



Effekter av anknytningsbaserade interventioner för yngre barn och deras omvårdnadspersoner
– En kunskapsöversikt

Ann-Sofie Bergman & Elizabeth Hanson

NkaTM

Linnéuniversitetet 

**Effekter av anknytningsbaserade interventioner för yngre barn och deras
omvårdnadspersoner: En kunskapsöversikt**

© 2016 Författaren och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FÖRFATTARE Ann-Sofie Bergman & Elizabeth Hanson

OMSLAG OCH LAYOUT Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FOTO Symbolbilder.se

ISBN 978-91-87731-45-7

TRYCKERI Sandstens Tryckeri AB, Västra Frölunda

Förord

Sedan år 2010 säger hälso- och sjukvårdslagen att personal inom hälso- och sjukvården har ett ansvar att ta hänsyn till barns och ungas behov av information, råd och stöd när en förälder missbrukar beroendeframkallande medel, har en psykisk störning, funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller när en förälder oväntat avlider. Regeringen har tagit initiativ till ett brett nationellt utvecklingsarbete, där Socialstyrelsen, Statens Folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting arbetar tillsammans för att stärka stödet till barn och unga i utsatta situationer.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) har fått i uppdrag av Socialstyrelsen att i samverkan med Linnéuniversitetet bygga upp en bas för kunskapsproduktion inom området Barn som anhöriga, och att stimulera och stödja utvecklingen inom området.

Den här kunskapsöversikten handlar om anknytningsbaserade interventioner till spädbarn och yngre barn (0–5 år) och deras närmaste omvårdnadspersoner. Anknytning handlar om barns behov av trygghet och närhet till minst en anknytningsperson för att kunna utvecklas och använda sina egna resurser. En trygg anknytning i relationen mellan barn och omvårdnadsperson är relaterat till ett positivt långsiktigt utfall för barnen. Åt andra hållet kan barn som har erfarenhet av omsorgssvikt och vanvård få problem med anknytningen till nya personer. Det finns flera faktorer som kan skapa svårigheter i barnets anknytning till sina föräldrar eller andra personer som vårdar barnet. Till exempel så kan en förälder med otillfredsställda behov, psykosociala och psykiska problem eller egna otrugga anknytningserfarenheter få svårt att uppfylla sitt barns känslomässiga behov.

Ur ett internationellt perspektiv har det utvecklats flera behandlingsmetoder för barns anknytning under de senaste decennierna. I översikten riktas fokus på dessa typer av behandlingsmetoder med syftet att systematiskt kartlägga, granska och sammanställa kunskap om effektstudier av metoder för samspelsbehandling, samt att göra en analys av kunskapsläget i ett effektsammanhang. Vidare syftar kunskapsöversikten till att ge vägledning och inspiration till personal inom hälso- och sjukvård, social tjänst och andra organisationer som möter spädbarn och yngre barn och deras förälder.

Kunskapsöversikten ingår i en serie inom området Barn som anhöriga och är framtagen av Ann-Sofie Bergman, universitetslektor, Linnéuniversitetet och Elizabeth Hanson, professor, Linnéuniversitetet och FoU ledare Nka. En tidigare version av manuset har lästs och kommenterats av Merike Hansson, Socialstyrelsen och Pia Risholm Mothander, docent i psykologi vid Stockholms universitet. Deras synpunkter har beaktats i det slutliga manuset.

Vi hoppas att den här kunskapsöversikten ska komma till nytta för dig. Vill du fördjupa dig ytterligare så finns de refererade källorna tillgängliga i Nka:s bibliotek. De kan erhållas till självkostnadspris genom kontakt med Nka:s administratör, e-post: info@anoriga.se eller telefon: 0480-41 80 20.

Lennart Magnusson
Verksamhetschef

Elizabeth Hanson
FoU-ledare

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	7
1 Inledning.....	9
Syfte och frågeställningar.....	10
Begrepp.....	10
Disposition.....	11
2 Anknäytningsteori.....	13
Anknäytningebeteende.....	13
Anknäytning och omvårdnad.....	13
Organiserad anknäytning.....	14
Trygg anknäytning	14
Otrygg anknäytning.....	15
Desorganiserad anknäytning	16
Faktorer som kan påverka anknäytning negativt.....	17
3 Metod och tillvägagångssätt.....	19
Inklusionskriterier.....	19
Förfarande vid litteratursökning	21
Avgränsning.....	22
Analys	23
4 Vilka metoder har utvärderats med fokus på effekter?	25
5 Hur ser kunskapsläget ut om effekter av utvärderade metoder?	31
Sammanfattande analys av effekter.....	40
6 Slutsatser och diskussion	45
Vilka slutsatser kan dras om behov av fortsatt forskning?.....	47
Implikationer för praktiken	48
Referenser.....	51
Bilaga 1 Utfallsmått i inkluderade studier	59
Bilaga 2 Beskrivning av metoder och analys av inkluderade studier.....	63

Program for first time mothers to improve maternal sensitive responsiveness	63
The Circle of Security – Home Visiting – 4 Intervention (COS-HV4)	64
The Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)	67
The Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)	68
The Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)	70
Video-feedback and Attachment Discussions	71
Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting with a Representational focus (VIPP-R)	73
Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)	75
Promoting First Relationships Programme (PRF)	76
Home Visiting Program	79
Home Visiting Intervention	80
Home Visiting Mother-Baby Intervention	82
Infant-Parent Psychotherapy (IPP) och Child-Parent Psychotherapy (CPP)	84
Toddler-Parent Psychotherapy (TPP)	88
Preschooler-Parent Psychotherapy (PPP)	90
Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers (MTFC-P)	91
UCLA Family Development Project Intervention	92
Mother-Infant Psychoanalytic Treatment (MIP)	94
Psychodynamic Therapy – Non-directive Supporting Counselling – Cognitive Behavioral Therapy	96
Volunteer Coach	97
Bilaga 3 Dokumentation av informationsökning	99

Sammanfattning

Denna kunskapsöversikt har fokus på anknytningsbaserade interventioner till spädbarn och yngre barn (0–5 år) och deras närmaste omvårdnadspersoner. Anknytning handlar om barns behov av trygghet och närhet till minst en anknytningsperson för att kunna utvecklas och använda sina egna resurser. En trygg anknytning i relationen mellan barn och omvårdnadsperson är relaterat till positivt långsiktigt utfall för barnen. I ett internationellt perspektiv har ett flertal behandlingsmetoder utvecklats under de senaste decennierna för att främja samspel och barns anknytning. Det är effekter av sådana interventioner som är i fokus för denna översikt. Syftet är att systematiskt kartlägga, granska och sammanställa kunskap om effektstudier av metoder för samspelsbehandling samt att göra en analys av kunskapsläget i ett effektsammanhang. Följande frågeställningar är i fokus:

- Vilka metoder för samspelsbehandling har utvärderats med fokus på behandlingens effekter för barns anknytning och omvårdnadspersoners lyhörddhet?
- Hur ser kunskapsläget ut vad gäller effekter av utvärderade metoder?
- Vilka slutsatser kan dras om behov av fortsatt forskning?

Översikten är avgränsad till interventioner som ges av professionella och där populationen tillhör någon riskgrupp i ett anknytningsperspektiv. Mer än två tusen referenser har granskats. Slutligen har 31 referenser inkluderats vilka behandlar 16 olika metoder. Samtliga studier har randomiserad kontrollerad design. De har genomförts i USA, Nederländerna, Kanada, Storbritannien, Portugal och Sverige. Metoderna syftar till att förbättra omvårdnadspersonernas förmåga att uppfatta sina barns signaler och ge dem ett lyhört gensvar. Medan några metoder är inriktade på att förändra omvårdnadspersonernas beteende är andra inriktade på att förändra deras egna anknytningsrepresentationer. I det senare fallet är avsikten att omvårdnadspersonerna ska bli medvetna om hur deras egna tidigare relationserfarenheter kan påverka deras relation till sitt barn. Behandlingen syftar till att ge omvårdnadspersonerna en korrektiv emotionell erfarenhet som i sin tur ska öka deras lyhörddhet och intoning i relation till sina barn. Det finns också metoder som är inriktade på att ge socialt stöd till omvårdnadspersonerna. De flesta metoder ges i familjernas hemmiljö. Det finns en stor variation i omfattning, allt ifrån tre sessioner upp till behandling under flera års tid. I några interventioner arbetar behandlarna med videoinspelningar där omvårdnadspersonerna får feedback på spelet med sina barn. Behandlingen har i de allra flesta fall getts till dyaden mor-barn. Det är få fäder som deltar i interventionerna. Det finns exempel på metoder som riktas till fosterbarn och deras omvårdnadspersoner.

Flera studier har visat signifikanta effekter för barns anknytning och/eller omvårdnadspersoners lyhörddhet/känslomässiga tillgänglighet. Det finns studier som har visat effekt

i form av minskad andel barn med desorganiserad anknytning, vilket är det anknytningsmönster som är tydligast förknippat med problem för barn senare under utvecklingen. Det finns även studier som förutom effekter för anknytning och samspel har visat effekter för barnens hälsa och utveckling samt omvårdnadspersonernas hälsa, upplevelse av stöd och förbättrade relationer till personer i deras närmaste omgivning. Det är betydelsefulla resultat i sammanhanget för att främja barns anknytning och omvårdnadspersoners lyhördhet.

1 Inledning

Under senare decennier har en mängd behandlingsprogram utvecklats internationellt för att förebygga svårigheter och förbättra risk- eller problemfyllda relationer mellan föräldrar och barn. Programmen kan ha olika fokus, bygga på olika metoder och ta sin utgångspunkt i skilda teoretiska inriktningar. Gemensamt för olika typer av samspelsbehandlingar är att det är relationen mellan förälder och barn som är i fokus. Den här kunskapsöversikten är en sammanställning och analys av forskning om effekter av sådana interventioner för yngre barn och deras närmaste omvårdnadspersoner. Det finns behov av tillgång till aktuell kunskap om internationellt utvärderade interventioner som kan prövas i Sverige. Idag ser det mycket olika ut runtom i landet vilken hjälp som erbjuds till spädbarn/yngre barn och deras föräldrar vid behov av samspelsbehandling (Risholm Mothander & Broberg, 2015).

Anknytningens betydelse för människans utveckling har uppmärksammats sedan decennier tillbaka. Anknytning handlar om människors behov av nära känslomässiga relationer och hur människor fungerar i nära relationer (Bowlby, 2010, Broberg et al., 2006). Anknytningsteorin utvecklades på 1960-talet av den engelske psykoanalytikern John Bowlby (1907–1990). Teorin har senare vidareutvecklats av andra teoretiker, där den amerikanska psykologen Mary Ainsworth (1913–1999) har haft stor betydelse. Anknytningsteorin beskriver barns behov av trygghet och närhet till sin förälder för att kunna utvecklas och använda sina egna resurser (Bowlby, 1969). Den beskriver en process vars resultat är ett psykologiskt band mellan barnet och dess närmaste anknytningsperson. Enligt teorin är anknytning en biologisk förprogrammerad benägenhet hos barnet att knyta an emotionellt till minst en speciell person. Barnet söker närhet till sin anknytningsperson när det känner oro eller upplever fara med förväntan att anknytningspersonen ska ge barnet skydd och trygghet. Anknytningen har avgörande betydelse för barnets överlevnad och säkerhet. Barnets anknytning och anknytningspersonens omsorg möjliggör barnets utveckling och utforskande av sin omgivning under trygga och säkra förhållanden. Barnet behöver under sin utveckling en *trygg bas* att utforska världen från och en *säker hamn* att kunna återvända till när världen upplevs vara farlig (Ainsworth et al., 1978, Risholm Mothander & Broberg, 2015, Bowlby, 2010).

I följande citat beskriver John Bowlby föräldraomvårdnadens betydelse som en trygg bas för barnets utveckling:

Detta leder mig till ett centralt inslag i vad jag menar med föräldraomvårdnad – att båda föräldrarna ska utgöra en trygg tillflykt, en bas från vilken barnet eller tonåringen kan ge sig ut i världen utanför och till vilken det kan återvända, viss om att bli välkomnat när det kommer dit, få fysisk och känslomässig näring, bli tröstat om det är ledset och lugnat om det är oroligt. I denna roll ligger främst att man finns till hands, beredd att om så krävs uppmuntra och kanske bistå,

men att man inte ingriper aktivt om det inte är klart nödvändigt (Bowby, 2010, s. 33).

Anknytningspersonen har en viktig roll i att stödja det lilla barnets reglering av känslor. Regleringen av känslor grundläggs under den tidiga barndomen och är en förutsättning för att individen genom livet ska kunna fungera i sina sociala relationer. En individs anknytningsmönster påverkar dess interaktioner med andra personer i omgivningen (Neander & Risholm Mothander, 2015). Utifrån de erfarenheter individen har av omvårdnad utvecklas, enligt anknytningsteorin, inre arbetsmodeller vilka är representationer av själv och själv i relation till andra. Dessa inre arbetsmodeller karaktäriseras av de omsorgsgivande och omsorgssökande beteenden som individen har erfarenhet av och har övat in från tidig barndom (Toth et al., 2002). Den känslomässiga tillgänglighet och lyhördhet som en anknytningsperson ger sitt barn påverkar alltså de erfarenheter som styr hur barnet lär sig att hantera sina egna känslor och behov. I ett längre perspektiv påverkar dessa erfarenheter hur barnet kommer att se på sig själv och på sig själv i relation till andra, vilket har betydelse för utvecklingen av nya relationer.

Svårigheter kan uppstå i barnets anknytning till sina föräldrar eller andra personer som vårdar barnet. En förälder med egna känslomässiga problem eller otillfredsställda behov kan få svårt att vara lyhörd i sin funktion att stödja ett litet barns känslomässiga behov (Neander & Risholm Mothander, 2015). Den vuxne kan vara upptagen av egna problem och behov. Det kan röra sig om psykosociala och psykiska problem eller egna otrygga anknytningserfarenheter. Barn som har erfarenhet av omsorgssvikt och vanvård kan få problem med anknytningen till nya personer (Cicchetti et al., 2006, Cicchetti et al., 2011).

Syfte och frågeställningar

Syftet med kunskapsöversikten är att systematiskt kartlägga, granska och sammanställa kunskap om effektstudier av metoder för samspelsbehandling riktat till spädbarn och yngre barn (0–5 år) och deras omvårdnadspersoner, samt att göra en analys av kunskapsläget i ett effektsammanhang. Följande frågeställningar är i fokus:

- Vilka metoder för samspelsbehandling har utvärderats med fokus på behandlingens effekter för barns anknytning och omvårdnadspersoners lyhördhet?
- Hur ser kunskapsläget ut vad gäller effekter av utvärderade metoder?
- Vilka slutsatser kan dras om behov av fortsatt forskning?

Begrepp

Omvårdnadsperson. Det är vanligt att den forskning som presenteras i översikten rör relationen mellan mamma och barn. Yngre barns närmaste anknytningsperson är ofta

mamman men kan även vara pappan eller någon annan person, till exempel en familjehemsförälder, varför vi här har valt att använda ordet omvårdnadsperson, vilket också kan kopplas till Bowlbys begrepp *omvårdnad* (Bowlby, 2010) som vi återkommer till i kapitel två om anknytningsteori.

Anknytningsrepresentation. Med anknytningsrepresentation avses minnen av anknytningsbeteenden, vilka dels kan ta sig uttryck i medvetna minnesbilder, dels komma till uttryck på ett omedvetet sätt i en persons reaktioner eller sätt att berätta om sina barndomsminnen (Egidius, 2016).

Disposition

Efter detta inledningskapitel följer i kapitel två en kortfattad genomgång av anknytningsteori som vi ser som en nödvändig grund för förståelsen av kunskapsöversikten. Därefter följer i kapitel tre en beskrivning av metod och tillvägagångssätt för det här arbetet – inklusionskriterier, förfarande vid litteratursökning, avgränsningar samt analys. Kunskapsöversikten bygger på ett relativt stort antal effektstudier av anknytningsbaserade interventioner. För att underlätta läsningen har vi valt att i resultaten (kapitel fyra och fem) göra översiktliga analyser, framför allt i tabellform. För den läsare som vill fördjupa sig i innehållet i de specifika behandlingsmetoderna eller i effektutvärderingarna hänvisar vi till bilaga två, där vi kortfattat beskriver samtliga studier avseende behandlingsmetoder, studiedesign samt resultat. I bilagor finns också beskrivningar av de utfallsmått som har använts i inkluderade studier (bilaga ett) samt dokumentation av informationssökningen för denna kunskapsöversikt (bilaga tre).

2 Anknytningsteori

Anknytningsbeteende

Anknytningsbeteende är de beteenden som underlättar för barnet att upprätta och upprätthålla närhet till sin omvårdnadsperson, en identifierad individ som "uppfattas som i bättre stånd att klara av världen" (Bowlby, 2010, s. 50). Anknytningsbeteende kan handla om exempelvis ögonkontakt, joller, leende, gråt, att krypa till föräldern, klänga på föräldern, följa efter föräldern. Barnets signaler syftar till att söka omvårdnadspersonens gensvar, närhet och beskydd (Ainsworth et al., 1978, Bowlby, 2010). Både inre och yttre faktorer har betydelse för aktivering av anknytningssystemet. Inre faktorer hos barnet som aktiverar anknytningssystemet kan vara smärta, sjukdom, utmattning, hunger och rädsla, medan yttre faktorer kan röra sig om fysisk separation från anknytningspersonen, ensamhet, främmande personer och situationer, mörker, höga ljud, plötsliga temperaturförändringar, djur som närmar sig (Broberg et al., 2006, Bowlby, 1969, Bowlby, 2010). Fysisk närhet till anknytningspersonen sätter anknytningssystemet åter i viloläge. Att anknytningspersonen finns tillgänglig ger trygghet och uppmuntrar barnet att uppskatta och fortsätta relationen (Bowlby, 2010).

Barn kan visa anknytningsbeteende mot flera personer utan att ha en anknytningsrelation till dem. För att en anknytning ska utvecklas krävs tid, engagemang och kontinuitet i kontakten mellan barnet och omvårdnadspersonen (Broberg et al., 2006). Anknytningsbeteende finns hos människan under hela livsrytmen, särskilt i nödsituationer, även om det är tydligast under den tidiga barndomen (Bowlby, 2010).

Anknytning och omvårdnad

Begreppet omvårdnadssystem syftar på omvårdnadspersonens band till sitt barn. Barnet signalerar sina behov av närhet, tröst och beskydd. Omvårdnadspersonen svarar på barnets signaler genom sitt omvårdnadsbeteende, till exempel genom att tala lugnande till barnet, att lyfta upp eller krama om barnet. Detta gensvar från föräldern benämndes av Bowlby som *omvårdnad* (caregiving) (Bowlby, 1969, Bowlby, 2010). *Anknytning* (attachment) är barnets känslomässiga bindning (affectional bond) till omvårdnadspersonen (Ainsworth et al., 1978) och *omvårdnad* är uttryck för omsorgsgivarens bindning till barnet. Tillsammans formar dessa bindningar en betydelsefull aspekt av föräldra-barnrelationen (Ainsworth et al., 1978). Anknytnings- och omvårdnadsrelationen mellan ett barn och en förälder är ojämlig i den betydelsen att barnet får och föräldern ger. Anknytning mellan barn och omvårdnadsperson utvecklas på basis av obruten kontakt och fysisk närhet. I stort sett alla barn knyter an till sin omvårdnadsperson. Ett undantag kan vara barn med mycket grava funktionsnedsättningar. Det är dock viktigt att skilja mellan

att utveckla en anknytning och kvaliteten på anknytningen. Spädbarn knyter an till sin förälder även om denne utsätter dem för misshandel eller vanvård, men olika mönster av anknytning utvecklas beroende av vilken omvårdnad barnet får och hur relationens förutsättningar ser ut (Broberg et al., 2006).

En anknytningsrelation innebär att det finns ett känslomässigt band som:

- Har varaktighet över tid
- Riktas mot en specifik individ som inte är utbytbar
- Har känslomässig relevans för individen
- Kännetecknas av att personerna söker varandras närhet
- Innebär att personerna upplever obehag vid ofrivillig separation från den andre
- Innebär att den som är anknuten söker trygghet, tröst och beskydd hos sin anknytningsperson (Broberg et al., 2006, s. 55).

Mary Ainsworth och hennes medarbetare gjorde studier av mor-barn-relationen dels i Uganda dels i USA och fann att anknytningsutvecklingen hade slående likheter trots kulturella skillnader. Senare tvärkulturell forskning har återkommande visat koppling mellan trygg anknytning och lyhörd och förutsägbar omvårdnad. Skillnader mellan barn inom samma kultur verkar vara större än skillnader mellan olika kulturer (Broberg et al., 2006).

Organiserad anknytning

Barn utvecklar olika anknytningsmönster beroende på vad som kännetecknar relationen mellan barnet och dess omvårdnadsperson och vilken typ av omvårdnad barnet får. De flesta barn utvecklar en organiserad anknytning till sina föräldrar. Det innebär att de utvecklar klara strategier för att hantera stressande händelser när föräldrarna finns närvarande. Om barnet får trygghet och beskydd när det söker närhet hos sin anknytningsperson kallas anknytningen trygg. När svåra och hotfulla situationer uppstår söker det tryggt anknutna barnet sin förälders tröst. Otryggt anknutna barn kan vända sig ifrån sina föräldrar eller kan vara svåra att trösta. Otrygg anknytning utvecklas som en strategi för att få skydd. Barnet lär sig att anpassa sig till att omvårdnadspersonen inte kan möta dess önskan om närhet. Barn utvecklar organiserade strategier baserat på en historia av interaktioner med föräldrar, där de lär sig om föräldrarna kommer att vara tillgängliga och responsiva till deras signaler vid nödsituationer (Ainsworth et al., 1978, Bernard et al., 2012).

