Emotional Availability*, Hardcover.
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas: Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Sv. Översättning. Philippa Wiking. Stockholm. Natur och Kultur. Originalets titel: *A secure base*.
- Cederström, A., (2006). *Samspelsbehandling – små barn och deras föräldrar, en utvärdering av samverkans- och mellanvårdsprojektet Gungan*, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.
- Daud, A. (2008). *Post-Traumatic Stress Disorder and Resilience in Children of Traumatized Parents: a Transgenerational Perspective*. Karolinska Institutet, Stockholm.
- De Haene, L., Grietens, H., Verschueren, K., (2010). Adult attachment in the context of refugee traumatization: the impact of mind regarding attachment, *Attachment & Human Development*, Vol.12, No.3, May 2010, 249-264.
- Emde, R. (1980). Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. In P. M. Taylor (Ed.), *Parent-infant relationships*. (pp. 87-115). Orlando, FL: Grune & Stratton.
- Fazel, M, Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005; 365:1309-14.
- Hedenbro, M. (2006). *The family triad - the interaction between the child, its mother, and father from birth to the age of 4 years old*, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Hesse, E & Main, M. (1999). Second-generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry*, 19:4, 481-540.
- Hjern, A. (1998). *Migration till segregation. En folkhälsorapport om barn med utländskt ursprung i Stockholm*. Centrum för Barn och Ungdomshälsa, Samhällsmedicin Syd. Stockholms läns landsting.
- Hjern, A. (2009). *Migration och hälsa*, Socialstyrelsens Folkhälsorapport, Stockholm.

- Krystal H. & Niederland WG (1968). Clinical observation on the survivor syndrome. In: Krystal H. ed. *Massive Psychic Trauma*, pp. 327-348. New York, Int Universities Press.
- Lundequist, B., Löf, L., Penaloza, C., Ringsby, G. (1995). *Barn, krig och psykoterapi*, Rädda Barnen, Stockholm.
- Lyons-Ruth, K., (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized easy attachment patterns, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64; 64-73.
- Mahler, M.S., Pine, F. & Bergman, A. (1975), *The Psychological Birth of the Human Infant*. London: Hutchinson.
- www.migrationsverket.se
- Neander, K. (2009). *Indespensible Interaction. Parent's Perspectives on Parent-child Interaction Interventions and Beneficial Meetings*. Örebro Universitet.
- Neander, K. (2011). *Mötets magi – om samspelsbehandling och vardagens välgörande möten*, Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Nyberg, E., (1998). *Spädbarn och deras mödrar i ett mångkulturellt område – en spädbarnsverksamhet i samverkan*, FoU-rapport 98-01, Stockholms läns landsting.
- Nyberg, E. (2000). *Föräldrastöd i grupp i ett mångkulturellt område – samverkan kring en gruppverksamhet för spädbarnsmödrar*, FoU-rapport 00-01, Stockholms läns landsting.
- Salomonsson, B. (2010). “Baby Worries” – a randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Sjölund, B., Kastrup M., Montgomery, E., Persson, A. (2009). Rehabilitating torture survivors, *J Rehabil Med* 2009; 41: 689-696.
- Stern, D.N. (1996). *Moderskapskonstellationen: en integrerad syn på psykoterapi med föräldrar och små barn*. Natur och Kultur. Stockholm.
- Stern, D.N. (2005). *Ögonblickets psykologi – om tid och förändring i psykoterapi och vardagsliv*, Bokförlaget Natur & Kultur, Falköping.
- Wickberg, B. (1996). *Postnatal Depression*, Department of Psychology, Göteborg University.
- Yehuda, R. & Bierer, L. (2008). Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk, *Progress in Brain Research*, Vol. 167, Chapter 9.