Trygg anknytning

Barn som har lyhörda omvårdnadspersoner utvecklar vanligen trygg anknytning (secure). Föräldrars lyhördhet (sensitivity) har definierats som en förälders förmåga att

se saker från sitt barns perspektiv, att uppfatta sitt barns signaler, tolka dem korrekt samt att snabbt ge barnet lämpligt gensvar på dessa signaler (Ainsworth et al., 1978). Ett barn med trygg anknytning visar tecken på att sakna sin förälder vid separation, hälsar aktivt på föräldern vid återförening och återgår sedan till sin lek (Ainsworth et al., 1978). Barnet vänder sig till föräldern för att få skydd och tröst när barnet behöver det och använder sin förälder som en trygg bas från vilken det utforskar och upptäcker världen. Om barnet kan förlita sig på att omvårdnadspersonen är tillgänglig och ger trygghet och beskydd när barnet behöver det kallas anknytningen trygg. Ungefär 60–70 procent av barnen i en icke-klinisk population visar en trygg anknytning till någon av sina föräldrar (Broberg et al., 2006). Trygg anknytning har en positiv påverkan på det individuella barnets emotionella och sociala fungerande såväl här och nu som under sin fortsatta utveckling (Sroufe et al., 2005).

Otrygg anknytning

Om barnets närhetssökande till anknytningspersonen inte leder till en ökad känsla av trygghet och beskydd kallas anknytningen otrygg. Otrygg anknytning stör balansen mellan barnets trygghetssökande och utforskande (Broberg et al., 2006). Om föräldrar konsekvent avvisar eller ignorerar barnets signaler och behov av trygghet kan barnet utveckla otrygg undvikande anknytning (insecure-avoidant) (Ainsworth et al., 1978). Barnet ser då ut att inte behöva sina föräldrar genom att det vänder sig från föräldern när det har behov. Otrygg undvikande anknytning kan utvecklas om barnet har erfarenhet av att föräldern har avvisat eller förlöjligat barnets anknytningssignaler. Barnet lär sig att minimera sina signaler och att deaktivera anknytningssystemet. Barnet får då själv hantera svåra situationer som det inte är moget för (Broberg et al., 2006). Cirka 15–25 procent av barn i västvärden beräknas ha en undvikande anknytning. Det verkar finnas en lägre andel barn med undvikande anknytning i kulturer som har mindre fokus på oberoende och självständighet (Broberg et al., 2006). En meta-analys av Groh med flera författare visar samband mellan undvikande anknytning och internaliserande symtom (Groh et al., 2012), det vill säga symtom som vänds inåt såsom exempelvis oro och ångest.

Barn vars föräldrar är inkonsekventa i sin respons på barnens signaler kan utveckla otrygg ambivalent/motspänstig anknytning (insecure-ambivalent/resistant) (Ainsworth et al., 1978). Barn med otrygg ambivalent anknytning tenderar att alternera mellan att klamra sig fast vid sin förälder och att skjuta bort föräldern från sig. Omkring 5–15 procent av barn i västvärlden beräknas visa en otrygg ambivalent/motspänstig anknytning (Broberg et al., 2006).

Sammanfattningsvis behöver barnet under sin utveckling en *trygg bas* att utforska världen från och en *säker hamn* att kunna återvända till när världen upplevs vara farlig (Ainsworth et al., 1978, Bowlby, 2010, Risholm Mothander & Broberg, 2015). Otrygg anknytning kan utvecklas om barnet inte kan lita på att omvårdnadspersonen finns där när barnet behöver det. Barnet kan då ”i princip, välja mellan att ängsligt klamra sig fast vid föräldern (dvs. aldrig lämna basen) eller att bete sig som om hamnen inte behövs (dvs.

inte använda den för ökad egen säkerhet eller för känslomässig påfyllning)" (Broberg et al., 2008 s. 25). En meta-analys från början av 1990-talet av studier som involverade totalt 1584 barn i Nordamerika indikerade att ungefär 33 procent av barnen hade en otrygg anknytning, varav cirka 21 procent otrygg undvikande och 12 procent otrygg ambivalent (van IJzendoorn et al., 1992). Barn kan utveckla olika anknytning till sina föräldrar, till exempel en trygg anknytning till sin mor, men inte till sin far, eller tvärtom (Bowlby, 2010).

Desorganiserad anknytning

Det har visat sig att en del barn inte har varit möjliga att kategorisera enligt det system Mary Ainsworth utvecklade, vilket bygger på trygg, otrygg undvikande, samt otrygg ambivalent anknytning (Ainsworth et al., 1978). De barn vars anknytningsmönster har visat sig vara svårt att kategorisera kan till exempel visa brist på strategi eller kollaps i strategi när de är oroliga och har behov av stöd samt har sin anknytningsperson tillgänglig. Denna kollaps i strategi har benämnts *desorganiserad anknytning* (Main & Solomon, 1990). En avgränsning här är att barnets beteende inte kan förklaras av någon funktionsnedsättning (Bakermans-Kranenburg et al., 2005). Mary Main och Judith Solomon har identifierat specifika sätt som barn kan visa vid denna kollaps, såsom motstridigt beteende, frysning av rörelse, förvirring, rädsla för föräldern (Main & Solomon, 1990). I litteraturen ges exempel som att barnet närmar sig anknytningspersonen men med bortvänt huvud (Bowlby, 2010, Main & Solomon, 1990). Här följer ett exempel från observationer av hur desorganiserad anknytning kan ta sig uttryck:

Immediately upon the parent's appearance in the doorway, the infant orients, then places hand to mouth; or rises, then falls prone; or cries, calls, and eagerly approaches the parent, then turns about and avoids the parent with a dazed expression. Later /.../ the infant may approach the parent obliquely or with head averted; cling to the parent while averting gaze; cry, while moving away from the parent; make hesitant, stop-start movements on approach to the parent; or undertake movements of approach which have a slow, limp, "underwater" quality as though being simultaneously inhibited or contradicted (Main & Hesse, 1990, s. 173).

Barn kan utveckla desorganiserad anknytning som ett resultat av att de blir skrämde av den person som de söker trygghet och stöd hos. Barnets föräldrar är både en källa till tröst och tillfredsställelse och samtidigt en källa till rädsla, vilket leder till en omöjlig konfliktsituation i situationer då barnet upplever någon form av oro eller hot. Barnet visar därför motstridiga tendenser att söka efter och att undvika föräldern vilket gör att barnen kan ge intryck av att vara förvirrade eller desorienterade (Main & Solomon, 1990). Samspelet mellan barn och förälder bygger i stor utsträckning på rädsla. Den person som barnet har knutit an till är samma person som väcker barnets rädsla, det vill säga den som aktiverar anknytningssystemet (Broberg et al., 2006); "the haven of safety is at once the source of the alarm" (Main & Hesse, 1990, s. 180). Barn som lever med

omsorgssvikt, mödrars missbruk eller psykiska sjukdom har förhöjd risk att utveckla desorganiserad anknytning, enligt en meta-analys av van IJzendoorn med flera (van IJzendoorn et al., 1992).

Desorganiserad anknytning är det anknytningsmönster som är tydligast förknippat med problem senare under utvecklingen (Broberg et al., 2008). Desorganiserad anknytning kan associeras med långsiktigt negativt utfall för barnen (Carlson, 1998). Barnen har till exempel förhöjd risk för externaliserande problem (Fearon et al., 2010) det vill säga utåtagerande symtom, och förhöjd risk för fysiologisk dysreglering vad gäller regleringen av kortisol (Bernard et al., 2012). Andel barn som klassificeras med desorganiserad anknytning är cirka 15 procent (van IJzendoorn et al., 1999) men kan i riskgrupper uppgå till betydligt högre andel (Broberg et al., 2008, Cicchetti et al., 2006).

Att ett barn i en testsituation bedöms med desorganiserad anknytning behöver dock inte betyda att barnet har varit utsatt för misshandel eller vanvård. En studie av Pehr Granqvist med flera författare visar att den vanligaste metoden för att bedöma barns anknytningsmönster, The Strange Situation Procedure (främmandesituationen), i sig kan skapa mycket stress för barnen. Deras analyser visar att faktorer som tidigare deltagande i främmandesituationen och hög påfrestning hade relevans och kunde ge indikation på en för hög andel barn med desorganiserad anknytning (Granqvist et al., 2016). Författarna diskuterar att barn som annars är organiserade tillfälligt kan försättas i en paradoxal situation som framkallar ett beteende vilket i situationen kan tolkas som desorganiserat.

Faktorer som kan påverka anknytning negativt

Depression hos omvårdnadspersonen har visat sig vara en riskfaktor för att barn utvecklar otrygg anknytning (van Doesum et al., 2008, Cicchetti et al., 1999, Toth et al., 2006). Barn som har blivit utsatta för misshandel av sina föräldrar har ökad risk att utveckla desorganiserad anknytning. I en studie av Dante Cicchetti med flera författare visade det sig att trygg anknytning var i det närmaste obefintlig bland de barn i studien som hade varit utsatta för misshandel/vanvård. Barnen i studien hade också i låg grad organiserad anknytning (Cicchetti et al., 2006, Cicchetti et al., 2011). Barn till föräldrar med egna svåra upplevelser från sin barndom kan också utveckla desorganiserad anknytning. Föräldrarna kan då ha svårigheter att tolka sitt barns signaler. Föräldern kanske blir arg eller rädd när barnet gråter, så att barnet upplever föräldern som skrämmande (Main & Hesse, 1990). Riskgrupper för att utveckla anknytningsproblem är enligt Broberg med flera författare: barn i familjer med förekomst av fysisk eller psykisk misshandel/vanvård, barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller missbruk, barn till föräldrar med egna svåra obearbetade upplevelser, trauman eller förluster (Broberg et al., 2006, s. 193).

3 Metod och tillvägagångssätt

Detta kapitel innehåller redogörelser för hur materialet till kunskapsöversikten har samlats in, valts ut och analyserats.

Inklusionskriterier

Population: Populationen i studien är spädbarn och yngre barn och deras omvårdnadspersoner. Spädbarn innebär barn från födseln och upp till cirka ett års ålder (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002). I översikten inkluderas barn upp till fem års ålder. I en artikel ingår även några något äldre barn (upp till 5,9 år) men i medeltal är barnen även i den studien yngre än fem år (Moss et al., 2011). I en tidigare meta-analys av Bakermans-Kranenburg med flera författare inkluderas studier där interventionen startat med barn upp till 54 månaders ålder (4,5 år) (Bakermans-Kranenburg et al., 2003). I denna översikt har vi vidare avgränsat till metoder som har riktats till barn med förhöjd risk för att utveckla otrygg eller desorganiserad anknytning. Där skiljer sig vår översikt från Bakermans-Kranenburg et al. (2003) som har en bredare population som inkluderar medelklassfamiljer med friska barn såväl som kliniska och risk-populationer.

Resultaten av vår litteraturgenomgång visar att det är barn och omvårdnadspersoner i följande situationer som är i fokus för de i översikten inkluderade effektstudierna:

- Depression hos omvårdnadsperson (modern)
- Egen otrygg anknytningsrepresentation hos omvårdnadsperson (modern)
- Psykosociala problem och ekonomisk utsatthet för familjen
- Barn aktuella inom den sociala barnvården av skyddsskäl (omsorgssvikt/miss-handel)
- Barn med erfarenhet av placering utanför hemmet
- Spädbarn med symtom (irritabelt temperament)¹.

Det innebär inte att ovanstående punkter är en komplett uppräkningslista av grupper som är i risk i ett anknytningsperspektiv, utan endast att det är den population som har varit i fokus för de effektstudier som har motsvarat kriterierna för denna kunskapsöversikt.

¹ Småbarn som inte kan uttrycka sig med talat språk när något är fel kan visa det genom irritabilitet eller negativ emotionalitet. Barnet kan till exempel visa det genom att det gråter, kinkar, gnäller och kräver mycket uppmärksamhet, vilket kan ställa extra stora krav på dess omvårdnadspersoner (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002).

Intervention: Kunskapsöversikten avser interventioner riktade till barn och omvårdnadspersoner för att främja deras samspel och barnets anknytning. Interventionerna ges av professionella. För att inkluderas ska interventionen uttryckligt syfta till att förbättra anknytning/samspel mellan barn och förälder. För att inkluderas i översikten ska studien vidare innehålla en beskrivning av den intervention som ges, alternativt ska det finnas en hänvisning till annan referens med beskrivning av interventionen. Det ska också finnas information om vilken intervention som ges till kontrollgruppen, till exempel ingen intervention, vanlig behandling (treatment as usual) eller jämförande intervention.

Studiedesign: De studier som inkluderas är effektutvärderingar. Det ska finnas en kontrollgrupp som jämförs med behandlingsgruppen. Då det finns många utvärderingsstudier inom området har endast randomiserade kontrollerade studier inkluderats, det vill säga deltagarna har slumpmässigt fördelats mellan undersökningsalternativ. En del studier har dock liten population eller stort bortfall vilket minskar resultatens tillförlitlighet. I beskrivningarna av de inkluderade studiernas design (bilaga 2) har vi angett sådana uppgifter. Inkluderade studier har publicerats i vetenskapliga tidskrifter med peer review, det vill säga sakkunnig granskning (vr.se).

Utfallsmått: Studierna ska innehålla utfallsmått som visar om interventionen har varit till hjälp för något av följande:

1. Barns anknytning
2. Omvårdnadspersoners lyhördhet/känslomässiga tillgänglighet i relation till sina barn.

Utfallsmått för anknytning har identifierats i forskningsgenomgång av Wright med flera författare (Wright et al., 2015). Det vanligast förekommande utfallsmåttet i inkluderade studier är Strange Situation Procedure (SSP) utvecklat av Mary Ainsworth. Hon utvecklade den så kallade Främmandesituationen för att barnens anknytningsmönster skulle aktiveras och relationen till anknytningspersonen skulle gå att studera (Ainsworth et al., 1978, Broberg et al., 2006). I denna översikt har vi förutom de utfallsmått som tas upp av Wright et al. (2015) även inkluderat studier där utfallsmåtten Emotional Availability Scale (EAS) (Biringen et al., 1998, Biringen, 2008) och Ainsworth's Sensitivity Scale (AMSS) (Ainsworth et al., 1971, Ainsworth et al., 1974) har använts, vilka bygger på observationer av samspelet mellan förälder och barn. Förälders lyhördhet (sensitivity) har definierats av Ainsworth som omvårdnadspersonens förmåga att korrekt uppfatta barnets signaler och att svara på dem promptly och adekvat, vilket har visat sig påverka utvecklingen av trygg anknytning hos barnet (Ainsworth et al., 1978). De utfallsmått som har använts i inkluderade studier redovisas i tabell 1 nästa sida, där det framgår att SSP är vanligast. Utfallsmåtten beskrivs närmare i bilaga 1.

Tabell 1 Utfallsmått i inkluderade studier

Utfallsmått	Studier där utfallsmåttet används
Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al., 1978) (Main & Solomon, 1990)	(Bakermans-Kranenburg et al., 1998, Bernard et al., 2012, Cassidy et al., 2011, Cicchetti et al., 2006, Heinicke et al., 1999, Moran et al., 2005, Moss et al., 2011, Murray et al., 2003, Stronach et al., 2013, Toth et al., 2006, van den Boom, 1994, Velderman et al., 2006b)
The Preschool Separation-Reunion Procedure (PSRP) (Cassidy et al., 1992)	(Moss et al., 2011)
Ainsworth's Maternal Sensitivity Scale (AMSS) (Ainsworth et al., 1971, Ainsworth et al., 1974, Ainsworth et al., 1978)	(Bick & Dozier, 2013, Velderman et al., 2006b, Bakermans-Kranenburg et al., 1998)
The Attachment Q-Set (AQS) (Waters & Deane, 1985, Waters, 1995, Waters, 1986)	(Jacobson & Frye, 1991, Velderman et al., 2006a, van Doesum et al., 2008, Lieberman et al., 1991, Cicchetti et al., 1999, van den Boom, 1995, Heinicke et al., 1999)
Toddler Attachment Sort-45 (TAS45) (Kirkland et al., 2004)	(Spieker et al., 2012, Oxford et al., 2013)
Attachment Story Completion Task (ASCT) (Bretherton et al., 1990b)	(Toth et al., 2002, Kersten-Alvarez et al., 2010)
MacArthur Story Stem Battery (MSSB) (Bretherton et al., 1990a)	(Toth et al., 2002)
The Story Stem Assessment Profile (SSAP) (Hodges et al., 2003)	(Salomonsson et al., 2015a)
Parent Attachment Diaries (PAD) (Stovall-McClough & Dozier, 2004)	(Dozier et al., 2009, Fisher & Kim, 2007)
Emotional Availability Scale (EAS) (Biringen, 2008, Biringen et al., 1998, Biringen et al., 2000)	(Negrao et al., 2014, Salomonsson & Sandell, 2011a, Salomonsson et al., 2015b, van Doesum et al., 2008, Velderman et al., 2006a)

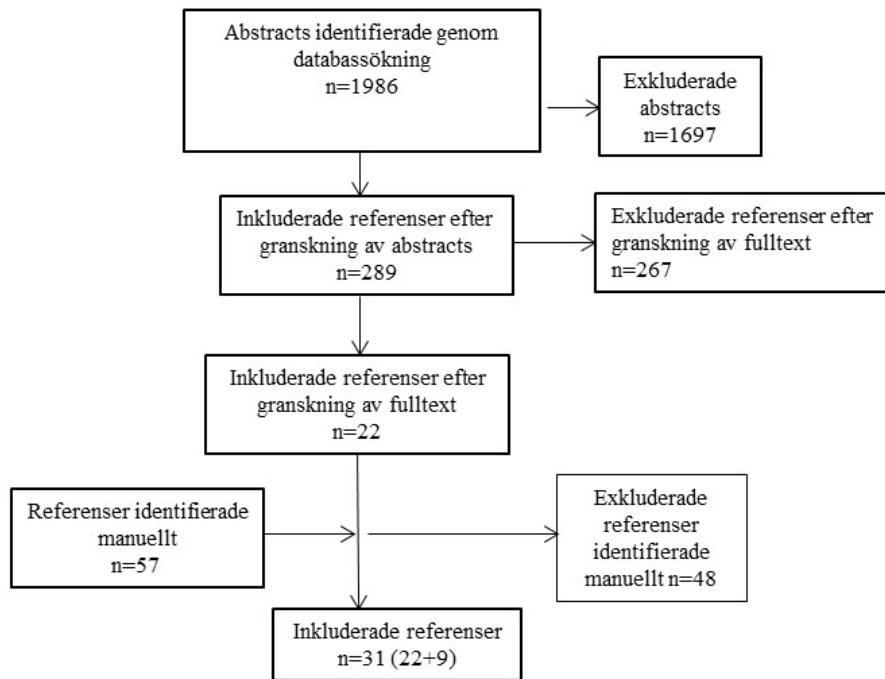
Förfarande vid litteratursökning

Vid genomförandet identifierades i ett första steg relevanta söktermer utifrån tidigare kunskapsöversikter, litteratur inom området och databasernas thesaurus/heading/mesh-termer. Litteratursökningen genomfördes den 25–26 juni 2015 av Edith Orem, informationsspecialist vid Socialstyrelsens avdelning för kunskapsstyrning, i följande databaser: PubMed, PsycINFO, Cinahl, ProQuest Sociology och Cochrane Library, se sökdokumentation i bilaga 3. Totalt identifierades 1986 referenser i databaserna. Ytterligare referenser har identifierats genom granskning av tidigare kunskapsöversikter och litteraturlistor.

Under processen att selektera studier för inklusion i översikten har två forskare varit involverade, Ann-Sofie Bergman (ASB) och Elizabeth Hanson (EH) som har granskat materialet oberoende av varandra. Av 1986 referenser valdes 289 ut för granskning av

fulltexter. Ytterligare 57 referenser tillkom efter granskning av tidigare kunskapsöversikter och litteraturlistor. Totalt granskades 346 referenser i fulltext. I de fall forskarna (ASB och EH) har gjort olika urval har samtliga studier inkluderats för fortsatt granskning. Slutligen har 31 referenser inkluderats i kunskapsöversikten. De har publicerats under perioden 1991–2015.

Figuren nedan illustrerar förfarandet vid urval av studier:



Figur 1. Litteratursökning.

Avgrensning

Som redan har nämnts inkluderas interventioner som ges av professionella. Vi har valt bort studier där interventionen ges av frivilliga personer som inte har utbildning inom något människobehandlande yrke. Vi har vidare valt att exkludera studier som enbart behandlar mindre omfattande interventioner såsom "kangaroo care" (kängurumetoden) och babymassage. Att det är bra för spädbarn att uppleva fysisk beröring menar vi är redan etablerad kunskap i Sverige (se till exempel <http://www.1177.se/Kronoberg/Fakta-och-rad/Behandlingar/Spadbarnsmassage-vid-kolik/>; <http://www.1177.se/Kronoberg/Tema/Barn-och-foraldrar/Mat-somn-och-praktiska-rad/De-forsta-manaderna/For-tidigt-fodda-barn/>).

Vi har koncentrerat översikten till populationer barn som har ökad risk att utveckla otrygg eller desorganiserad anknytning. Det har inneburit att det finns referenser som har inkluderats i tidigare kunskapsöversikter men som här har valts bort då det har visat sig att barnen i studien vid baseline (före intervention) har liknande anknytningsmönster som en icke-klinisk population. Det har vi tolkat som att populationen inte är en riskgrupp för att utveckla anknytningsproblem. Det gäller till exempel följande studier: (Juffer et al., 1997, Juffer et al., 2005, Kalinauskiene et al., 2009, Santelices et al., 2011).

Analys

Inkluderade referenser har analyserats och presenteras i kapitel fyra och fem i tabellform, dels med fokus på metoder, dels med fokus på effektstudier med data om ursprungsland, intervention, population, aktuell problematik, studiedesign, utfallsmått och huvudsakliga resultat relaterade till barns anknytning och omvårdnadspersons lyhördhet. I kapitel fem finns en sammanfattande analys av vilka interventioner som har visat effekter för olika populationer samt en diskussion av möjliga förklaringar till att en del studier inte har visat effekter. För mer detaljerade uppgifter om de olika metoderna och utvärderingsstudierna hänvisar vi till bilaga två.

4 Vilka metoder har utvärderats med fokus på effekter?

Följande kapitel handlar om de behandlingsmetoder som har utvärderats i inkluderade effektstudier. Totalt har 31 referenser inkluderats i kunskapsöversikten, vilka utvärderar 16 behandlingsmetoder, se tabell 2 nedan. Infant-Parent Psychotherapy (IPP), Child-Parent Psychotherapy (CPP), Toddler-Parent Psychotherapy (TPP) och Preschooler-Parent Psychotherapy (PPP) har då räknats som en metod även om den riktas till barn i olika åldrar. Home-visiting som behandlas i fyra artiklar har räknats som en metod även om den kan skilja sig åt något till exempel i antalet hembesök.

Tabell 2 Inkluderade interventioner och referenser

Intervention	Referenser / Land där effektstudie genomförts
Program for first time mothers to improve maternal sensitive responsiveness	(van den Boom, 1994, van den Boom, 1995) Nederländerna
The Circle of Security – Home Visiting – 4 Intervention COS-HV 4	(Cassidy et al., 2011) USA
The Attachment and Biobehavioral Catch-up ABC	(Bernard et al., 2012, Bick & Dozier, 2013, Dozier et al., 2009) USA
Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting VIPP	(Velderman et al., 2006a, Velderman et al., 2006b, Bakermans-Kranenburg et al., 1998) Nederländerna
Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting with a Representational Focus VIPP-R	(Velderman et al., 2006a, Velderman et al., 2006b, Bakermans-Kranenburg et al., 1998) Nederländerna
Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline VIPP-SD	(Negrao et al., 2014) Nederländerna och Portugal
Promoting First Relationships Programme PFR	(Oxford et al., 2013, Spieker et al., 2012) USA
Home Visiting Programme	(Moran et al., 2005, Moss et al., 2011, van Doesum et al., 2008, Kersten-Alvarez et al., 2010) Kanada och Nederländerna
Infant-Parent Psychotherapy, Child-Parent Psychotherapy, Toddler-Parent Psychotherapy, Preschooler-Parent Psychotherapy IPP, CPP, TPP, PPP	(Cicchetti et al., 2006, Lieberman et al., 1991, Stronach et al., 2013, Cicchetti et al., 1999, Toth et al., 2006, Toth et al., 2002) USA
Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers MTFC-P	(Fisher & Kim, 2007) USA
UCLA Family Development Project Intervention	(Heinicke et al., 1999, Heinicke et al., 2000, Heinicke et al., 2001) USA

Mother-Infant Psychoanalytic Treatment MIP	(Salomonsson & Sandell, 2011a, Salomonsson et al., 2015b, Salomonsson et al., 2015a) Sverige
Psychodynamic Treatment	(Murray et al., 2003) Storbritannien
Non-directive Supporting Counselling	(Murray et al., 2003) Storbritannien
Cognitive Behavioral Therapy	(Murray et al., 2003) Storbritannien
Volunteer Coach	(Jacobson & Frye, 1991) USA

Den största andelen inkluderade effektstudier har genomförts i USA (17 referenser), därefter Nederländerna (8 referenser), övriga har genomförts i Kanada, Storbritannien, Sverige samt Portugal (i samarbete med Nederländerna). De amerikanska studierna utvärderar en rad olika metoder (ABC, COS-HV4, IPP/TPP/PPP, MTFC-P, UCLA, PFR, Volunteer Coach) men störst andel handlar om programmet IPP/TPP/PPP. De nederländska studierna utvärderar i första hand VIPP vilken har tre inriktningar där den första VIPP har fokus på video-feedback till omvårdnadspersoner i samspelet med barnet, den andra VIPP-R inkluderar förutom det innehåll som ges i VIPP även samtal om omvårdnadspersonernas egen anknytningsrepresentation, medan den tredje VIPP-SD är mer inriktad på lyhörd gränssättning (sensitive discipline).

Metoderna bygger i de flesta fall uttryckligt på anknytningsteori. Syftet är att främja lyhördhet hos omvårdnadspersonerna och trygg anknytning hos barnen. Det är vanligt att metoderna har fokus på att förändra omvårdnadspersonernas förmåga att uppfatta sina barns signaler och ge dem ett lyhört gensvar. Medan några metoder är inriktade på att förändra omvårdnadspersoners beteende är andra inriktade på att förändra deras egna anknytningsrepresentationer. Med hjälp av samtal om egna anknytningserfarenheter ska omvårdnadspersonerna bli medvetna om "röster från det förflutna" (Bernard et al. 2012, Bick & Dozier 2013) eller "spöken i barnkammaren" (Fraiberg et al. 1975). Det är metaforer för att föräldrars tidigare svåra erfarenheter kan påverka deras omsorgsgivande med risk för att otrygghet upprepas över generationer.

I metoder som har fokus på representation sätts omvårdnadspersonernas egna tidigare erfarenheter av relationer i relation till deras nuvarande omsorg om sitt barn. Utgångspunkten är att sådana samtal kan bidra till att förbättra deras lyhördhet i relation till barnen genom att omstrukturera deras egna anknytningsrepresentationer. Behandlarna ger stöd i att utforska länken mellan egna barndomserfarenheter, den nuvarande relationen med barnet och föräldrastil. Genom ett förhållningssätt av empati, respekt och positiv uppskattning ska omvårdnadspersonen få en korrektiv emotionell erfarenhet (corrective emotional experience). Det är en utgångspunkt att föräldern som ett resultat av denna process kan öka sin lyhördhet och intoning i relation till barnet, vilket kan förbättra relationen mellan barn och förälder så att denna blir mer trygg (Cicchetti et al., 2006, Lieberman et al., 1991, Stronach et al., 2013). En utgångspunkt är att representationer går att förändra genom så kallad förvärvad trygg anknytning (earned secure). En

person med förvärvad trygg anknytningsrepresentation kan beskriva att den har haft en svår eller kärlekslös barndom, men har förmåga att strukturera sina tankar och känslor kring dessa erfarenheter och reflektera över dem på ett sammanhängande sätt utan att bli upprörd, förvirrad samt utan att förminska de erfarenheter de har med sig från sin barndom (Pearson et al., 1994, Odgers, 2014, Bakermans-Kranenburg et al., 1998).

En metod, Attachment and Biobehavioral Catch-up, har även uttryckligt fokus på att stödja omvårdnadspersoner i att de inte ska bete sig på ett skrämmande sätt gentemot sina barn (Dozier et al., 2009, Bernard et al., 2012). Det finns också metoder som är mer inriktade på att ge socialt stöd till omvårdnadspersoner såsom Counselling (Murray et al., 2003) och Volunteer Coach (Jacobson & Frye, 1991).

Vad gäller omfattning i tid är den kortaste interventionen Program for first-time mothers to improve maternal sensitive responsiveness, vilken bygger på endast tre sessioner (van den Boom, 1994, van den Boom, 1995). Det är vanligt att behandlingen innehåller 4–10 sessioner, se tabell 3 nästa sida. De längsta interventionerna är Infant-/Child-/Toddler-/Preschooler-Parent Psychotherapy, vilken bygger på behandlingskontakt under cirka ett års tid (Cicchetti et al., 1999, Toth et al., 2006, Cicchetti et al., 2006, Toth et al., 2002, Lieberman et al., 1991, Stronach et al., 2013) samt UCLA vilken innebär flerårig kontakt (Heinicke et al., 1999, Heinicke et al., 2000, Heinicke et al., 2001).

I flera interventioner arbetar behandlarna med videoinspelningar av vardagliga situationer där omvårdnadspersonerna får feedback på sitt samspel med barnet. De allra flesta metoder ges till familjerna i deras hemmiljö, med endast något undantag där behandlingen sker på terapeuternas mottagningar (MIP). Några skäl som diskuteras till valet av att ge behandlingen i hemmet är att det underlättar för mödrarna till exempel vad gäller transporter, logistiska problem och ekonomi som kan bli till hinder att fullfölja en behandling, samt att mödrarna kan ha dåliga erfarenheter sedan tidigare av institutionsmiljö (Moran et al. 2005). Att det är lättare att ta till sig behandlingen när situationen är liknande som den vanligen är för familjen diskuteras (Bernard et al. 2012). Vår reflektion är att hemmiljön också kan ge behandlaren en bättre bild av barnets och familjens livssituation.

Bland de beskrivna metoderna finns det inga som uttryckligt riktas till fäder utan de flesta är utvecklade för dyaden mor-barn. Fäder medverkar i få studier och när de gör det är de i minoritet, mellan två till nio procent. I majoriteten studier är populationen kvinnor med barn. Det gäller även när populationen är fosterbarn och fosterföräldrar. Det innebär att resultaten av översikten i första hand kan säga något om effekt av metoder för stöd till mödrar och barn. Vi vet inte om resultaten kan skilja sig då ingen studie undersöker eventuella skillnader mellan mödrar och fäder. I översikten har barn upp till fem års ålder inkluderats, men i majoriteten av inkluderade studier är barnen yngre än två år. Andelen flickor och pojkar varierar något mellan olika studier men är totalt i stort sett jämn, 50,9 procent pojkar och 49,1 procent flickor.

Det finns en stor variation i inkluderade studiers population i relation till etnicitet, allt ifrån inriktning mot en majoritetsbefolkning där etniska minoriteter har exkluderats

(Negrao et al., 2014, van den Boom, 1994) eller där endast personer som talar ett majoritetsspråk har inkluderats (Moss et al., 2011, Murray et al., 2003), till studier där samtliga eller den största andelen i populationen tillhör någon minoritet (Lieberman et al., 1991, Cicchetti et al., 2006, Stronach et al., 2013, Toth et al., 2002). I många studier finns en mångfald i populationen när det gäller etnicitet (Oxford et al., 2013, Spieker et al., 2012, Heinicke et al., 1999, Bick & Dozier, 2013, Dozier et al., 2009, Bernard et al., 2012, Cassidy et al., 2011).

Tabell 3a nedan innehåller en översikt över interventionernas omfattning i tid; vilka som ges i familjens hem; innehåller video-feedback, har fokus på att förändra omvårdnadspersonens beteende respektive anknytningsrepresentation eller fokus på stöd; vilka som inkluderar fäder; samt vilka som förutom fokus på dyaden barn och omvårdnadsperson även innehåller gruppinterventioner.

Tabell 3a Översikt över inkluderade interventionsprogram

Program	Om- fattning	Plats: familjens hem	Video- feed- back	Fokus på be- teende	Fokus på repre- sentation	Fokus på stöd	Inkl. fäder	Inkl. grupp- behandl
Program for first time mothers to improve maternal sensitive responsiveness	3 sessioner	X		X				
The Circle of Security (COS-HV 4)	4 sessioner	X	X	X				
The Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)	10 sessioner	X	X	X	I någon grad		X	
Video Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP)	4 sessioner	X	X	X				
Video Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)	6 sessioner	X	X	X			X	X
Video Intervention to Promote Positive Parenting with a Representational Focus (VIPP-R)	4 sessioner	X	X	X	X			
Promoting First Relationships Programme (PRF)	10 sessioner	X	X	X			X	
Home Visiting Programme	8-10 sessioner	X	X	X			X	

Infant-Parent, Child-Parent, Toddler-Parent, Preschooler-Parent Psychotherapy (IPP/CPP/TPP/PPP)	Ca 1 års behandling	X			X			
Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers (MTFC-P)	9–12 mån. Behandling	X		X				X
UCLA Family Development Project Intervention	2 års behandl.med uppföljning år 3 och 4	X			X			X
Mother-Infant Psychoanalytic Treatment (MIP)	23 sessioner (medeltal)				X			
Psychodynamic Treatment	10 sessioner	X			X			
Non-directive Supporting Counselling	10 sessioner	X				X		
Cognitive Behavioral Therapy	10 sessioner	X		X				
Volunteer Coach	Ca 1 år	X				X		

I översikten har endast metoder som ges av professionella inkluderats. Genomgående har behandlingen genomförts av personal med omfattande utbildning och erfarenhet, det är vanligt med masterexamen eller doktorsexamen och omfattande erfarenhet, se tabell 3b nästa sida. Det är också vanligt att behandlarna får utbildning i den specifika metoden och kvalificerad handledning. Det är faktorer som man behöver vara medveten om vid en implementering av någon metod.

Tabell 3b Behandlarnas utbildning

Program	Behandlare
Program for first time mothers to improve maternal sensitive responsiveness	Forskare inom psykologi
The Circle of Security (COS-HV 4)	Kliniker med utbildning på master-/doktorsnivå
The Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)	Socialarbetare/psykologer med minst fem års erfarenhet
Video Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP)	Universitetsutbildning i Child Studies, två av tre behandlare har doktorsutbildning
Video Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)	Masterutbildning i psykologi
Video Intervention to Promote Positive Parenting with a Representational Focus (VIPP-R)	Universitetsutbildning i Child Studies, två av tre behandlare har doktorsutbildning
Promoting first Relationships Programme (PFR)	Masterutbildning
Home Visiting Programme	Forskarexamen i barnpsykologi; kandidatexamen i psykologi; masterexamen i psykologi; masterexamen i socialpsykiatri; pedagogutbildning och mer än tio års erfarenhet av arbete med barn och familjer
Infant-Parent, Child-Parent, Toddler-Parent, Preschooler-Parent Psychotherapy (IPP/PPP/TPP/PPP)	Psykoanalytiker med masterutbildning och erfarenhet av arbete med utsatta familjer
Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers (MTFC-P)	Kliniker med kandidat-/masterexamen
UCLA Family Development Project Intervention	Utbildning och erfarenhet inom psykiatri, barns utveckling och familjesystem samt terapeutiska kunskaper om överföring/motöverföring
Mother-Infant Psychoanalytic Treatment (MIP)	Psykoanalytiker med lång klinisk erfarenhet av behandlingsarbete med vuxna och barn
Psychodynamic Treatment	Specialister i psykodynamisk psykoterapi
Non-directive Supporting Counselling	Specialister i counselling och primärvårdssköterskor med utbildning i counselling
Cognitive Behavioral Therapy	Specialister i kognitiv beteendeterapi och primärvårdssköterskor med utbildning i kognitiv beteendeterapi
Volunteer Coach	Utbildningsnivå i medeltal 16 år varav hälften har kandidatexamen och flera har sjuksköterskeutbildning

5 Hur ser kunskapsläget ut om effekter av utvärderade metoder?

Följande kapitel har fokus på effekter av interventioner. Tabell 4 nästa sida innehåller en översiktlig analys av de inkluderade effektstudierna med data om författare, år, land, interventionsprogram, studiepopulation, situation/problematik, studiedesign, utfallsmått samt huvudsakliga resultat. För mer detaljer om de inkluderade referenserna hänvisar vi till bilaga 2. Som redan har nämnts är merparten studier genomförda i USA eller Nederländerna. Populationen har oftast varit yngre barn och deras mödrar, men kan även vara fosterföräldrar och i några fall har även fäder varit involverade. Populationen i inkluderade studier kan sammanfattas under följande kategorier:

- Depression hos omvårdnadsperson (modern)
- Egen otrygg anknytningsrepresentation hos omvårdnadsperson (modern)
- Psykosociala problem och ekonomisk utsatthet för familjen
- Barn aktuella inom den sociala barnvården av skyddsskäl (omsorgssvikt/miss-handel)
- Barn med erfarenhet av placering utanför hemmet
- Spädbarn med symtom (irritabelt temperament).

Som tidigare nämnts har endast studier med randomiserad kontrollerad design inkluderats. De flesta studier har kort uppföljningstid, mätning av effekter görs efter avslutad behandling (post-test) och/eller några få månader senare. Det finns dock även några studier med en längre uppföljningstid, 12 månader efter intervention (Stronach et al., 2013), 2,5 år efter intervention (Velderman et al., 2006a), 3,5 år efter intervention (Salomonsson et al., 2015a, Salomonsson et al., 2015b) samt 4,5 år efter intervention (Kersten-Alvarez et al., 2010). Vilken intervention som ges till kontrollgruppen varierar mellan studier: vanlig behandling, utbildning om barns utveckling, psykoedukation, en mindre omfattande stödjande insats eller ingen behandling.

Tabell 4 Analys av inkluderade referenser

Författare, år och land	Interventionsprogram	Population	Situation/ problematik	Studiedesign	Utfallsmått	Huvudsakliga resultat
Bakermans-Kranenburg et al. 1998 Nederländerna	Video Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP) Video feedback + Attachment Discussion Group (VDG) Video Group (VG)	30 mödrar med barn Barns ålder: 7–10 mån. vid intervention Mödrars ålder: M=26,8 år	Mödrar med egen otrygg representation av anknytning, enligt Adult Attachment Interview (AAI)	T=10 VDG T=10 VG C=10 C= ingen intervention Utvärdering: 3 mån. efter intervention	SSP AMSS	0 Ej signifikant effekt avseende barns anknytning + Signifikant effekt avseende lyhörighet (sensitivity) för mödrar i behandlingsgrupp jämfört med kontrollgrupp, ej signifikant skillnad mellan de båda behandlingsgrupperna
Bernard et al. 2012 USA	Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) Video Group (VG)	120 barn Barns ålder: M=10,1 mån. (1,7–21,4 mån.) Pojkar: 58 % Flickor: 42 % 113 föräldrar Föräldrars ålder: M=28,4 år (15,7–47 år) Kvinnor: 98 % Män: 2 %	Föräldrarna har kontakt med sociala myndigheter (child protective services) Barnen har upplevt svårigheter tidigt i livet (våld, förälders missbruk, hemlöshet, vanvård)	T=60 C=60 C= Utbildning om barns utveckling Utvärdering: 1 mån. efter intervention Barns ålder M=19,1 mån. (11,7–31,9 mån.)	SSP	+ Signifikant effekt avseende anknytning, lägre andel barn med desorganiserad anknytning i behandlingsgrupp jämfört med kontrollgrupp + Signifikant högre andel barn med trygg anknytning i behandlingsgrupp
Bick & Dozier 2013 USA	Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)	96 dyader barn och omvårdnadsperson Barns ålder: M=9,9 mån. (1–22 mån.) Pojkar: 52 % Flickor: 48 % Omsorgsperson: Kvinnor: 100 % Ålder: M= 45 år (24–74 år)	Fosterhemplacerade barn	T=44 C=52 C=Utbildning om barns utveckling Utvärdering: 1 månad efter intervention	AMSS	+ Signifikant effekt för fostermödrars lyhörighet (sensitivity) en månad efter intervention

Cassidy et al. 2011 USA	The Circle of Security (COS-HV4)	220 dyader mödrar och barn Barns ålder: 1 mån. Flickor: 44,5 % Pojkar: 55,5 % Mödrars ålder: M=24,06 år (18–39 år)	Familjer med spädbarn med irriterbart temperament (irritable infants) och som lever med ekonomisk stress	T=86 C=88 C= Psykoedukation Utvärdering: Vid barn ålder 12 mån. (3 mån. efter intervention)	SSP	+ Signifikant effekt avseende anknytning för barn med mycket irriterbart temperament (highly irritable)
Cicchetti et al. 1999 USA	Toddler-parent psychotherapy (TPP)	131 dyader mödrar med barn Flickor: 50 % Pojkar: 50 % Barns ålder: M=20,40 mån. Mödrars ålder: M=31,7 år (22–41 år)	Mödrar med historia av depression någon period under barnets första 1,5 år (major depression)	T=67 C=64 C=ingen intervention I studien finns även en andra kontrollgrupp mödrar utan depression n=70 Utvärdering: Efter avslutad behandling vid barns ålder 36 mån.	AQS	0 Effekt för barns anknytning, högre andel barn med trygg anknytning i behandlingsgrupp (likvärdigt resultat som kontrollgrupp med mödrar utan depression), dock ej signifikant resultat, troligen på grund av liten population och stort bortfall
Cicchetti et al. 2006 USA	Infant-Parent Psychotherapy (IPP) Psychoeducational parenting intervention (PPI)	137 barn och deras mödrar Barns ålder: M=13,31 mån. Flickor: 77 (56 %) Pojkar: 60 (44 %) Mödrars ålder: M=26,87 år (18–41 år)	Barn utsatta för vanvård/misshandel (maltreatment): försummelse 84,6 %; fysisk misshandel 8,8 %; psykisk misshandel 69,2%; sexuella övergrepp 0 % vanvård/misshandel av barnets syskon 33,6 %	T=53 IPP T=49 PPI C=35 C=Community standard I studien finns även en kontrollgrupp barn som inte har varit utsatta för vanvård/misshandel: n=52 Utvärdering: Efter avslutad behandling vid barns ålder 26 mån.	SSP	+ Effekt avseende barns anknytning, förändring till högre andel barn med trygg anknytning och minskad andel barn med desorganiserad anknytning i behandlingsgrupp, förbättringen gällde både IPP och PPI
Dozier et al. 2009 USA	Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)	46 barn Barns ålder: M=18,9 mån. (3,6–39,4 mån.) Flickor: 50 % Pojkar: 50 %	Fosterhemsplacerade barn	T=22 C=24 C= utbildning om barns utveckling Utvärdering: 1 mån. e. intervention	PAD	+ Signifikant minskning av otrugg undvikande anknytning bland barn i behandlingsgruppen 0 Trygg anknytning (större andel barn med trygg anknytning i behandlingsgrupp men ej signifikant)

Fisher & Kim 2007 USA	Multidimensional Treatment Foster Care Program for Preschoolers (MTFC-P)	Fosterföräldrar: Kvinnor: 42 (91 %) Män: 4 (9 %) 117 barn Barns ålder: M=4,5 år (3–5 år) Pojkar: 54 % Flickor: 46 % Omvårdnadsperson: Andel kvinnor/män framgår ej	Fosterhemsplacerade barn	T=57 C=60 C= Vanlig behandling/fosterhemsvård Utvärdering: efter avslutad behandling	PAD	+ Signifikant effekt avseende barns trygga anknytningsbeteende (secure behavior) och minskning av undvikande anknytningsbeteende (avoidant behavior) i relation till barn i "vanlig fosterhemsvård" 0 Signifikant minskning av motspänstigt anknytningsmönster (resistent behavior) för både behandlings- och kontrollgrupp
Heinicke et al. 1999 Heinicke et al. 2000 Heinicke et al. 2001 USA	UCLA Family Development Project Intervention	70 familjer Barns ålder: Interventionen startar före barnets födsel (prenatal) Flickor: 32 (50 %) Pojkar: 32 (50 %) Mödrars ålder: M=24 (≥17 år)	Mödrar som lever med social utsatthet, fattigdom och brist på stöd	T=35 C=35 C=Vanlig behandling kontinuerlig kontakt med pediatrik klinik Utvärdering: Vid barns ålder 12 mån. och 14 mån.	SSP AQS	+ Effekt för barns anknytning, högre andel barn med trygg anknytning i behandlingsgrupp i jämförelse med kontrollgrupp + Lägre andel barn med otrygg och desorganiserad anknytning i behandlingsgrupp i jämförelse med kontrollgrupp
Jacobson & Frye 1991 USA	Volunteer coach	61 mödrar med barn Barns ålder: interventionen startar före barnets födsel (prenatal) Mödrars ålder: M=21,9 (17–32 år)	Ekonomiskt utsatta mödrar med litet socialt nätverk	T=31 C=30 C= ingen intervention Utvärdering: Två mån efter intervention, vid barns ålder 14 mån.	AQS	+ Effekt för barns anknytning, förbättring avseende utveckling av trygg anknytning för barn i behandlingsgruppen
Kersten-Alvarez et al. 2010 Nederländerna	Home visiting mother-baby intervention	85 dyader barn och mödrar Barns ålder: M=5,4 mån. (1–12 mån.) Mödrars ålder: M=30 år	Mödrar med depression	T=43 C=42 C= Stöd via telefon Utvärdering: Vid barns ålder M=67,6 mån. (5 år) ca 4½ år e. behandling	ASCT	0 Ej signifikant effekt avseende barns anknytning vid långtidsuppföljning vid barns ålder fem år
Lieberman et al. 1991	Infant-Parent Psychotherapy (IPP)	100 dyader mödrar med barn	Immigranter med låg socioekonomisk	T=34 C=25	AQS Avoidance-	0 Ej signifikant effekt avseende utveckling av trygg anknytning för

USA				situation Hög grad av otrygg anknytning bland barnen (64,4 %)	C= telefonkontakt en gång per månad I studien finns även en kontrollgrupp barn med trygg anknytning, n=34 Utvärdering: Efter avslutad behandling vid barns ålder 24 mån.	resistance	barnen + Signifikant effekt avseende lägre grad avoidance och resistance
Moran et al. 2005 Kanada	Home visiting program	Barns ålder: 11–14 mån. Flickor: 56 % Pojkar: 44 % Mödrar: 100 % Mödrars ålder: M=25,8 år (21–39 år)	99 dyader mödrar och barn Barns ålder: 7 mån. Flickor: 50 % Pojkar: 49 % Mödrars ålder: M=18,42 (15,97–19,98)	Tonårsmödrar och deras barn Hög andel ensamstående förälder, låginkomsttagare, arbetslös, student Hög andel barn med desorganiserad anknytning Hög andel mödrar klassificerade som unresolved enligt AAI	T=49 C=50 C= Ett hembesök Utvärdering: Efter avslutad behandling vid barns ålder 12 mån.	SSP	+ Signifikant effekt avseende barns anknytning, högre andel barn med trygg anknytning i behandlingsgruppen Moderatoranalyser ger indikation på att interventionen primärt var effektiv när mödrar inte hade klassificerats som unresolved enligt AAI
Moss et al. 2011 Kanada	Home visiting intervention	79 dyader barn och föräldrar Barns ålder: M=3,35 år (12–71 mån.) Flickor: 39 % Pojkar: 61 % Mödrar: 94 % Fäder: 6 % Förälders ålder: M=27,82 (18–49 år)	Familjerna har kontakt med sociala myndigheter p.g.a. barnens utsatthet: Försummelse: 72 %, Försummelse och fysisk misshandel: 16 % Fysisk misshandel: 7 % Sexuella övergrepp: 3 % Försummelse och sexuella övergrepp: 2 % Hög andel ekonomiskt utsatta familjer Hög andel barn med otrygg anknytning och desorganiserad anknytning	T=40 C=39 C= Vanlig behandling (standard agency services) vilket innebär besök varje månad av en socialarbetare (child welfare caseworker) Utvärdering: Efter avslutad behandling	SSP PSRP	+ Effekt för barns anknytning, högre andel barn utvecklade trygg anknytning i behandlingsgrupp jämfört med kontrollgrupp (från otrygg till trygg anknytning); lägre andel barn med otrygg anknytning i behandlingsgrupp efter intervention; minskad andel barn med desorganiserad anknytning i behandlingsgrupp	

Murray et al. 2003 Storbritannien	Non-directive supporting counselling; Cognitive-behavioral therapy (CBT); Psychodynamic psychotherapy (PDP)	193 mödrar med barn Barns ålder: 8 veckor	Mödrar med postpartum depression (major depressive disorder)	T=48 (Counselling) T=43 (CBT) T=50 (PDP) C=52 C=Vanlig behandling (Routine primary care) Utvärdering: Vid barns ålder 18 mån.	SSP	0 Ingen signifikant effekt avseende barns anknytning
Negrão et al. 2014 Portugal och Nederländerna	Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)	45 familjer med barn Barns ålder: M= 29 mån. (12–48 mån.) Flickor: 49 % Pojkar: 51 % Föräldrar: Mödrar: 45 (100 %) Fäder: 2 (4 %) Mödrars ålder: M= 30 år (18–46 år)	Socioekonomiskt utsatta familjer (low income families) Hög andel föräldrar med låg utbildningsnivå; hög andel arbetslösa föräldrar; hög andel familjer med ekonomiskt stöd från samhället (welfare assistance)	T=22 C=23 C=Telefonkontakt med fokus på barnets utveckling Utvärdering: En månad efter behandling	EAS	+ Signifikant effekt avseende känslomässig tillgänglighet (emotional availability) i följande avseenden: respekt för barnets integritet (nonintrusiveness); barnets svarsbenägenhet (child responsiveness); barnets engagemang (child involvement) 0 Ej signifikant effekt avseende följande: lyhörighet (maternal sensitivity); struktur (structuring); avsaknad av fientlighet (nonhostility)
Oxford et al. 2013 USA	Promoting first relationship (PFR)	56 barn och föräldrar Barns ålder: M=18,2 mån. (10–24 mån.) Flickor: 53 % Pojkar: 47 % Omvårdnadsperson: Kvinna: 88 %	Barnen har varit fosterhemsplacerade och återförenats med sin förälder	T=27 C=29 C=Utbildning (Early Educational Service) Utvärdering: Efter avslutad behandling och efter 6 mån.	TAS45	+ Signifikant effekt för barn i behandlingsgrupp avseende oro för separation (declines in separation distress)
Salomonsson & Sandell 2011a Salomonsson et al. 2015a Salomonsson et al. 2015b Sverige	Mother-Infant Psychoanalytic Treatment (MIP)	80 dyader barn och mödrar Barns ålder: M= 5 mån. (< 1½ år) Flickor: 58,5 % Pojkar: 41,5 %	Mödrar har uttryckt oro för sitt barn (baby worries) Kliniska nivåer avseende depression, stress, psykologisk distress hos mödrar; barns beteendeproblem; interaktionsproblem	T=40 C=40 C= vanlig behandling vid barnvårdscentral Utvärdering: Efter avslutad behandling och vid barns ålder 4½ år	EAS SSAP	+ Signifikant effekt vid posttest avseende dimensionen lyhörighet (maternal sensitivity), men ingen signifikant effekt för övriga dimensioner i EAS 0 Ingen signifikant skillnad mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp avseende känslomässig tillgänglighet (emotional availability) eller anknytningsrepresentation

Spieker et al. 2012 USA	Promoting First Relationships (PFR)	210 barn och deras omvårdnadspersoner Barns ålder: M=18 mån. (10–24 mån.) Flickor: 44 % Pojkar: 56 % Omvårdnadsperson: Biologisk förälder: 27 % Släkting: 31 % Fosterförälder: 42 % Omvårdnadspersons ålder: M=36 år	Småbarn (toddlers) i den sociala barnvården vilka nyligen har varit med om avbrott i placering	T=105 C=105 C=Utbildning (Early education support) Utvärdering: Efter avslutad behandling och efter 6 mån.	TAS45	(attachment representation) vid uppföljning vid barns ålder 3½ respektive 4½ år 0 Ingen signifikant effekt avseende anknytning hos barnen
Stronach et al. 2013 USA	Child-Parent Psychotherapy (CPP) Psychoeducational Parenting Intervention (PPI)	137 dyader barn och mödrar Barns ålder: M=13,3 mån. Flickor: 77 (56 %) Pojkar: 60 (44 %) Mödrars ålder: M=26,98 år	Barn som har varit utsatta för vanvård/misshandel Försummelse: 84,6 % Psykisk misshandel: 69,2 % Fysisk misshandel: 8,8 % Sexuella övergrepp: 0 %	T=53 (CPP) T=49 (PPI) C=35 (CS) C=52 (NC) CS=vanlig behandling (Community standard) NC=barn som ej varit utsatta för misshandel/vanvård Utvärdering: 12 mån. efter intervention	SSP	+ Effekt för barns anknytning, barn i behandlingsgruppen CPP hade högre andel trygg anknytning och lägre andel desorganiserad anknytning jämfört med barn i PPI och kontrollgrupp CS
Toth et al. 2002 USA	Preschooler-Parent Psychotherapy (PPP) Psychoeducational Home Visitation (PHV)	122 dyader barn och mödrar Barns ålder: M=48,18 mån. Flickor: 54 (44 %) Pojkar: 68 (56 %)	Barn som har varit utsatta för misshandel/vanvård	T=23 PPP T=34 PHV CS= 30 Community standard NC= 35 Barn som inte har varit utsatta för misshandel/vanvård Utvärdering: Efter avslutad	MSSB ASCT	+ Signifikant minskning av maladaptiva representationer av mödrar för barn i PPP + Signifikant minskning av maladaptiva representationer av mödrar för barn i PHV + Signifikant minskning av negativa själv-representationer för barn i PPP + Positiv förändring i mor-barn-

Toth et al. 2006 USA	Toddler-Parent Psychotherapy (TPP)	130 dyader barn och mödrar Barns ålder: M= 20,34 mån. Mödrars ålder: M=31,68 år (21–41 år)	Mödrar med historia av depression någon period under barnets första 1,5 år (major depression)	behandling vid barns ålder 5 år T=66 C=64 NC=68 Kontrollgrupp vars mödrar ej varit deprimerade C=ingen intervention Utvärdering: Efter avslutad behandling vid barns ålder 36 mån.	SSP	relationen avseende förväntningar barn i PPP (förbättring av representationer av själv och omvårdnadsperson) + Signifikant effekt för barns anknytning, högre andel barn med trygg anknytning i behandlingsgrupp + Signifikant minskning av desorganiserad anknytning hos barn i behandlingsgrupp
Van den Boom 1994 Van den Boom 1995 Nederländerna	Program for first-time mothers to improve maternal sensitive responsiveness	100 dyader barn och mödrar Barns ålder: 6 mån. Flickor: 47 % Pojkar: 53 % Mödrars ålder: M=24,57 år (19–33 år) Fäders ålder: M=28,54 år	Familjer med spädbarn med irriterbart temperament (irritable infants) Familjer med låg socioekonomisk situation (low SES)	T=50 C=50 C= vanlig behandling Utvärdering: Vid barns ålder 12 mån. (3 mån. efter avslutad behandling) samt vid barns ålder 18 och 42 mån.	SSP AQS	+ Signifikant effekt för barns anknytning, högre andel barn med trygg anknytning i behandlingsgrupp än kontrollgrupp vid mätning tre mån. efter intervention vid barns ålder 12 mån. + Signifikant högre andel barn med trygg anknytning i behandlingsgrupp än kontrollgrupp vid barns ålder 18 mån.
Van Doesum et al. 2008 Nederländerna	Home visiting mother-baby intervention	85 dyader barn och mödrar Barns ålder: M= 5,7 mån. (1–12 mån.) Mödrars ålder: M= 30 år	Mödrar uppfyller diagnoskriterier för depression (major depressive episode/ dysthymia / elevated levels of depressive symptoms)	T=42 C=43 C= föräldrastöd via telefonsamtal Utvärdering: Efter avslutad behandling och efter 6 mån.	AQS EAS	+ Signifikant effekt för barns anknytning, högre andel barn med trygg anknytning i behandlingsgrupp än i kontrollgrupp vid utvärdering 6 mån. efter intervention + Förbättring av lyhörighet (maternal sensitivity) + Förbättring av struktur (mothers' ability to provide adequate structure for her infant) 0 Ej signifikant effekt avseende respekt för barnets integritet (maternal intrusiveness) 0 Ej signifikant effekt avseende

Velderman et al. 2006a	Video-Feedback to Promote Positive Parenting (VIPP)	81 dyader barn och mödrar Barns ålder: 7–10 mån. vid intervention Flickor: 50,6 % Pojkar: 49,4 % Mödrars ålder: M= 27,8 år	Mödrar har klassificerats med otrygg anknytning, enligt Adult Attachment Interview (AAI)	T=26 (VIPP-R) T=28 (VIPP) C=27 C= ingen intervention Utvärdering: 1 mån. och 3 mån. efter intervention vid barns ålder 11 och 13 mån. samt vid barns ålder 40 mån.	SSP AMSS AQS EAS	avsaknad av fiendlighet (nonhostility) 0 Ej signifikant effekt avseende barns anknytning vid utvärdering vid barns ålder 13 mån. (ökad andel barn med trygg anknytning i behandlingsgrupp men ej signifikant resultat) + Signifikant effekt avseende mödrars lyhörighet (sensitivity) vid barns ålder 11/13 mån. 0 Ej signifikant effekt för mödrars lyhörighet vid långtidsuppföljning vid barns ålder 40 mån. 0 Ej signifikant effekt för barns anknytning vid långtidsuppföljning, barns ålder 40 mån.
Velderman et al. 2006b	VIPP with a Representational focus (VIPP-R)					
Nederländerna						

T=Behandlingsgrupp; C=kontrollgrupp

Utfallsmått

AMSS – Ainsworth’s Maternal Sensitivity Scale (Ainsworth et al. 1971; Ainsworth et al. 1974; Ainsworth et al. 1978)
ASCT – Attachment Story Completion Task (Bretherton et al. 1990b)
AQS – The Attachment Q-set (Waters 1995; Waters & Deane 1985; Waters 1986)
EAS – Emotional Availability Scale (Biringen et al. 1998; Biringen et al. 2000; Biringen 2008)
MSSB – MacArthur Story Stem Battery (Bretherton et al. 1990a)
PAD – Parent Attachment Diary (Stovall-McClough & Dozier 2004)
SSAP – The Story Stem Assessment Profile (Hodges et al. 2003)
SSP – The Strange Situation Procedure (Ainsworth et al. 1978)
TAS45 – Toddler Attachment Sort-45 (Kirkland et al. 2004)
PSRP – The Preschool Separation-Reunion Procedure (Cassidy et al. 1992)

Sammanfattande analys av effekter

Flera studier har visat signifikanta effekter för barns anknytning och/eller omvårdnads-personers lyhördhet/känslomässiga tillgänglighet. Tabellerna 5a-e nedan innehåller en sammanfattning av de studier och program som har visat signifikanta effekter enligt de effektmått som har inkluderats i översikten (se metodkapitel och bilaga 1).

Tabell 5a Effekter av interventioner för barn och omvårdnadspersoner i familjer med psykosociala problem och ekonomisk utsatthet

Program	Utfallsmått	Studier som har visat effekter
UCLA Family Development Project Intervention	Barns anknytning SSP AQS	(Heinicke et al., 1999, Heinicke et al., 2000, Heinicke et al., 2001) USA
Volunteer Coach	Barns anknytning AQS	(Jacobson & Frye, 1991) USA
Infant-Parent Psychotherapy IPP	Barns anknytning Avoidance-Resistance	(Lieberman et al., 1991) USA
Home Visiting Program	Barns anknytning SSP	(Moran et al., 2005) Kanada
Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline VIPP-SD	Omvårdnadspersoners känslomässiga tillgänglighet EAS	(Negrao et al., 2014) Portugal och Nederländerna

Tabell 5b Effekter av interventioner för barn aktuella inom den sociala barnvården av skyddsskäl

Program	Utfallsmått	Studier som har visat effekter
Attachment and Biobehavioral Catch-up ABC	Barns anknytning SSP	(Bernard et al., 2012) USA
Infant-Parent Psychotherapy IPP Child-Parent Psychotherapy CPP Preschooler-Parent Psychotherapy PPP	Barns anknytning SSP MSBB ASCT	(Cicchetti et al., 2006, Stronach et al., 2013, Toth et al., 2002) USA
Home Visiting Intervention	Barns anknytning SSP PSRP	(Moss et al., 2011) Kanada

Tabell 5c Effekter av interventioner för barn och omvårdnadspersoner då barnen har erfarenhet av placering utanför hemmet

Program	Utfallsmått	Studier som har visat effekter
Attachment and Biobehavioral Catch-up ABC	Omvårdnadspersoners lyhördhet AMSS Barns anknytning PAD	(Bick & Dozier, 2013, Dozier et al. 2009) USA
Multidimensional Treatment Foster Care Program for Preschoolers MTFC-P	Barns anknytning PAD	(Fisher & Kim, 2007) USA
Promoting First Relationship	Barns anknytning TAS45	(Oxford et al., 2013) USA

Tabell 5d Effekter av interventioner för spädbarn som visat symtom (irritabelt temperament)

Program	Utfallsmått	Studier som har visat effekter
The Circle of Security COS-HV4	Barns anknytning SSP	(Cassidy et al., 2011) USA
Program for first-time mothers to improve maternal sensitive responsiveness	Barns anknytning SSP AQS	(van den Boom, 1994, van den Boom, 1995) Nederländerna

Tabell 5e Effekter av interventioner för barn och omvårdnadsperson då omvårdnadspersonen har depression eller egen otrygg anknytningsrepresentation

Program	Utfallsmått	Studier som har visat effekter
Toddler-Parent Psychotherapy TPP	Barns anknytning SSP	(Toth et al., 2006) USA
Home Visiting Mother-Baby Intervention	Barns anknytning AQS Omvårdnadspersoners lyhördhet EAS	(van Doesum et al., 2008) Nederländerna
Mother-Infant Psychotherapy MIP	Omvårdnadspersoners lyhördhet EAS	(Salomonsson & Sandell, 2011a) Sverige
Video Intervention to Promote Positive Parenting VIPP	Omvårdnadspersoners lyhördhet AMSS	(Bakermans-Kranenburg et al., 1998, Velderman et al., 2006b) Nederländerna

När det gäller resultat avseende omvårdnadspersoners lyhördhet och känslomässiga tillgänglighet visar resultaten sammanfattningsvis effekt för olika dimensioner vilka presenteras i tabell 6 på nästa sida.

Tabell 6 Effekter av interventioner för olika dimensioner av känslomässig tillgänglighet

Dimension avseende omvårdnads-personers lyhörddhet och känslomässiga tillgänglighet	Program och studier som visat effekter
Lyhörddhet (sensitivity) AMSS	Video Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP) (Bakermans-Kranenburg et al., 1998) Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) (Bick & Dozier, 2013) Video Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP) (Velderman et al., 2006b)
Lyhörddhet (maternal sensitivity) EAS	Mother-Infant Psychoanalytic Treatment (MIP) (Sandell & Salomonsson, 2011a) Home Visiting Mother-Baby Intervention (van Doesum et al., 2008)
Respekt för barnets integritet (nonintrusiveness) EAS	Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) (Negrão et al., 2014)
Barnets svarsbenägenhet (child responsiveness) EAS	Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) (Negrão et al., 2014)
Barnets engagemang (child involvement) EAS	Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) (Negrão et al., 2014)
Struktur (structuring) EAS	Home Visiting Mother-Baby Intervention (van Doesum et al., 2008)
Avsaknad av fientlighet (nonhostility) EAS	-

Några studier har inte visat signifikanta effekter avseende barns anknytning och/eller omvårdnadspersoners lyhörddhet/känslomässiga tillgänglighet vilket kan ha någon av följande förklaringar:

- Interventionen har inte varit tillräcklig för målgruppen: fyra hembesök under en period av tre månader för mödrar med egen otrygg anknytningsrepresentation gav ej signifikant effekt för barns anknytning (Bakermans-Kranenburg et al., 1998, Velderman et al., 2006a, Velderman et al., 2006b); tio sessioner under tio veckors tid för familjer med fosterhemsplacerade barn gav ej signifikant effekt avseende trygg anknytning hos barnen (Dozier et al., 2009); tio sessioner under tio veckors tid för barn med erfarenhet av samhällsvård gav ej signifikant effekt för barnens anknytning (Spieker et al., 2012); åtta till tio hembesök under tre till fyra månaders tid för mödrar med depression gav ej långsiktig signifikant effekt för barnens anknytning (Kersten-Alvarez et al., 2010); tio veckors behandling för mödrar med depression gav ej signifikant effekt för barnens anknytning (Murray et al., 2003); sex sessioner under fyra månaders tid för familjer som lever med ett flertal stressorer visade effekt för några, men inte alla dimensioner av känslomässig tillgänglighet (Negrão et al., 2014).

- Populationen är för liten för att resultaten ska visa signifikanta effekter (Bakermans-Kranenburg et al., 1998, Cicchetti et al., 1999, Dozier et al., 2009, Kersten-Alvarez et al., 2010).
- Det är ett stort bortfall i studien vilket innebär att den population som till slut ingår i analysen av effekter blir liten och resultaten är inte signifikanta (Cicchetti et al., 1999, Kersten-Alvarez et al., 2010, Spieker et al., 2012).
- Det kan bero på att förändringar i internaliserad trygghet inte har bevästs ännu på grund av kort uppföljningstid i studien (Lieberman et al., 1991).

Denna kunskapsöversikt har fokus på effekter av interventioner för barns anknytning och omvårdnadspersoners lyhördhet och känslomässiga tillgänglighet. Det är samtidigt viktigt att se att anknytning uppstår i ett sammanhang vilket inte minst framgår av de ovan beskrivna situationer som många familjer i risk-situationer lever under. Barnens mödrar och primära anknytningspersoner har själva levt med otrygghet och ohälsa. Det är vanligt att barn och mödrar har levt i social utsatthet med ekonomisk stress och litet stöd av socialt nätverk. Det finns barn som har upplevt våld, försummelse, föräldrars missbruk och omplacering till nya omvårdnadspersoner. Därför väljer vi att i sammanhanget även nämna att flera av de inkluderade studierna också har visat effekter för barnens hälsa och utveckling (van den Boom, 1994, Moss et al., 2011, Salomonsson et al., 2015a, Velderman et al., 2006a, van Doesum et al., 2008, Oxford et al., 2013, Kersten-Alvarez et al., 2010). Det handlar till exempel om minskade problem inom områden som externalisering, internalisering och sömnproblem. Flera studier har även visat förbättringar för mödrarna i form av upplevt stöd och förbättrade relationer till sin närmaste omgivning såsom partner, familj och utvidgad familj (Heinicke et al., 1999, Negrao et al., 2014), samt minskning av mödrars depressiva symtom (Salomonsson & Sandell, 2011a, Salomonsson et al., 2015b). Dessa resultat är betydelsefulla i sammanhanget för att främja barns anknytning och omvårdnadspersoners lyhördhet.

6 Slutsatser och diskussion

Kunskapsöversikten har fokus på interventioner som riktas till yngre barn och deras omvårdnadspersoner för att främja deras samspel och barnens anknytning. De studier som har inkluderats i översikten har en population som har identifierats tillhöra riskgrupper för att utveckla otrygg eller desorganiserad anknytning. I detta avslutande kapitel sammanfattas och diskuteras resultaten.

Översikten visar att det finns flera metoder som i utvärderingsstudier har visat signifikanta effekter för barns anknytning och omvårdnadspersoners lyhördhet/känslomässiga tillgänglighet i relation till sina barn. Det finns även studier som har visat effekt i form av minskad andel barn med desorganiserad anknytning. Desorganiserad anknytning är det anknytningsmönster som är tydligast förknippat med problem senare under utvecklingen (Broberg et al., 2008). Desorganiserad anknytning kan associeras med långsiktigt negativt utfall för barnen (Carlson, 1998), förhöjd risk för externaliserande problem (Fearon et al., 2010) och förhöjd risk för dysreglering av kortisol (Bernard et al., 2012).

Då det finns många genomförda studier inom området har endast studier med randomiserad kontrollerad design inkluderats i översikten. En del studier har dock en liten population vilket minskar resultatens tillförlitlighet. I de inkluderade studierna är det en stor variation i storlek på populationen, allt från 30 dyader barn och mödrar (Bakermans-Kranenburg et al., 1998) upp till 220 dyader (Cassidy et al., 2011). Några studier har ett stort bortfall vilket också minskar resultatens tillförlitlighet. Stora bortfall förekommer till exempel vid uppföljning av interventioner efter en längre tid. Det kan diskuteras om studier med små populationer och studier med stora bortfall skulle ha exkluderats i översikten. Vi menar att de aktuella studierna ändå visar intressanta resultat. Att det är stora bortfall beror i flera fall på att populationen är barn och föräldrar som lever i mycket utsatta situationer och kan vara svåra att nå såväl med behandling som vid utvärdering. Det rör sig till exempel om barn och föräldrar inom den sociala barnavården vilka inte själva har sökt hjälp utan är aktuella på grund av skyddsskäl. Det kan också röra sig om fosterbarn som upplever uppbrott och omplaceringar till nya omvårdnadspersoner och som faller bort vid en uppföljning. I en studie var till exempel endast 61 procent av dyaderna barn och omvårdnadsperson intakta vid uppföljning efter sex månader, vilket visar på en stor utsatthet för de berörda barnen (Spieker et al., 2012). Det är en stor utmaning att genomföra långtidsuppföljningar av effekter av interventioner för denna grupp barn. I många fall lever barn och mödrar i socialt mycket utsatta situationer. Många lever med ekonomiska problem och många stressorer vilket visar på vikten av att arbeta för att förbättra familjernas sociala och ekonomiska situation parallellt med de anknytningsbaserade interventioner som är i fokus för denna översikt.

Bakermans-Kranenburg et al. (2003) menar i en tidigare kunskapsöversikt att "less is more" med vilket författarna menar att kortvariga interventioner med fokus på interak-

tionen mellan barn och omvårdnadsperson är mest verksamt. Deras resultat bygger på meta-analys av 70 studier där konklusionen var att de mest effektiva interventionerna innehöll ett måttligt (moderate) antal sessioner och beteendefokus för att förbättra föräldrars lyhörddhet. I deras analys var det dock endast ett fåtal interventioner som innehöll ett större antal sessioner. Det var också en stor variation i inkluderad population med allt från medelklassfamiljer med friska barn till dem som tillhör riskgrupper och lever med omfattande problem. I översikten av Bakermans-Kranenburg et al. (2003) inkluderades också mindre interventioner som har utslutits i denna översikt såsom att ge familjen tillgång till bärsele (baby carrier), att introducera kängurumetoden (kangaroo care) eller babymassage för föräldrar. Vår genomgång av forskningen inom området visar att Bakermans-Kranenburgs med flera författares slutsatser har haft stort genomslag. Flera senare studier har tagit sin utgångspunkt från resultaten, se till exempel följande studier: (Cassidy et al., 2011, Velderman et al., 2006a, Velderman et al., 2006b, Vu et al., 2015, Bick & Dozier, 2013).

Egeland med flera författare tar upp ett annat perspektiv nämligen att "more and broader is better" (Egeland et al., 2000). Författarna diskuterar behovet av långsiktiga, omfattande och intensiva program, särskilt för familjer med komplexa problem. Interventionen måste möta behoven hos målgruppen. Författarna diskuterar också att relationen mellan mor och barn måste förstås i ett sammanhang där familjesystem och nätverk också har betydelse. Mammans övriga relationer exempelvis till partner och egna föräldrar kan påverka hur hennes relation till barnet utvecklas. Det ska nämnas att även Bakermans-Kranenburg et al. (2003) tar upp att interventioner som pågår under längre tid och har ett bredare fokus kan behövas för familjer med komplexa problem. I genomgången av studier för denna kunskapsöversikt har vi funnit att flera författare pekar på att mer omfattande behandling än den intervention som utvärderas i aktuell studie kan behövas för den aktuella målgruppen (Murray et al., 2003, Cassidy et al., 2011, Spieker et al., 2012, Kersten-Alvarez et al., 2010).

I översikten finns inkluderade studier som har jämfört interventioner med fokus på förändring av omvårdnadspersoners beteende respektive anknytningsrepresentation. Dessa visar sammantaget att: På kort sikt vid mätning upp till tre månader efter intervention har såväl Video-feedback intervention to promote positive parenting (VIPP) med fokus på beteende som Video-feedback intervention to promote positive parenting with a representational focus (VIPP-R), med fokus på beteende och representation, visat effekt avseende omvårdnadspersoners lyhörddhet. På kort sikt har även Infant-Parent Psychotherapy (IPP) (fokus på representation) och den jämförande interventionen psykoedukation (fokus på beteende) visat effekt för barns anknytning. Det var på kort sikt ej signifikant skillnad i effekt mellan de interventioner som hade fokus på beteende respektive representation (Bakermans-Kranenburg et al., 1998, Cicchetti et al., 2006, Velderman et al., 2006b). Däremot vid uppföljning efter en något längre tid har den intervention som har fokus på representation, Child-Parent Psychotherapy (CPP) varit den som har haft bestående effekt för barnens anknytning 12 månader efter intervention (Stronach et al., 2013). Populationen var i den studien barn som har varit utsatta för misshandel/vanvård, framför allt försummelse. Det är den enda inkluderade studie som

har visat effekt för barnens anknytning efter en längre uppföljningstid (12 månader efter intervention). Vid uppföljning efter en längre tid (2,5 år) har inte interventionen VIPP eller VIPP-R visat effekt (Velderman et al., 2006a). Resultaten kan tolkas som att en längre anknytningsbaserad intervention med fokus på representation kan ge långsiktig effekt för barn i utsatta situationer med erfarenhet av försummelse och våld (Stronach et al., 2013).

Vilka slutsatser kan dras om behov av fortsatt forskning?

De interventioner som har inkluderats i denna översikt har i stort sett uteslutande riktats till mödrar och deras barn. Andelen fäder som deltar i studierna är mycket låg. Därmed vet vi inte om interventionerna skulle ha samma effekt för relationen mellan fäder och deras barn. Det behövs därmed studier som också inkluderar fäder.

Ett resultat av översikten är att det finns få longitudinella studier. Många studier har kort uppföljningstid vilket innebär att vi inte vet mycket om effekter på längre sikt av anknytningsbaserade interventioner. Det är viktigt för fortsatt forskning att undersöka om interventioner har hållbar effekt över tid.

En del studier har små populationer. Vid utvärdering av om den studerade interventionen har haft effekt kan skillnader påvisas men resultaten når inte signifikans vilket kan bero på att populationen är för liten. Det behövs därför fler studier med stora populationer.

Denna översikt har haft fokus på kvantitativa mått vad gäller effekter av interventioner. I en fortsatt studie är det också relevant att ha fokus på de berördas erfarenheter och upplevelser av sina behov och vad som har varit till hjälp.

Avslutningsvis behövs studier av effekter i en svensk kontext. De effektstudier som har inkluderats i översikten har i de flesta fall genomförts i USA och Nederländerna. En studie har genomförts i Sverige, det gäller metoden Mother-Infant Psychoanalytic Treatment (MIP), eller på svenska psykoanalytisk mor-spädbarnsbehandling. Metoden har visat effekt för mödrars känslomässiga lyhörddhet (Salomonsson & Sandell, 2011a). Det pågår för närvarande en utvärdering av MIP som korttids-intervention, där terapeuterna har placerats på barnvårdscentral och samarbetar med sjuksköterskor. Studien kombinerar kvalitativ och kvantitativ metodik (personlig kommunikation med Björn Salomonsson, KI, 2016-10-20). Andra metoder som enligt vår kännedom har prövats i Sverige är The Circle of Security (COS-P), på svenska Trygghetscirkeln. Kerstin Neander och Pia Risholm Mothander har genomfört en studie av Trygghetscirkeln där metoden är ett komplement till övrig behandling vid tre behandlingsenheter för familjer med yngre barn i Sverige. Trygghetscirkeln ges där som en gruppintervention (Neander & Risholm Mothander, 2015). Child-Parent Psychotherapy (CPP) som ingår med flera studier i denna översikt har prövats vid fem verksamheter i Sverige för barn vars förälder har utsatts för våld i nära relation och där barnet har utvecklat symtom (Almqvist et al., 2015). I en studie av Almqvist med flera författare var avsikten bland annat att pröva

genomförbarhet för CPP och ytterligare tre metoder som riktas till våldsutsatta barn (ibid.).

Implikationer för praktiken

Ett viktigt resultat av denna översikt är att det finns behandlingsmetoder som i effektstudier har visat effekt för barns anknytning och omvårdnadspersoners lyhördhet. Det finns studier som har visat effekter i form av ökad andel barn med trygg anknytning, minskad andel barn med otrygg och desorganiserad anknytning. Det finns studier som har visat effekter för barn placerade i fosterhems vård. Studier har också visat effekter för barns hälsa och utveckling, mödrars hälsa samt upplevelse av stöd. Det är hoppfulla resultat som har betydelse för barn och föräldrar, för beslutsfattare och professionella som möter barn och omvårdnadspersoner i utsatta situationer såsom mödrahälsovården, barnhälsovården, socialtjänsten och barnpsykiatrin. Vi vill betona att det är viktigt att både identifiera och erbjuda interventioner till yngre barn och omvårdnadspersoner i risksituationer innan barnen utvecklar egna allvarliga symtom och att erbjuda relevanta insatser till de barn som har utvecklat symtom. Trygg anknytning i relationen barn och omvårdnadsperson är relaterat till positivt långsiktigt utfall för barnen (Sroufe et al., 2005).

I den här översikten har vi avgränsat till interventioner som ges av professionella. Det har framkommit att de professionella som har gett behandlingen oftast har omfattande utbildning och erfarenhet. I de flesta fall är de specialister inom området. I många fall har behandlarna också fått kvalificerad handledning. Därför behöver metoderna ges där det finns tillräcklig kompetens, dels för att barn och omvårdnadspersoner ska få bästa möjliga hjälp, dels för att behandlarna ska "hålla" när de kommer i nära kontakt med barn i utsatta situationer. Det senare stöds av resultaten av den studie där Child-Parent Psychotherapy nyligen har prövats i Sverige (Almqvist et al., 2015). De behandlare som arbetade med metoden beskrev att det var emotionellt belastande att arbeta med traumatiserade barn när de fick reda på barnens historia och erfarenheter. Författarna (Almqvist et al., 2015) kopplar denna belastning till fenomenet sekundär traumatisering hos behandlare som tar del av skrämmande och våldsamma livshändelser som deras patienter/klienter har varit med om. Sekundär traumatisk stress innebär en påfrestning på känslolivet som kan uppstå hos människor som lever eller arbetar nära personer med svåra psykiska trauman (Egidius, 2016). En reflektion är också att om behandlingen går ut på att förändra anknytningsrepresentation och ge omvårdnadspersonen en korrektiv emotionell erfarenhet har även terapeutens egna representationer av relationer relevans (Egeland et al., 2000).

Slutligen är ett resultat av kunskapsöversikten är att de inkluderade metoderna till yngre barn och omvårdnadspersoner i stort sett uteslutande har erbjudits i deras hemmiljö. De motiv som har diskuterats till valet att ge behandling i familjens hem har varit att det kan underlätta för mödrarna när det gäller transporter, logistiska problem och ekonomi.

Andra motiv har varit att mödrarna kan ha tidigare dåliga erfarenheter av institutionsmiljön (Moran et al. 2005) samt att det kan vara lättare att ta till sig behandlingen när situationen är liknande som den vanligen är för familjen (Bernard et al. 2012). I den studie där Child-Parent Psychotherapy har prövats på mottagningar i Sverige visade det sig att föräldrar och barn fick färre genomsnittligt antal sessioner än rekommenderat och att behandlingskontakten också varade över kortare tidsperiod. Flera föräldrar som deltog beskrev praktiska hinder som stress med långa resor, det gällde särskilt de föräldrar som inte var bosatta i den stad där mottagningen var belägen. Det fanns exempel på att det var mer än tio mils avstånd från familjens hem till mottagningen. Föräldrar beskrev även svårigheter i form av ekonomisk belastning (Almqvist et al., 2015) (s.87). Transporter och andra logistiska problem kan bli hinder för föräldrar med låga inkomster att ta sig till en mottagning för att fullfölja ett behandlingsprogram (Moran et al., 2005). Detta visar att platsen för behandling har betydelse för barn och föräldrar.

Referenser

- AINSWORTH, M., BELL, S. M. & STAYTON, D. J. 1971. Individual differences in strange situation behavior of one-year-olds. *In: SCHAFFER, H. R. (ed.) The origins of human social relations* London: Academic Press.
- AINSWORTH, M., BLEHAR, M., WATERS, E. & WALL, S. 1978. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, New York, London, Psychology Press, Taylor & Francis Group.
- AINSWORTH, M. D. S., BELL, S. M. & STAYTON, D. F. 1974. Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. *In: RICHARDS, M. P. M. (ed.) The integration of a child in the social world*. New York: Cambridge University Press.
- ALMQVIST, K., CATER, Å., GRIP, K., AXBERG, U., DRAXLER, H., APPELL, P. & HJÄRTHAG, F. 2015. Prövning i Sverige av insatser för våldsutsatta barn som i internationella studier visat goda effekter. *In: BROBERG, A., ALMQVIST, K., APPELL, P., AXBERG, U., CATER, Å., DRAXLER, H., ERIKSSON, M., GRIP, K., HJÄRTHAG, F., HULTMANN, O., IVERSEN, C. & RÖBÄCK DE SOUZA, K. (eds.) Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn*. Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., JUFFER, F. & VAN IJZENDOORN, M. H. 1998. Interventions with video feedback and attachment discussions: Does type of maternal insecurity make a difference? *Infant Mental Health Journal*, 19, 202–219.
- BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., MH, I. J. & JUFFER, F. 2005. Disorganized infant attachment and preventive interventions: a review and meta-analysis (Structured abstract). *Infant Mental Health Journal*, 26, 191–216.
- BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., VAN, I. M. H. & JUFFER, F. 2003. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull*, 129, 195–215.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. & EMERY, G. 1979. *Cognitive therapy of depression*, New York, Wiley.
- BERGMAN, A.-S. 2011. *Lämpliga eller olämpliga hem: Fosterbarnsvård och fosterhems kontroll under 1900-talet*. Linnaeus University.
- BERNARD, K., DOZIER, M., BICK, J., LEWIS-MORRARTY, E., LINDHIEM, O. & CARLSON, E. 2012. Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized clinical trial. *Child Development*, 83, 623–636.
- BICK, J. & DOZIER, M. 2013. The effectiveness of an attachment-based intervention in promoting foster mothers' sensitivity toward foster infants. *Infant Mental Health Journal*, 34, 95–103.
- BIRINGEN, Z. 2008. *The emotional availability (EA) scales (4th ed.)* [Online]. www.emotionalavailability.com.

- BIRINGEN, Z., ROBINSON, J. L. & EMDE, R. N. 1998. *Emotional Availability Scales (3rd ed.)*, Colorado State University, Ft. Collins: Department of Human Development and Family Studies.
- BIRINGEN, Z., ROBINSON, J. L. & EMDE, R. N. 2000. Appendix A: the emotional availability scales (2nd ed.; an abridged infancy/Early Childhood version). *Attach Hum Dev*, 2, 251–70.
- BODIN, M. 2012. Ordlista. In: SUNDELL, K. (ed.) *Att göra effektutvärderingar*. Stockholm: Socialstyrelsen och Gothia förlag.
- BOWLBY, J. 1969. *Attachment and loss: Volume 1 Attachment*, London Pimlico.
- BOWLBY, J. 2010. *En trygg bas : kliniska tillämpningar av anknytningsteorin* Stockholm, Natur & Kultur.
- BRAZELTON, T. B. 1973. *Neonatal Behavioral Assessment Scale*, Philadelphia, Lippincott.
- BRAZELTON, T. B. 1984. *Neonatal Behavior Assessment Scale (2d ed.)*, Philadelphia, Lippincott.
- BRAZELTON, T. B. & NUGENT, J. K. 1995. *The Neonatal Behavioral Assessment Scale*, London, McKeith.
- BRENNAN, K., CLARK, C. & SHAVER, P. 1998. Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. In: SIMPSON, J. A. R., W.S. (ed.) *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- BRETHERTON, I., OPPENHEIM, D., BUCHSBAUM, H., EMDE, R. N. & GROUP, T. M. N. 1990a. MacArthur Story-Stem Battery, unpublished manual.
- BRETHERTON, I., RIDGEWAY, D. & CASSIDY, J. 1990b. Assessing internal working models of attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In: GREENBERG, M. T., CICHETTI, D. & CUMMINGS, E. M. (eds.) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago: University of Chicago Press.
- BROBERG, A., GRANQVIST, P., IVARSSON, T. & RISHOLM, M., P. 2006. *Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer*, Stockholm, Natur och Kultur.
- BROBERG, A., RISHOLM MOTHANDER, P., GRANQVIST, P. & IVARSSON, T. 2008. *Anknytning i praktiken: Tillämpningar av anknytningsteorin*, Stockholm Natur och Kultur.
- CARLSON, E. A. 1998. A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107–1128.
- CASSIDY, J. & MARWIN, R. 1992. Attachment organization in preschool children: Procedures and coding manual. Pennsylvania State University and University of Virginia.
- CASSIDY, J., MARVIN, R. S. & ATTACHMENT, T. M. W. G. O. 1992. Attachment organization in 2 ½ to 4 ½ year olds: Coding manual. University of Virginia.
- CASSIDY, J., WOODHOUSE, S. S., SHERMAN, L. J., STUPICA, B. & LEJUEZ, C. W. 2011. Enhancing infant attachment security: an examination of treatment efficacy and differential susceptibility. *Dev Psychopathol*, 23, 131–48.

- CICCHETTI, D., ROGOSCH, F. A. & TOTH, S. L. 2006. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Dev Psychopathol*, 18, 623–49.
- CICCHETTI, D., ROGOSCH, F. A. & TOTH, S. L. 2011. The effects of child maltreatment and polymorphisms of the serotonin transporter and dopamine D4 receptor genes on infant attachment and intervention efficacy. *Dev Psychopathol*, 23, 357–72.
- CICCHETTI, D., TOTH, S. L. & ROGOSCH, F. A. 1999. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attach Hum Dev*, 1, 34–66.
- COOPER, P. J., MURRAY, L., WILSON, A. & ROMANIUK, H. 2003. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression – 1. Impact on maternal mood! *British Journal of Psychiatry*, 182, 412–419.
- DOZIER, M., BICK, J. & BERNARD, K. 2011. Intervening With Foster Parents to Enhance Biobehavioral Outcomes Among Infants and Toddlers. *Zero Three*, 31, 17–22.
- DOZIER, M., LINDHIEM, O., LEWIS, E., BICK, J., BERNARD, K. & PELOSO, E. 2009. Effects of a Foster Parent Training Program on Young Children's Attachment Behaviors: Preliminary Evidence from a Randomized Clinical Trial. *Child Adolesc Social Work J*, 26, 321–332.
- DOZIER, M., STOVALL, K. C., ALBUS, K. E. & BATES, B. 2001. Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72, 1467–1477.
- EGELAND, B., WEINFELD, N. S., BOSQUET, M. & CHENG, V. K. 2000. Remembering, repeating and working through: Lessons from attachment-based interventions. In: OSOFSKY, J. D. & FITZGERALD, H. E. (eds.) *WAIMH Handbook of infant mental health: Infant mental health in groups at risk*. New York: Wiley.
- EGIDIUS, H. 2016. *Psykologilexikon* [Online]. Natur & Kultur. <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=234&Psykologilexikon>].
- FEARON, R. P., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., VAN IJZENDOORN, M. H., LAPSLEY, A. M. & ROISMAN, G. I. 2010. The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 81, 435–456.
- FISHER, P. A. & KIM, H. K. 2007. Intervention effects on foster preschoolers' attachment-related behaviors from a randomized trial. *Prevention Science*, 8, 161–170.
- FRAIBERG, S., ADELSON, E. & SHAPIRO, V. 1975. Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *J Am Acad Child Psychiatry*, 14, 387–421.
- GEORGE, C., KAPLAN, N. & MAIN, M. 1985. Adult Attachment Interview. Berkeley: University of California.

- GRANQVIST, P., HESSE, E., FRANSSON, M., MAIN, M., HAGEKULL, B. & BOHLIN, G. 2016. Prior participation in the strange situation and overstress jointly facilitate disorganized behaviours: implications for theory, research and practice. *Attachment & Human Development*, 18, 235–249.
- GROH, A. M., ROISMAN, G. I., VAN IJZENDOORN, M. H., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J. & FEARON, R. P. 2012. The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 83, 591–610.
- HAVNESKÖLD, L. & RISHOLM MOTHANDER, P. 2002. *Utvecklingspsykologi: Psykodynamisk teori i nya perspektiv*, Stockholm, Liber.
- HEINICKE, C. M., FINEMAN, N. R., PONCE, V. A. & GUTHRIE, D. 2001. Relation-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the second year of life. *Infant Mental Health Journal*, 22, 431–462.
- HEINICKE, C. M., FINEMAN, N. R., RUTH, G., RECCHIA, S. L., GUTHRIE, D. & RODNING, C. 1999. Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal*, 20, 349–374.
- HEINICKE, C. M., GOORSKY, M., MOSCOV, S., DUDLEY, K., GORDON, J., SCHNEIDER, C. & GUTHRIE, D. 2000. Relationship-based intervention with at-risk mothers: Factors affecting variations in outcome. *Infant Mental Health Journal*, 21, 133–155.
- HODGES, J., STEELE, M., HILLMAN, S., HENDERSON, K. & KANIUK, J. 2003. Changes in attachment representations over the first year of adoptive placement: Narratives of maltreated children. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 8, 351–367.
- HOFFMAN, K. T., MARVIN, R. S., COOPER, G. & POWELL, B. 2006. Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017–1026.
- JACOBSON, S. W. & FRYE, K. F. 1991. Effect of maternal social support on attachment: experimental evidence. *Child Dev*, 62, 572–82.
- JAFFEE, S., CASPI, A., MOFFITT, T. E., BELSKY, J. & SILVA, P. 2001. Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20-year longitudinal study. *Dev Psychopathol*, 13, 377–97.
- JUFFER, F., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J. & IJZENDOORN, M. H. V. 2008. *Promoting positive parenting : an attachment-based intervention*, New York, Lawrence Erlbaum Associates/Taylor & Francis Group.
- JUFFER, F., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J. & VAN, I. M. H. 2005. The importance of parenting in the development of disorganized attachment: evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *J Child Psychol Psychiatry*, 46, 263–74.
- JUFFER, F., HOKSBERGEN, R. A., RIKSEN-WALRAVEN, J. M. & KOHNSTAMM, G. A. 1997. Early intervention in adoptive families: supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *J Child Psychol Psychiatry*, 38, 1039–50.

- KALINAUSKIENE, L., CEKUOLIENE, D., VAN IJZENDOORN, M. H., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., JUFFER, F. & KUSAKOVSKAJA, I. 2009. Supporting insensitive mothers: the Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child Care Health Dev*, 35, 613–23.
- KERSTEN-ALVAREZ, L. E., HOSMAN, C. M., RIKSEN-WALRAVEN, J. M., VAN DOESUM, K. T. & HOEFNAGELS, C. 2010. Long-term effects of a home-visiting intervention for depressed mothers and their infants. *J Child Psychol Psychiatry*, 51, 1160–70.
- KIRKLAND, J., BIMLER, D., DRAWNEEK, A., MCKIM, M. & SCHOLMERICH, A. 2004. An Alternative Approach for the Analyses and Interpretation of Attachment Sort Items. *Early Child Development and Care*, 174, 701–719.
- LETOURNEAU, N. L., STEWART, M. J. & BARNFATHER, A. K. 2004. Adolescent mothers: support needs, resources, and support-education interventions. *J Adolesc Health*, 35, 509–25.
- LIEBERMAN, A. F. & VAN HORN, P. 2005. *Don't hit my mommy: A manual for child parent psychotherapy with young witnesses of family violence*, Washington DC, Zero to Three Press.
- LIEBERMAN, A. F., WESTON, D. R. & PAWL, J. H. 1991. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Dev*, 62, 199–209.
- MAIN, M. & HESSE, E. 1990. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status. In: GREENBERG, M., CICCETTI, D. & CUMMINGS, M. (eds.) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- MAIN, M. & SOLOMON, J. 1990. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: GREENBERG, M., CICCETTI, D. & CUMMINGS, M. (eds.) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- MORAN, G., PEDERSON, D. R. & KRUPKA, A. 2005. Maternal Unresolved Attachment Status Impedes the Effectiveness of Interventions With Adolescent Mothers. *Infant Mental Health Journal*, 26, 231–249.
- MOSS, E., DUBOIS-COMTOIS, K., CYR, C., TARABULSY, G. M., ST-LAURENT, D. & BERNIER, A. 2011. Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. *Dev Psychopathol*, 23, 195–210.
- MURRAY, L., COOPER, P. J., WILSON, A. & ROMANIUK, H. 2003. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *Br J Psychiatry*, 182, 420-7.
- NEANDER, K. & RISHOLM MOTHANDER, P. 2015. Trygghetscirkeln för ett reflekterande föräldraskap: COS-P i Sverige – kunskaps-spridning och prövning av ett psykoedukativt föräldraprogram. Stockholm: Stockholms universitet.

- NEGRAO, M., PEREIRA, M., SOARES, I. & MESMAN, J. 2014. Enhancing positive parent-child interactions and family functioning in a poverty sample: a randomized control trial. *Attach Hum Dev*, 16, 315-28.
- NEWTON, R. R., LITROWNIK, A. J. & LANDSVERK, J. A. 2000. Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1363-1374.
- NORMAN, J. 2001. The psychoanalyst and the baby: A new look at work with infants. *International Journal of Psychoanalysis*, 82, 83-100.
- ODGERS, A. 2014. *From Broken Attachments to Earned Security: The Role of Empathy in Therapeutic Change (The John Bowlby Memorial Conference Monograph Series)*, Karnac Books
- OSOFSKY, J. D. 1990. Risk and protective factors for teenage mothers and their infants. *Newsletter of the Society for Research in Child Development*.
- OXFORD, M. L., FLEMING, C. B., NELSON, E. M., KELLY, J. F. & SPIEKER, S. J. 2013. Randomized Trial of Promoting First Relationships: Effects on Maltreated Toddlers' Separation Distress and Sleep Regulation after Reunification. *Child Youth Serv Rev*, 35.
- PEARSON, J. L., COHN, D. A., COWAN, P. A. & COWAN, C. P. 1994. Earned-Security and Continuous-Security in Adult Attachment – Relation to Depressive Symptomatology and Parenting Style. *Development and Psychopathology*, 6, 359-373.
- RISHOLM MOTHANDER, P. & BROBERG, A. 2015. Små barns behov av en långsiktig trygg bas: en barnpsykologisk kunskapsöversikt. Stockholms universitet: Psykologiska institutionen.
- ROTHBART, M. K. 1981. Measurement of temperament in infancy. *Child Development*, 569-578.
- SALOMONSSON, B. & SANDELL, R. 2011a. A Randomized Controlled Trial of Mother-Infant Psychoanalytic Treatment: I. Outcomes on Self-Report Questionnaires and External Ratings. *Infant Mental Health Journal*, 32, 207-231.
- SALOMONSSON, B. & SANDELL, R. 2011b. A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: II. Predictive and moderating influences of qualitative patient factors. *Infant Mental Health Journal*, 32, 377-404.
- SALOMONSSON, B., SANDELL, R., WERBART, A. & RYDELIUS, P.-A. 2011. Psykoanalytisk behandling vid störningar i mor-barnrelationen. *Läkartidningen*, 108, 984-987.
- SALOMONSSON, M. W., SORJONEN, K. & SALOMONSSON, B. 2015a. A long-term follow-up of a randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: outcomes on the children. *Infant Ment Health J*, 36, 12-29.
- SALOMONSSON, M. W., SORJONEN, K. & SALOMONSSON, B. 2015b. A Long-Term Follow-up Study of a Randomized Controlled Trial of Mother-Infant Psychoanalytic Treatment: Outcomes on Mothers and Interactions. *Infant Mental Health Journal*, 36, 542-555.

- SANTELICES, M. P., GUZMAN, G. M., ARACENA, M., FARKAS, C., ARMIJO, I., PEREZ-SALAS, C. P. & BORGHINI, A. 2011. Promoting secure attachment: evaluation of the effectiveness of an early intervention pilot programme with mother-infant dyads in Santiago, Chile. *Child Care Health Dev*, 37, 203–10.
- SPIEKER, S. J., OXFORD, M. L., KELLY, J. F., NELSON, E. M. & FLEMING, C. B. 2012. Promoting first relationships: randomized trial of a relationship-based intervention for toddlers in child welfare. *Child Maltreat*, 17, 271–86.
- SROUFE, L. A., EGELAND, B., CARLSON, E. A. & COLLINS, W. A. 2005. *The development of the person : the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*, New York, Guilford Press.
- STOVALL-MCCLOUGH, K. C. & DOZIER, M. 2004. Forming attachments in foster care: infant attachment behaviors during the first 2 months of placement. *Dev Psychopathol*, 16, 253-71.
- STRONACH, E. P., TOTH, S. L., ROGOSCH, F. & CICCETTI, D. 2013. Preventive interventions and sustained attachment security in maltreated children. *Dev Psychopathol*, 25, 919-30.
- TOTH, S. L., MAUGHAN, A., MANLY, J. T., SPAGNOLA, M. & CICCETTI, D. 2002. The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: implications for attachment theory. *Dev Psychopathol*, 14, 877–908.
- TOTH, S. L., ROGOSCH, F. A., MANLY, J. T. & CICCETTI, D. 2006. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: a randomized preventive trial. *J Consult Clin Psychol*, 74, 1006-16.
- VAN DEN BOOM, D. C. 1994. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 1457–1477.
- VAN DEN BOOM, D. C. 1995. Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Dev*, 66, 1798-816.
- VAN DOESUM, K. T., RIKSEN-WALRAVEN, J. M., HOSMAN, C. M. & HOEFNAGELS, C. 2008. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Dev*, 79, 547-61.
- VAN IJZENDOORN, M. H., GOLDBERG, S., KROONENBERG, P. M. & FRENKEL, O. J. 1992. The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840–858.
- VAN IJZENDOORN, M. H., SCHUENGEL, C. & BAKERMANS-KRANENBURG, M. J. 1999. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 225–248.
- WATERS, E. 1986. Attachment Behavior Q-Set: Revision 2.0. SUNY Stony Brook.

- WATERS, E. 1995. The Attachment Q-set. *In: WATERS, B. E., VAUGHN, G. & KONDO-IKEMURA, K. (eds.) Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models.* Monographs of the Society for Research in Child Development 60.
- WATERS, E. & DEANE, K. E. 1985. Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. *In: BRETHERTON, I. & WATERS, E. (eds.) Growing points of attachment theory and research.* Monographs of the Society for Research in Child Development.
- VELDERMAN, M. K., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., JUFFER, F., VAN IJZENDOORN, M. H., MANGELSDORF, S. C. & ZEVALKINK, J. 2006a. Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Mental Health Journal, 27, 466–493.*
- VELDERMAN, M. K., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., JUFFER, F. & VAN, I. M. H. 2006b. Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: differential susceptibility of highly reactive infants. *J Fam Psychol, 20, 266-74.*
- WRIGHT, B., BARRY, M., HUGHES, E., TRÉPEL, D., ALI, S. & ALLGAR, V. E. A. 2015. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of parenting interventions for children with severe attachment problems: a systematic review and meta-analysis. *Health Technol Assess, 19, 1-348.*
- VU, J., HUSTEDT, J., PINDER, W. & HAN, M. 2015. Building early relationships: a review of caregiver-child interaction interventions for use in community-based early childhood programmes. *Early Child Development and Care, 185, 138–154.*

Bilaga 1 Utfallsmått i inkluderade studier

I denna bilaga presenteras de utfallsmått som används i inkluderade studier.

The Strange Situation Procedure (SSP)

The Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al., 1978) är den vanligast förekommande metoden för att mäta effekter i inkluderade studier. SSP har utvecklats av Mary Ainsworth. Hon utvecklade den så kallade Främmandesituationen för att barnets anknyningsmönster skulle aktiveras och relationen till anknyningspersonen skulle vara möjlig att studera. Barnets utforskande beteende och anknyningsbeteende är i fokus. Anknyningsrelationen hos barn i åldrarna 12–18 månader i relation till deras omvårdnadsperson studeras (Ainsworth et al., 1978). Proceduren består av korta intervaller av separation och återförening mellan barn och omvårdnadsperson där en främmande person också introduceras för barnet. Proceduren genomförs i en för barnet främmande miljö.

Ainsworth beskrev olika typer av anknynning som barn utvecklar till sin närmaste anknyningsperson: trygg anknynning (B), otrygg undvikande anknynning (A) och otrygg ambivalent anknynning (C). Tryggt anknutna barn tenderar att använda sin primära omvårdnadsperson som en trygg bas för att utforska omgivningen. De föredrar på ett tydligt sätt omvårdnadspersonen framför främlingen och protesterar när de separeras från sin omvårdnadsperson. Vid återförening söker barnet kontakt med anknyningspersonen. Barnet visar en balans mellan utforskande och trygghetssökande. Otryggt undvikande anknutna barn utforskar sin omgivning utan att använda omvårdnadspersonen som en trygg bas. De ger intryck av att vara oberörda av separationen och undviker eller ignorerar omvårdnadspersonen vid återförening. Otryggt ambivalent anknutna barn vill ofta inte utforska omgivningen under proceduren och blir extremt oroliga vid separation. Vid återförening kan de pendla mellan att söka kontakt med omvårdnadspersonen och att stöta bort denne.

SSP har vidareutvecklats av Mary Main och Judith Solomon (Main & Solomon, 1990). Det har visat sig att en del barn inte har kunnat klassificeras enligt Ainsworth's modell (A, B, C). En fjärde klassificering har utvecklats av Main och Solomon, desorganiserad anknynning (D). Samspelet mellan barn med desorganiserad anknynning och deras omvårdnadsperson bygger i hög utsträckning på rädsla. Klassificeringen baseras på observationer av barnets beteende vid återförening med omvårdnadspersonen i kontexten av beteendet under hela proceduren i SSP. Proceduren spelas in för senare kodning. SSP används i följande studier: (Bakermans-Kranenburg et al., 1998, Bernard et al., 2012, Cassidy et al., 2011, Cicchetti et al., 2006, Heinicke et al., 1999, Moran et al., 2005, Moss et al., 2011, Murray et al., 2003, Stronach et al., 2013, Toth et al., 2006, van den Boom, 1994, Velderman et al., 2006b).

The Preschool Separation-Reunion Procedure (PSRP)

Metoden The Preschool Separation-Reunion Procedure (PSRP) (Cassidy et al., 1992) baseras på främmandesituationen som beskrevs ovan (SSP). Den används för barn från två upp till sex års ålder. Den innehåller fyra korta episoder av separation och återförening mellan barn och omvårdnadsperson. Vid detta tillvägagångssätt används dock ingen främling som i SSP, utan barnet lämnas under några minuter själv i rummet. Klassificering av barnets anknytning baseras på observationer av barnets beteende vid återförening, barnets närhetssökande och känslomässiga uttryck vid återförening. Proceduren spelas in och analyseras. Detta tillvägagångssätt används i följande artikel: (Moss et al., 2011).

Ainsworth's Maternal Sensitivity Scale (AMSS)

Ainsworth's Maternal Sensitivity Scale (AMSS) (Ainsworth et al., 1971, Ainsworth et al., 1974, Ainsworth et al., 1978) utgår från observationer av samspelet mellan förälder och barn där förälderns lyhörddhet i relation till sitt barn bedöms enligt en likert-skala där högre grad av lyhörddhet innebär högre poäng. Förälders lyhörddhet (sensitivity) har av Ainsworth definierats som omvårdnadspersonens förmåga att korrekt uppfatta barnets signaler och att svara på dem prompt och adekvat, vilket har betydelse för utvecklingen av trygg anknytning hos barnet. AMSS används i följande artiklar: (Bick & Dozier, 2013, Velderman et al., 2006b, Bakermans-Kranenburg et al., 1998).

The Attachment Q-Set (AQS)

The Attachment Q-Set (AQS) (Waters & Deane, 1985, Waters, 1995) är en metod som utgår från observationer av samspelet mellan barn och omvårdnadsperson i deras naturliga miljö, vanligen i hemmet. Skattning görs av hur väl ett antal påståenden stämmer överens med barnets beteende under interaktion med sin omvårdnadsperson. AQS har utvecklats för barn i åldrarna 12 till 36 månader (enligt van Doesum et al., 2008 för barn upp till 48 månader). AQS har använts både för observationer som genomförs av en oberoende och utbildad person och för observationer som genomförs av barnets förälder. Exempel på påståenden som ingår i skattningen är: "Barnet visar ett tydligt mönster av att använda sin mor som en bas för utforskande"; "Om barnet hålls i moderns armar slutar barnet gråta och återhämtar sig snabbt från att ha varit upprört"; "När något gör barnet upprört stannar det där det är och gråter"; "Barnet blir lätt arg på sin mamma"; "Barnet vill vara i centrum för moderns uppmärksamhet". AQS används i följande artiklar: (Jacobson & Frye, 1991, Velderman et al., 2006a, van Doesum et al., 2008, Lieberman et al., 1991, Cicchetti et al., 1999, van den Boom, 1995, Heinicke et al., 1999).

Toddler Attachment Sort-45 (TAS45)

Toddler Attachment Sort-45 (TAS45) (Kirkland et al., 2004) är en modifierad version av Attachment Q-Set, för observation och bedömning av i vilken grad barnet har en trygg anknytning. TAS45 används i följande artiklar: (Spieker et al., 2012, Oxford et al., 2013).

Attachment Story Completion Task (ASCT)

Attachment Story Completion Task (ASCT) (Bretherton et al., 1990b) är en metod för att beskriva barnets inre arbetsmodeller. Metoden används för barn i förskoleåldern. Barnet får slutföra anknytningsrelaterade berättelser med hjälp av dockor som föreställer barn, mamma, pappa, mormor/farmor. Berättelser är utformade för att framkalla barnets antaganden av olika anknytningsrelaterade teman: ett barn som spiller ut juice på middagsbordet; ett barn som skadar ett knä; ett barn som ska lägga sig och upplever att det finns monster i sovrummet; ett barn vars föräldrar ska åka på en resa och lämnar barnet med mormor/farmor; ett barn vars föräldrar kommer hem igen efter en resa. Barnet får slutföra dessa påbörjade berättelser vilka spelas in, transkriberas och analyseras utifrån anknytningsmönster. ASCT används i följande studier: (Toth et al., 2002, Kersten-Alvarez et al., 2010).

MacArthur Story Stem Battery (MSSB)

MacArthur Story Stem Battery (MSSB) (Bretherton et al., 1990a) är en metod för att beskriva barnets inre arbetsmodeller, barnets förståelse av familjrelationer, självuppfattning, moraliska dilemman och konflikter. Till skillnad från ASCT, som beskrivits ovan vilken används för barn i förskoleåldern, kan MSSB användas för lite äldre barn, oftast för barn i åldern fyra till åtta år. Barnet får slutföra berättelser som introducerats för dem: "Vad händer sedan?". Teman som behandlas är exempelvis: ett barn som blir exkluderad; ett barn som upplever en föräldrakonflikt; ett barn som bränner sig; ett barn som kissar på sig. Barnet får avsluta berättelser med fokus på förväntade händelser och förväntat agerande hos omvårdnadspersonerna i dessa situationer. Proceduren spelas in för senare analys. MSSB används i följande studie: (Toth et al., 2002).

The Story Stem Assessment Profile (SSAP)

The Story Stem Assessment Profile (SSAP) (Hodges et al., 2003) innebär att intervjuaren berättar början av en historia och ber barnet att fullfölja den. Berättelsen har fokus på vardagliga familjescenarier och innehåller ett dilemma. Barnet får till uppgift att visa och berätta, verbalt och icke-verbalt, var som händer närmast. Utifrån barnets berättelser görs en bedömning av barnets förväntningar och hur barnet uppfattar familjroller, anknytning och relationer. Bedömningen görs enligt en manual där teman skattas på en skala vilka är relaterade till anknytningsdimensioner: trygg, undvikande, ambivalent, desorganiserad. SSAP har likhet med tidigare beskrivna MacArthur Story Stem Battery (MSSB). SSAP används som regel för barn mellan 4–9 år. SSAP används i följande studie: (Salomonsson et al., 2015a).

Parent Attachment Diaries (PAD)

Parent Attachment Diaries (PAD) (Stovall-McClough & Dozier, 2004) är en metod där omvårdnadspersonen får berätta om anknytningsituationer som brukar inträffa såsom när barnet har skadat sig fysiskt, när barnet blivit rädd eller när barnet har skilts från sin omvårdnadsperson. Omvårdnadspersonen får i uppgift att skriva dagbok över barnets

beteende och sitt eget gensvar i situationer där barnens anknytningsbeteende aktiveras. Omvårdnadspersonen får också skriva en kort berättelse av själva händelsen som utlöste anknytningsbeteendet. Materialet från dagböckerna bedöms sedan av oberoende personer utifrån följande: om barnens beteende innehåller sökande efter närhet; upprätthållande av kontakt; om föräldern kan lugna barnet; förekomst av undvikande eller ambivalent beteende hos barnet. PAD används i följande studier: (Dozier et al., 2009, Fisher & Kim, 2007).

Emotional Availability Scale (EAS)

Emotional Availability Scale (EAS) (Biringen, 2008, Biringen et al., 1998, Biringen et al., 2000) har fokus på omvårdnadspersonens känslomässiga tillgänglighet. EAS innehåller fyra föräldraskalor som mäter lyhördhet, struktur, respekt för barnets integritet och avsaknad av fiendlighet, samt två barnskalor som mäter barns svarsbenägenhet och barns engagemang. Lyhördhet (sensitivity) avser föräldrarnas förmåga att vara i känslomässig kontakt med barnet; struktur (structuring) avser föräldrarnas förmåga att skapa struktur för barnet och sätta adekvata gränser; respekt för barnets integritet (nonintrusiveness) avser föräldrarnas förmåga att följa barnet och invänta rätt ögonblick för interaktion; avsaknad av fiendlighet (nonhostility) avser föräldrarnas förmåga att interagera med barnet utan att visa fiendligt eller hotfullt beteende. Barns svarsbenägenhet (child responsiveness) avser i vilken grad barnet svarar på föräldrarnas uttryck medan barns engagemang (child involvement) avser i vilken grad barnet bjuder in föräldern i sin lek. EAS används i följande studier: (Negrao et al., 2014, Salomonsson & Sandell, 2011a, Salomonsson et al., 2015b, van Doesum et al., 2008, Velderman et al., 2006a).

Bilaga 2 Beskrivning av metoder och analys av inkluderade studier

I denna bilaga presenteras de behandlingsmetoder och utvärderingar som har inkluderats i översikten. När flera studier utvärderar samma metod och när flera artiklar berör samma studie presenteras dessa samlat.

Program for first time mothers to improve maternal sensitive responsiveness

(van den Boom, 1995, van den Boom, 1994) Nederländerna

Interventionen riktas till förstagångsmödrar med spädbarn med irriterbart temperament (irritable infants) vilka har en livssituation där de lever med stress. Van den Boom refererar till forskning som visat att dessa barn har en ökad risk att utveckla beteendeproblem. Interventionen bygger på anknytningsteori. Syftet är att öka mödrarnas lyhörighet för sina barns signaler (sensitive responsiveness) för att därigenom främja trygg anknytning hos barnen. Mödrarna ska få en ökad förmåga att observera sitt barn, förstå vikten av att ge gensvar till barnet och att kunna förstå och förutse förändrade beteenden och behov hos barnet som en del av dess utveckling.

Interventionen består av tre sessioner om vardera cirka två timmar, med en session var tredje vecka, när barnen är mellan sex och nio månader gamla. Sessionerna äger rum i familjens hemmiljö under vardagliga interaktioner. Mödrarna får stöd i att anpassa sitt bemötande av barnet efter det individuella barnets behov. Interventionen har fokus på fyra steg för omvårdnadspersonens lyhörighet i relation till sitt spädbarn: 1) att uppfatta barnets signaler; 2) att tolka barnets signaler korrekt; 3) att välja ut ett lämpligt gensvar på barnets signaler; 4) att genomföra gensvaret på barnets signaler på ett effektivt sätt. Bristande lyhörighet kan bero på en brist i något av dessa fyra steg, enligt van den Boom. I studien har interventionen i samtliga fall getts av artikelförfattaren Dymphna C. van den Boom, vilket kan öka sannolikheten för att alla deltagare har fått en likvärdig intervention. Det kan samtidigt minska studiens tillförlitlighet då författaren gör en studie på en behandling hon själv har utfört.

Studiedesign och resultat

I studien deltog 100 dyader spädbarn och mödrar. Tre mödrar var ensamstående då barnen föddes, medan 97 mödrar levde tillsammans med barnens fäder. I samtliga fall var mödrarna barnets primära omvårdnadsperson. Deltagarna hade låg socioekonomisk situation med utgångspunkt från statistisk indelning i socialgrupper i Nederländerna. Mödrarna var i åldrarna 19–33 år, i medeltal 24,57 år. Barnen valdes ut utifrån irriterbarhet när de var mellan 10–15 dagar gamla utifrån Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) som är en skala där spädbarnets beteende bedöms (Brazelton, 1973). Barnen i

populationen var 47 procent flickor och 53 procent pojkar. 50 mödrar med spädbarn fick interventionen medan kontrollgruppen, 50 mödrar med spädbarn inte fick någon specifik intervention utan fick så kallad "vanlig behandling".

Utfallsmått för anknytning är i denna studie The Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al., 1978). Observationer och utvärderingar görs av personer som inte känner till vilka barn och föräldrar som ingår i behandlingsgrupp respektive kontrollgrupp, vilket ökar tillförlitligheten. Klassificering enligt SSP görs när barnen är 12 månader gamla då barnen bedöms ha trygg anknytning (B), otrygg undvikande anknytning (A), otrygg motspänstig anknytning (C) (Ainsworth et al., 1978), respektive desorganiserad anknytning (D) (Main & Solomon, 1990). För bedömning av SSP videofilmas barns och mödrars interaktion. Inspelat material kodas av två oberoende och utbildade bedömare.

Resultaten visar signifikant effekt för barnens anknytning. Högre andel barn i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen klassificerades med trygg anknytning vid mätning tre månader efter intervention, vid barns ålder 12 månader. 62 procent av barnen i behandlingsgruppen bedömdes ha trygg anknytning jämfört med 28 procent av barnen i kontrollgruppen. Den vanligaste anknytningen för barn i kontrollgruppen var otrygg undvikande (52 procent) (van den Boom, 1994).

Vid barns ålder 18 månader gjordes en uppföljning av 82 barn för att kontrollera effekters varaktighet. Vid denna uppföljning var det alltså ett bortfall på 18 procent. Det var större bortfall i kontrollgruppen än i behandlingsgruppen. Utfallsmått var även denna gång SSP. Resultaten av studien visar att det var en signifikant högre andel barn med trygg anknytning i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen, 72 procent jämfört med 26 procent. Även vid denna uppföljning var den vanligaste anknytningen för barn i kontrollgruppen otrygg undvikande (51 procent). Vid barns ålder 42 månader användes utfallsmåttet Attachment Q-sort vid analys av mediatorer. En mediatorvariabel är något som gör att det finns ett statistiskt samband mellan två andra variabler (Egidius 2016). Det är "en faktor som ligger mellan den oberoende och beroende variabeln i en orsakskedja och som helt eller delvis förklarar varför exempelvis en behandlingseffekt äger rum" (Bodin, 2012, s. 562). Resultaten pekar på att trygg anknytning hos barnen vid 12 månaders ålder har samband med trygg anknytning vid 42 månaders ålder (van den Boom, 1995).

The Circle of Security – Home Visiting – 4 Intervention (COS-HV4)
(Cassidy et al., 2011) USA

The Circle of Security – Home visiting – 4 (COS-HV4) är en version av interventionen The Circle of Security Protocol, COS (Hoffman et al., 2006). Centralt för interventionen är begreppet *en trygg bas*, det vill säga vikten av att en förälder inger sitt barn en känsla av säkerhet genom att fungera som en trygg bas. Föräldrarna ska i denna intervention få hjälp med att stödja sina barn i såväl anknytning som utforskande, vilket innebär att trösta barnet om det är ledset och att stödja barnets lek på ett icke inkräktande sätt. COS ges ofta som en gruppintervention. COS som beskrivs av Hoffman et al. (2006) är en 20

veckor lång gruppintervention för föräldrar med barn i förskoleåldern. COS-HV4 används för individuell behandling och är en förkortad version jämfört COS. En skillnad mellan interventionerna är att i denna individuella version är dyaden mor-barn hela tiden i centrum och interventionen ges i hemmiljö, medan COS i originalversion ges i grupp där varje mor-barn är i fokus vid två sessioner medan mödrarna under övriga sessioner får observera, ge stöd till och lära av andra mödrar i gruppen.

I denna studie bygger forskarna vidare på tidigare kunskap från van den Booms interventionsstudier riktade till familjer med spädbarn med irriterbart temperament (van den Boom, 1995) och kunskap från tidigare metaanalys som kommit fram till att interventioner har varit mest effektiva när de har påbörjats då barnen är äldre än sex månader (Bakermans-Kranenburg et al., 2003). En skillnad är att video feedback används i denna intervention, vilket inte fanns med i van den Booms studier som genomfördes i början av 1990-talet.

Syftet med interventionen är att förebygga otrygg anknytning och psykisk ohälsa hos spädbarn med irriterbart temperament och där familjerna lever med ekonomisk stress. Syftet är vidare att öka föräldrarnas lyhördhet i relation till sina barn och förbättra deras reflekterande förmåga genom att: 1) hjälpa dem att förbättra sin förmåga att observera och förstå barnens behov; 2) ge barnen gensvar på ett lyhört sätt; samt att 3) utforska och förstå vad som står i vägen för att ge ett lyhört gensvar i relation till barnen. För vissa föräldrar kan det till exempel handla om att sakta ner sitt tempo, uppmärksamma och följa barnets signaler, för andra kan det handla om att tillåta barnet att utforska sin omgivning.

Interventionen COS-HV4 består i denna studie av hembesök hos föräldrarna med barnen närvarande. Det rör sig om fyra cirka en timme långa hembesök som äger rum ungefär var tredje vecka när barnen är mellan 6,5 och 9 månader gamla. Under hembesöken används klipp från videoinspelningar av vardagliga situationer där mödrarna får feedback på sina interaktioner med barnen. Vid det fjärde och avslutande hembesöket ges föräldern även en möjlighet att diskutera interventionen och eventuella bekymmer i föräldraskapet. Behandlarna ger föräldrarna hemläxor att arbeta med mellan sessionerna, till exempel: att förklara barnets behov för en vän; att observera barnets behov under dagliga interaktioner.

Interventionen är manualbaserad. Behandlarna är kliniker med utbildning på master- eller doktorsnivå. För att underlätta programtrohet får behandlarna handledning på inspelat material av de personer som har utvecklat COS-HV4, Glen Cooper, Kent Hoffman, Bert Powell samt av huvudförfattaren till artikeln Jude Cassidy.

Studiedesign och resultat

I populationen ingår 220 dyader mödrar med barn. De har valts ut på grund av att familjerna lever under ekonomisk stress och har spädbarn med irriterbart temperament, en problematik som i tidigare studier visats innebära risk för barn att utveckla otrygg an-

knytning (van den Boom, 1994). Liksom i tidigare studier av van den Boom bedöms barnens beteende inledningsvis vid urval enligt The Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) (Brazelton & Nugent, 1995). Barnens ålder är en månad vid inskrivning i programmet. Vid start av intervention är de drygt sex månader gamla. Andel flickor i populationen är 44,5 procent och andel pojkar 55,5 procent. Alla omvårdnadspersoner i denna studie är mödrar. Deras ålder är i medeltal 24,06 år (spridning 18–39 år).

Det är ett bortfall i studien där 46 barn (21 procent) som fanns med vid de inledande testerna inte deltog i interventionen. Deltagare var därmed 86 barn i behandlingsgruppen och 88 barn i kontrollgruppen. Vid utvärdering vid barns ålder 12 månader var det ytterligare bortfall på totalt sex procent. Kontrollgruppen får i denna studie interventionen psykoedukation. Utfallsmått i studien är Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al., 1978). I denna studie görs också analyser av moderatorer, hur barns irriterbara temperament och mödrars anknytningsstil, enligt Experiences in Close Relationships Scale (ECR) (Brennan et al., 1998), kan fungera som moderatorer för effekter av den anknytningsbaserade interventionen. En moderatorvariabel är en variabel som ger upphov till positiv eller negativ korrelation mellan två andra variabler (Egidius 2016). En moderatorvariabel modererar riktningen eller styrkan hos ett samband mellan en oberoende och en beroende variabel (Bodin, 2012, s. 563). Utgångspunkten är att mödrar kan ge olika gensvar till sina spädbarn och svara olika på behandling beroende av deras egen anknytningsstil. Analyser görs också för barn med högre respektive måttlig grad av irriterbart temperament.

Resultaten visar ej signifikant effekt av interventionen avseende trygg anknytning för gruppen barn med irriterbart temperament i sin helhet. Resultaten visar signifikant effekt för barn med mycket irriterbart temperament (highly irritable), däremot inte för barn med måttligt irriterbart temperament (moderately irritable). Resultaten visar också bättre effekt av interventionen för barn med mycket irriterbart temperament när mödrarna har trygg anknytningsstil; för barn med mycket irriterbart temperament när mödrarnas anknytningsstil har klassificerats som avfärdande (highly dismissing); för barn med måttlig grad av irriterbart temperament när mödrars anknytningsstil klassificerats som upptagna (highly preoccupied).

Det kan diskuteras om barnen i denna studie är en riskgrupp vad gäller anknytning. Populationen har matchats för att vara jämförbar med van den Booms studier (van den Boom, 1994, van den Boom, 1995). Men det visade sig att barnen i denna studie bedömdes i stort sett ha likartad anknytning som en icke-klinisk population. Författarna diskuterar att det kan bero på att familjerna visserligen var utvalda på grund av att de levde under ekonomisk stress, men de levde inte i fattigdom. De diskuterar också att kulturella faktorer kan ha betydelse för föräldraskap och livsvillkor, till exempel att leva tillsammans med utökad familj/släkt som kan fungera skyddande, vilket var vanligare för mödrar i aktuell studie.

The Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) (Bernard et al., 2012) USA

Interventionen Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) har utvecklats och prövats för familjer med barn som har upplevt svårigheter tidigt i livet såsom våld, föräldrars missbruk, hemlöshet, vanvård (Bernard et al., 2012). Interventionen har utformats med syfte att förbättra barns anknypningsmönster. Syftet är att hjälpa föräldrarna till förändring på följande sätt: 1) att ge barnen adekvat omvårdnad genom att bättre tolka och förstå barnens beteende; 2) att föräldern ska klara att hantera de egna problem som stör omvårdnaden om barnet; 3) att ge barnet tillgång till en lyhörd och responsiv miljö genom att föräldern följer barnet med glädje när det utforskar, att så att säga låta barnet "leda dansen" (Bernard et al., 2012); samt 4) att som förälder klara av att bete sig på ett sätt som inte skrämmer barnet, vilket har betydelse för utvecklingen av en organiserad och trygg anknytning.

I programmet ABC ingår också sessioner där föräldrarna får lära sig att känna igen "röster från det förflutna". Författarna menar att många av de aktuella föräldrarna kämpar med att ge lyhörd omsorg till sitt barn samtidigt som de själva saknar erfarenhet av att få lyhörd omsorg. Utgångspunkten är att föräldrar, genom att bli medvetna om "röster från det förflutna" och egna automatiska reaktioner i relation till barnen, bättre kan känna igen när de reagerar på ett icke lyhörd, kontrollerande eller skrämmande sätt.

ABC är en manualbaserad intervention som ges i familjernas hemmiljö. I några fall har interventionen också getts till familjer som lever i skyddat boende (Bernard et al., 2012). Programmet bygger på tio sessioner som ges en gång i veckan, en timme per tillfälle. Varje session har ett specifikt fokus. Fokus är på förändring av omvårdnadspersonens beteende snarare än på dennes inre representationer. I interventionen involveras barnen och föräldrarna tillsammans. Sampelet mellan dem observeras av den som leder interventionen och föräldrarna får feedback i stunden (in-the-moment). I denna intervention används även video feedback till föräldrarna där såväl deras styrkor, brister, som förändringar uppmärksammas. Föräldrarna får även arbeta med hemläxor mellan sessionerna där de får öva på förmågor och göra egna observationer av sitt eget och sina barns beteenden. Om det finns flera personer i hemmet vid interventionstillfället, till exempel andra barn eller vuxna personer kan de också inkluderas i sessionen, då en utgångspunkt är att det är lättare för föräldrarna att ta till sig ny kunskap då situationen liknar den som vanligen gäller för familjen.

Denna intervention (och den som gavs till kontrollgruppen) gavs av föräldrautbildare med erfarenhet av barn – "parent trainers" "who had experience with children and strong interpersonal skills" (Bernard et al., 2012, s. 628). Deras utbildning framgår inte av artikeln, men i en annan artikel om ABC av Dozier et al. (2009) framgår att behandlarna är socialarbetare eller psykologer med minst fem års klinisk erfarenhet.

Studiedesign och resultat

Populationen består av barn och föräldrar som har kontakt med sociala barnavårdsmyndigheter på grund av att barnen har upplevt stora svårigheter tidigt i livet såsom våld, föräldrars missbruk, hemlöshet, vanvård. Samtliga föräldrar som deltog i studien tillhörde ett program för att förhindra att barnen behöver bli placerade i fosterhem.

I studien ingår 120 barn, varav 58 procent pojkar och 42 procent flickor, samt 113 föräldrar (sju föräldrar hade två barn vardera som ingick i studien). Barns ålder vid inskrivning i programmet var i medeltal 10,1 månad (spridning 1,7–21,4 mån.) Föräldrars ålder var i medeltal 28,4 år (spridning 15,7–47 år). De föräldrar som deltog i studien var 98 procent kvinnor och två procent män. I behandlingsgruppen ingick 60 barn, medan lika många barn ingick i kontrollgruppen. Kontrollgruppens föräldrar fick som intervention en utbildning om barns utveckling. De båda interventionerna hade samma frekvens och varaktighet.

Utfallsmått i studien är Strange Situation Procedure (SSP) för klassificering av trygg och otrygg anknytning (Ainsworth et al., 1978) med tillägg av klassificeringen desorganiserad anknytning enligt kriterier av Main och Solomon (Main & Solomon, 1990). Mätningen genomfördes då barnen var i medeltal 19,1 månad (spridning 11,7–31,9 mån.). SSP brukar användas för barn upp till 24 månader, men har enligt författarna använts upp till 29 månaders ålder. Forskarna har i studien även gjort analyser där endast barn upp till 24 månader har inkluderats. Två oberoende personer har kodat materialet. I denna studie har även experter på SSP medverkat i kodningen, Elizabeth Carlson och Alan Sroufe.

Resultaten visar signifikant effekt avseende barnens anknytning. Vid mätning en månad efter intervention bedömdes en lägre andel barn i behandlingsgruppen ha desorganiserad anknytning (32 procent) jämfört med barn i kontrollgruppen (57 procent). Bland barn i behandlingsgruppen var det också signifikant högre andel med trygg anknytning (52 procent) i jämförelse med kontrollgruppen (33 procent). Resultaten avseende desorganiserad anknytning men ej avseende trygg anknytning var signifikanta även när barn över 24 månader gamla hade exkluderats i analysen.

The Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)

(Bick & Dozier, 2013) USA

Interventionen Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) har även utvecklats för barn i fosterhemsvård för att främja lyhörd omsorg om fosterbarnen. Tidigare forskning visar att fosterbarn som inte har fått en lyhörd omsorg har ökad risk att utveckla desorganiserad anknytning (Dozier et al., 2001).

Syftet med interventionen ABC för barn i fosterhemsvård är att stödja omvårdnadspersonerna i att tolka sina barns beteendemässiga signaler och att ge barnen bättre omsorg i situationer när det inte kommer naturligt för dem. Syftet är vidare att interventionen ska stödja fosterföräldrarna i att kunna erbjuda sina barn en lyhörd, förutsägbart och lämplig miljö som förbättrar barnens möjligheter att utvecklas vidare. Fosterföräldrarna

ska få stöd att tolka och förstå barnens beteende, förstå att barnen har behov av omvårdnad även om de inte visar det så tydligt, på grund av att barnen kan ha utvecklat en otrygg eller desorganiserad anknytning och därför inte självklart vänder sig till fosterföräldrarna med sina behov. Fosterföräldrarna ska få stöd i att sätta sig in i fosterbarnens perspektiv. De ska få hjälp att förstå barnens beteende i kontexten av att de har varit med om svårigheter och separationer från sina föräldrar. Fosterföräldrarna ska få stöd i att förstå vikten av att tillgodose barnens behov av lyhörd omsorg, fysisk beröring och att stödja sina barn i uttryck av känslor och behov. De ska få stöd i att följa barnen (follow their infants' lead) i vardagliga situationer som exempelvis lek och aktivitet samt att svara effektivt på barnens signaler. De ska vidare få stöd i att behandla barnen på ett sätt där deras integritet respekteras. Även i denna intervention handlar det om att stödja omvårdnadspersonerna att bete sig på ett sätt som inte skrämmer barnen.

I programmet får fosterföräldrarna reflektera över hur deras egna erfarenheter av omvårdnad under sin uppväxt påverkar dem som omvårdnadspersoner. Utgångspunkten är att medvetenhet om "röster från det förflutna" är en styrka som ger fosterföräldrarna möjlighet att sätta sig över egna automatiska reaktioner och ge gensvar till barnen på ett mer lyhört sätt.

Interventionen är manualbaserad och består av tio sessioner, en gång i veckan, cirka en timme per tillfälle. Den ges i fostermödrarnas hemmiljö och spelas in på video. Omvårdnadspersonerna får feedback på samspelet med sina barn dels i stunden under sessionerna och dels genom att behandlarna visar videoklipp från föregående session. Programtrohet utvärderades veckovis genom möten i grupphandledning.

De som ger interventionen har lång erfarenhet av att arbeta med föräldrar och barn. Deras utbildning framgår inte av artikeln, men i en annan artikel om ABC av Dozier et al. (2009) framgår att behandlarna är socialarbetare eller psykologer med minst fem års klinisk erfarenhet. Ytterligare beskrivning av interventionen ABC för fosterföräldrar och fosterbarn finns i följande referens av Mary Dozier, Johanna Bick och Kristin Bernard (Dozier et al., 2011).

Studiedesign och resultat

Populationen består av 96 dyader barn och omvårdnadspersoner. Barns ålder är i medeltal 9,9 månader (spridning 1–22 månader). Populationen består till 52 procent av pojkar och 48 procent av flickor. Barnens fosterföräldrar som deltar i studien är till 100 procent kvinnor. Fostermodrarnas ålder är i medeltal 45 år (spridning 24–74 år). I behandlingsgruppen ingår 44 barn och i kontrollgruppen 52 barn. Intervention till kontrollgruppen är i denna studie en utbildning om barns utveckling. Utvärdering gjordes en månad efter intervention.

Utfallsmått i studien är Ainsworth's Maternal Sensitivity (Ainsworth et al., 1974), vilket definieras som omvårdnadspersonens lyhördhet i relation till sitt barn: 1) förmågan att uppfatta barnets signaler; 2) att tolka barnets signaler korrekt; 3) att välja ut ett lämpligt

gensvar på barnets signaler; 4) att genomföra gensvaret på barnets signaler på ett effektivt sätt (van den Boom, 1994). Lyhördheten bedöms här enligt en femgradig skala med utgångspunkt från inspelade sekvenser av samspel mellan fostermor och fosterbarn. De personer som kodade det inspelade materialet hade inte kännedom om vilka som tillhörde behandlingsgrupp respektive kontrollgrupp. Resultaten av studien visar signifikant effekt för fostermödrars lyhördhet (maternal sensitivity) i relation till sina fosterbarn vid utvärdering en månad efter intervention.

The Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)

(Dozier et al., 2009) USA

Även i denna referens ges interventionen Attachment and Biobehavioral Catch-up till barn i fosterhemsvård och deras fosterföräldrar. Interventionen ges i fosterföräldrarnas hemmiljö. Den består av komponenter som är inriktade på föräldraomsorgen, att ge barnen omsorg även om de inte tydligt visar sina behov och att ge barnen omsorg även när det inte kommer naturligt för fosterföräldern. Syftet är att stödja fosterföräldrarna i att tolka och förstå barnens beteende, stödja dem i att klara att hantera och åsidosätta egna problem som påverkar deras omsorg om barnen, samt att stödja dem i att skapa en miljö som hjälper barnen att utveckla förmågan till känslomässig reglering. Teman som behandlas är: att ge omsorg även när barnet stöter bort omvårdnadspersonen; att ge omsorg även när det är svårt för omvårdnadspersonen; att reducera skrämmande beteende hos omvårdnadspersonen; att följa barnet; att hålla barnet och ge det kroppskontakt; att ge gensvar på barnets negativa känslor.

Interventionen är manualbaserad och pågår under 10 sessioner en gång i veckan, cirka en timme per session. Sessionerna spelas in på video, dels i syfte att ge feedback till fosterföräldrarna, dels i syfte att använda videoinspelningar för handledning och utvärdering av programtrohet. Interventionen ges av socialarbetare eller psykologer med minst fem års klinisk erfarenhet, det gäller även den intervention som ges till kontrollgruppen.

Studiedesign och resultat

Populationen i studien är 46 barn. Barnens ålder är i medeltal 18,9 månader (spridning 3,6–39,4 månader). Andel flickor är 50 procent och pojkar 50 procent. Fosterföräldrar som medverkar i studien är 42 kvinnor (91 procent) och fyra män (9 procent). I denna artikel framgår det att fosterföräldrarna har fått ekonomisk kompensation för sin medverkan i studien. Det framgår också att fosterföräldrarna har samtyckt till att delta och att barnets biologiska föräldrar (eller ombud) har samtyckt till barnets medverkan i studien. 86 procent av tillfrågade fosterföräldrar och 98 procent av tillfrågade föräldrar (eller ombud) lämnade sitt samtycke.

Behandlingsgruppen består av 22 barn och kontrollgruppen av 24 barn. Kontrollgruppen får som intervention en utbildning om barns utveckling. I den utsträckning det har varit möjligt har frekvens och varaktighet varit lika för de båda interventionerna.

Utvärdering av effekter görs en månad efter intervention. För mätning av utfall används i denna studie Parent Attachment Diaries (PAD) (Stovall-McClough & Dozier, 2004). Fosterföräldrarna får som uppgift att skriva dagbok under tre dagar över sina barns beteenden och sitt eget gensvar i situationer där barnens anknytningsbeteende aktiveras. Fosterföräldrarna använder en checklista för att vid varje specifik händelse skriva om barnets hjälpsökande beteende, sitt eget beteende för att ge gensvar till barnet, samt barnets beteendemässiga gensvar till fosterföräldern. Fosterföräldrarna får också skriva en kort berättelse om själva händelsen som utlöste anknytningsbeteendet. Materialet från dagböckerna bedöms sedan av två oberoende personer utifrån följande: om barnets beteende innehåller sökande efter närhet; upprätthållande av kontakt; om föräldern lyckas lugna barnet; förekomst av undvikande eller ambivalent/motspänstigt beteende hos barnet.

Resultaten av studien visar signifikant minskning av otrygg undvikande anknytning bland barn i behandlingsgruppen. Barn i behandlingsgruppen bedömdes också i högre grad som tryggt anknutna men detta resultat var inte signifikant.

Video-feedback and Attachment Discussions

(Bakermans-Kranenburg et al., 1998) Nederländerna

Syftet med interventionen är att främja ett lyhört föräldraskap. Föräldrar får dels skriftlig information om lyhört föräldraskap, dels video feedback. I den ena interventionsgruppen får föräldrarna även delta i samtal med fokus på sina egna erfarenheter av anknytning i syfte att påverka deras representationer av anknytning. Bakermans-Kranenburg et al. (1998) redogör för att anknytningsbaserade interventioner kan vara inriktade på beteendenivå genom målsättningen att förbättra mödrars lyhörddhet (sensitivity) i relation till barnen. Interventioner kan också vara inriktade på representationsnivå genom målsättning att även förändra mödrarnas representation av anknytning. I denna studie provas alltså båda dessa inriktningar.

Behandlarnas video feedback till föräldrar har fokus på att: 1) hjälpa föräldern att lägga märke till barnets kontaktsökande och utforskande beteende; 2) uppmärksamma barnets mer subtila signaler och uttryck för att barnet ska känna sig förstätt och tryggt; 3) förstå betydelsen av att ge gensvar till barnets signaler på ett snabbt och adekvat sätt; 4) förstå betydelsen av känslomässig intoning och att dela känslor.

Interventionen består av fyra hembesök, om vardera 1,5 – 3 timmar, var tredje eller var fjärde vecka, under en period av tre månader, då barnen är i åldern 7–10 månader. Varje hembesök har ett eget tema där video feedback ges. Varje interventionstillfälle startar med att spela in ett avsnitt på video, vilket kommer att användas under nästkommande session. Efter att ha spelat in på video ges feedback på den video som spelades in vid det föregående tillfället. Mödrarna får även skriva dagbok, "baby's diary" (metod hämtad från Ian St. James-Roberts), över barnets beteende och sina egna aktiviteter med barnen under tre dagar, ett material som används för att tala om barnens gråt som ett sätt att söka kontakt och uttrycka sina behov.

Till den ena interventionsgruppen (Attachment Discussions) ges även intervjuer med fokus på föräldrarnas egna erfarenheter av anknytning och hur det kan ha påverkat deras föräldraskap. Samtalen täcker följande teman: 1) erfarenhet av separationer under den tidiga barndomen; 2) känslor associerade med de egna föräldrarnas föräldrastil, där föräldrarnas egna erfarenheter under uppväxten kopplas till deras erfarenheter som omvårdnadspersoner; 3) processen då föräldern själv skulle bryta sig loss från sina föräldrar under tonåren, återigen med fokus på hur erfarenheter från uppväxten kan påverka dem som vuxna; 4) kopplingen mellan att "vara mina föräldrars barn" och att "vara mina barns förälder" nu och i framtiden.

Sammanfattningsvis utmanas föräldrarna att minnas egna erfarenheter från sin barndom, reflektera över hur dessa erfarenheter påverkar deras föräldraskap, samt hur de kan ge sina egna barn andra erfarenheter. En utgångspunkt här är att representationer av anknytning kan förändras, vilket har visats hos personer som har klassificeras med förvärvad trygg anknytning (earned secure). En person med förvärvad trygg anknytningsrepresentation kan beskriva att den har haft en svår eller kärlekslös barndom, men har förmåga att strukturera sina tankar och känslor kring dessa erfarenheter och reflektera över dem på ett sammanhängande sätt utan att bli upprörd, förvirrad samt utan att förminska de erfarenheter de har med sig från sin barndom (Pearson et al., 1994, Odgers, 2014, Bakermans-Kranenburg et al., 1998). Behandlare är i denna studie tre kvinnor med universitetsutbildning i Child Studies, varav två också är artikelförfattare, Marian Bakermans-Kranenburg och Femmie Juffer.

Studiedesign och resultat

Populationen består av 30 mödrar med barn. Mödrarna är förstagångsföräldrar och har valts ut på grund av egen otrygg representation av anknytning enligt Adult Attachment Interview (AAI) (George et al., 1985), vilken kan ha betydelse för utvecklingen av relationen mellan barn och förälder. Barnens ålder vid rekrytering är fyra månader och vid interventionens start sju månader. Mödrarnas ålder är i medeltal 26,8 år.

I studien ingår två behandlingsgrupper, Video Group (VG) med 10 deltagare och Video + Discussion Group (VDG) med 10 deltagare. Kontrollgruppen består av 10 deltagare. Kontrollgruppen får ingen intervention. Utvärderingen genomfördes cirka tre månader efter intervention då barnen var 13 månader gamla. Utfallsmått i studien är Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al., 1978) och Ainsworth Rating Scale for Sensitive Responsiveness (Ainsworth et al., 1971, Ainsworth et al., 1974). Observationer vid utvärdering görs av personer som inte är kända för deltagarna i studien.

Resultaten visar ej signifikant effekt avseende barnens anknytning. Resultaten visar signifikant effekt avseende mödrars lyhördhet (sensitivity) hos mödrar i behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Det var ej signifikant skillnad mellan de båda behandlingsgrupperna VG och VDG. Resultaten visade dock bättre effekt för mödrar med avfärdande anknytningsstil (dismissing) av interventionen video och skriftlig information (VG), medan resultaten visade bättre effekt av den intervention som också inkluderade

samtal om egen anknytning (VDG) för mödrar som var upptagna av sina anknytningserfarenheter (preoccupied). Dessa resultat var dock ej signifikanta, vilket kan bero på att studien har en liten population. Resultaten ger ändå en indikation på att interventioner kan behöva anpassas också efter föräldrars egen anknytningsstil.

Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting with a Representational focus (VIPP-R)

(Velderman et al., 2006a, Velderman et al., 2006b) Nederländerna

Syftet med interventionen är att försöka bryta en cirkel av otrygg anknytning hos familjemedlemmar från en generation till nästa generation. I studien jämförs två interventioner, den ena är VIPP som består av video feedback och skriftlig information till mödrar om lyhört föräldraskap. Den andra interventionen, VIPP-R, har dels samma innehåll som VIPP men inkluderar även samtal om mödrars egna anknytningserfarenheter under sin barndom, vilka sätts i relation till deras nuvarande omsorg om sitt barn. Forskarnas hypotes är att dessa samtal kan bidra till att förbättra mödrarnas lyhördhet i relation till sina barn genom att omstrukturera deras anknytningsrepresentation. Författarna diskuterar hur "spöken i barnkammaren" (ghosts in the nursery) (Fraiberg et al., 1975) kan spela en betydande roll i familjers liv. Det är en metafor för att föräldrars tidigare svåra erfarenheter kan påverka deras omsorgsgivande och riskerar att otrygghet upprepas över generationer. I interventionen VIPP-R förs samtal om mödrarnas egna erfarenheter. Behandlarna ger mödrarna stöd i att utforska länken mellan egna barndomserfarenheter, den nuvarande relationen med barnet och mödrarnas föräldrastil. Mödrarna i studien har rekryterats utifrån att de själva har klassificerats med otrygg anknytningsrepresentation enligt Adult Attachment Interview (AAI) (George et al., 1985). Interventionen pågår då barnet är 7–10 månader, vilket har bedömts vara en betydelsefull period i barnets liv ur anknytningsperspektiv. Enligt anknytningsteorin blir barnets anknytningsmönster allt mer etablerat under det andra halvåret efter födseln (Bowlby, 1969).

Interventionen har sin utgångspunkt i tidigare meta-analys (Bakermans-Kranenburg et al., 2003) som kommit fram till att interventioner har bäst effekt när de inkluderar ett fåtal sessioner och inriktas på att förbättra mödrarnas lyhördhet. Interventionen är manualbaserad. Den består av fyra hembesök när barnen är mellan sju och tio månader gamla, med intervall var tredje till var fjärde vecka. Besökens längd är cirka en och en halv timme per tillfälle för VIPP och tre timmar för VIPP-R. Inför det första besöket får mödrarna skriva dagbok under tre dagar i följd "baby's diary" (metod hämtad från St. James-Roberts) över barnets beteende, sömn, vakenhet, nöjdhet, gråt etcetera och moderns aktivitet med barnet såsom att mata, bada, leka, bära runt barnet. Dagboken används som utgångspunkt för samtal under den första sessionen. Vid hembesöken videofilmas interaktion mellan mor och barn i vardagliga situationer, exempelvis då mamman badar barnet, leker eller gosar med barnet. Feedback på inspelat material ges vid nästkommande session. Feedback ges enligt särskilda teman såsom exempelvis barns kontaktsökande och utforskande. Samtalen om mödrars barndomserfarenheter utgår från

anknytningsteori. Ett tema som behandlas är erfarenheter av separationer. En utgångspunkt är att representationer går att förändra genom så kallad förvärvad trygg anknytning. Behandlare är i denna studie tre kvinnor, med universitetsutbildning i Child Studies, varav två är artikelförfattare, Marian J. Bakermans-Kranenburg och Femmie Juffer, vilka båda har doktorsutbildning.

Studiedesign och resultat

Populationen består av 81 dyader barn och förstagångsmödrar. De mödrar som deltar har klassificerats med otrygg anknytningsrepresentation, enligt Adult Attachment Interview (AAI) (George et al., 1985), vilken har fokus på vuxnas anknytning. Vid rekrytering till studien var barnen fyra månader gamla. Vid intervention var de mellan sju och tio månader. Andel flickor i studien var 50,6 procent och andel pojkar 49,4 procent. Mödrarnas ålder var i medeltal 27,8 år. I studien ingick två behandlingsgrupper. I VIPP-R deltog 26 dyader barn och mödrar, i VIPP 28 samt i kontrollgruppen 27 dyader. Kontrollgruppen fick ingen intervention.

Den ena artikeln (Velderman et al., 2006b) bygger på utvärdering en och tre månader efter intervention. Utfall mäts vid barns ålder 11 och 13 månader enligt Maternal Sensitive Responsiveness (AMSS) (Ainsworth et al., 1971, Ainsworth et al., 1974) där mödrars lyhördhet bedöms enligt en niogradig skala på basis av videoinspelade observationer. Tre månader efter behandling, då barnen är 13 månader gamla görs observationer av barnets anknytning enligt Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al., 1978). I studien görs också analyser av om effekter skiljer sig åt beroende av barnens temperament, där barns reaktivitet mäts enligt Infant Behavior Questionnaire (IBQ) (Rothbart, 1981).

Resultaten visar signifikant effekt avseende mödrars lyhördhet vid barns ålder 11 och 13 månader. Resultaten visar ej signifikant effekt avseende barns anknytning vid utvärdering vid barns ålder 13 månader. Det var en ökad andel barn med trygg anknytning i behandlingsgrupperna men resultatet var ej signifikant (67 procent barn med trygg anknytning i behandlingsgrupp jämfört med 56 procent i kontrollgrupp). Barn till mödrar som hade bättre resultat vid bedömning av lyhördhet var i högre grad tryggt anknutna. Bäst resultat visades för barn som bedömdes vara högreaktiva (highly reactive). De båda interventionerna VIPP och VIPP-R gav i stort sett likvärdigt resultat vad gäller effekter.

Vid uppföljning vid barns ålder 40 månader (Velderman et al., 2006a) används utfallsmått Attachment Q-Set (AQS) (Waters, 1995) och Emotional Availability Scale (EAS) (Biringen et al., 2000). I denna uppföljning deltar 77 dyader barn och mödrar. Här var det alltså ett visst bortfall (fem procent) från den tidigare uppföljningen, dels på grund av sjukdom dels på grund av upplevd tidsbrist bland mödrarna. Resultaten visar ej signifikant effekt för mödrars lyhördhet vid långtidsuppföljning vid barns ålder 40 månader enligt EAS. Resultaten visar inte heller signifikant effekt för barns anknytning enligt AQS vid denna uppföljning.

Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)

(Negrao et al., 2014) Portugal och Nederländerna

I denna studie prövas interventionen Video Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (Juffer et al., 2008) för familjer som lever under socioekonomiskt utsatta förhållanden och med flera stressorer. Interventionen bygger på video feedback och syftar till att förbättra föräldrars strategier för lyhörddhet och gränssättning i relation till sina yngre barn.

Interventionen är manualbaserad och består av totalt sex sessioner om vardera cirka 90 minuter. De fyra första sessionerna ges med två veckors intervall, medan de två sista sessionerna ges med en månads mellanrum. Manualen innehåller bestämda teman och övningsuppgifter. Även om interventionen är manualbaserad är det meningen att den ska anpassas till varje dyad barn-förälder inom ramen för protokollets gränser. Under varje session görs videoinspelning av samspelet mellan förälder och barn. Feedback på samspelet ges vid nästa session.

Interventionen ges i familjernas hemmiljö. Den är indelad i tre steg: 1) under de två första sessionerna ska behandlaren etablera en relation med föräldern, sätta fokus på barnets behov och uppmärksamma positiva interaktioner mellan förälder och barn genom video feedback; 2) under tredje och fjärde sessionen arbetar behandlarna vidare med att visa föräldern situationer där dennes strategier i interaktion med barnet fungerar, samt visa på andra situationer där föräldern kan ha användning av strategier; 3) de två sista tillfällena är "booster" sessioner där viktiga teman summeras och repeteras med syfte att stärka interventionens effekt. Vid avslutning får föräldrarna också ett häfte där de viktigaste aspekterna från programmet tas upp.

Under sessionerna arbetar behandlarna med följande teman: 1) skillnaden mellan barns anknytnings- och utforskande beteende; 2) att uppfatta barnets signaler; 3) lyhörddhet som en kedja där barnet signalerar – föräldern uppfattar signalen, tolkar den och ger svar till barnet – barnet reagerar på föräldrarnas svar; 4) vidare behandlas betydelsen av att dela såväl positiva som negativa känslor, visa empati och förståelse för barnet. I denna studie har interventionen uteslutande getts till mödrar, men under de två sista sessionerna bjöds även fäder in att delta, det var dock bara två fäder (fyra procent) som tackade ja till att vara med i studien.

Interventionen VIPP-SD ges i denna studie av fyra behandlare, samtliga kvinnor, med masterutbildning i psykologi och särskild utbildning i arbete med metoden.

Studiedesign och resultat

Populationen är socioekonomiskt utsatta familjer med låg inkomst; hög andel föräldrar med låg utbildningsnivå; hög andel arbetslösa föräldrar; hög andel familjer med ekonomiskt bistånd från samhället (welfare assistance). Populationen som fördelades till interventionsgrupp respektive kontrollgrupp var totalt 55 familjer med yngre barn. Det var ett bortfall redan innan interventionen påbörjades. I behandlingsgruppen ingick 22 barn

och i kontrollgruppen 23 barn. Barnens ålder är i medeltal 29 månader (spridning 12–48 månader). Andel flickor i populationen är 49 procent och andel pojkar 51 procent. Medverkande föräldrar är 45 mödrar (100 procent) och två fäder (4 procent), det vill säga båda föräldrarna bjöds in att delta. Mödrarnas ålder är i medeltal 30 år (spridning 18–46 år). Kontrollgruppen får som intervention telefonsamtal med fokus på barnets utveckling. Medan behandlingsgruppen får sex sessioner får kontrollgruppen sex korta telefonsamtal om cirka 10 minuter per samtal.

Utvärdering görs en månad efter intervention, vid barns ålder cirka 35 månader. Utfallsmått i studien är känslomässig tillgänglighet enligt Emotional Availability Scale (EAS) (Biringen, 2008). EAS innehåller fyra föräldraskalor som mäter lyhördhet (maternal sensitivity), struktur (structuring), respekt för barnets integritet (nonintrusiveness) och avsaknad av fientlighet (nonhostility), samt två barnskalor som mäter barns svarsbenägenhet (child responsiveness) och barns engagemang (child involvement) (se bilaga 1).

Resultaten visar signifikant effekt avseende känslomässig tillgänglighet i följande avseenden: mödrars respekt för barns integritet, barns svarsbenägenhet, barns engagemang. Resultaten visar förbättring, men ej signifikant effekt, avseende följande: lyhördhet, struktur och avsaknad av fientlighet.

Promoting First Relationships Programme (PRF) (Oxford et al., 2013, Spieker et al., 2012) USA

Interventionen Promoting First Relationships Programme riktas till barn med erfarenhet av samhällsvård, det vill säga placering utanför föräldrahemmet. Syftet är att främja barns sociala och emotionella utveckling genom att stödja omvårdnadspersoner att skapa en lyhörd och omsorgsfull relation till sitt barn för att barnet ska kunna utveckla trygg anknytning och känslomässig reglering.

Barn i samhällsvård utvecklar nya anknytningsrelationer vid placering hos nya omvårdnadspersoner. John Bowlby har beskrivit hur yngre barn sörjer förlusten av en anknytningsperson när en placering avbryts även då de får god vård i ett nytt hem. Barn som är yngre än 12 månader tenderar att snart söka närhet till sina nya omvårdnadspersoner, men barn som är över ett år gamla kan under den första tiden vara otröstliga eller stöta bort sina nya omvårdnadspersoner (Stovall-McClough & Dozier, 2004). Anknytningen kan bli komplicerad för barn som är med om flera omplaceringar vilka resulterar i upprepade byten av omvårdnadspersoner. Upprepade omplaceringar kan förvärra barnets utsatthet och leda till psykiska problem. Instabilitet i placeringar ökar risken för att barn utvecklar internaliserande och externaliserande symtom (Newton et al., 2000). När barn, i situationer då de är ledsna, rädda och har behov av tröst eller stöd, beter sig på ett undvikande eller ambivalent sätt i relation till sin omvårdnadsperson, kan även omvårdnadspersonen bete sig på ett likande sätt genom att ignorera barnet eller genom att

bli arg. Känslomässig lyhördhet, empati och förståelse för barnet från omvårdnadspersonens sida har betydelse för att barnet ska kunna utveckla en trygg anknytning (Stovall-McClough & Dozier, 2004).

I programmet PRF arbetar behandlarna med videoinspelade interaktioner, dels för att få inblick i relationen mellan barn och omvårdnadsperson, dels för att ge omvårdnadspersonen positiv feedback och stärka deras kompetens, tillit och förutsägbarhet i relation till sitt barn. Interventionen har också fokus på underliggande känslor och behov som påverkar omvårdnadspersonens och barnets beteende och relation. Behandlarna stödjer omvårdnadspersonerna i att identifiera barnets signaler, att ha empati med barnet och att förstå barnets beteende i relation till att dess känslomässiga behov inte har blivit mötta.

Programmet är 10 veckor långt och bygger på hembesök varje vecka om vardera 60–75 minuter. Vid fem sessioner görs videoinspelningar av interaktioner mellan barn och omvårdnadsperson. Behandlaren och omvårdnadspersonen tittar gemensamt på inspelningarna. Sessionerna inleds med att reflektera över innehållet från föregående tillfälle. Behandlaren fokuserar på omvårdnadspersonens styrkor och på tolkning av barnets signaler. Teman som tas upp är anknytning, relationer, att vara i kontakt även under svåra stunder, minnen av starka känslor.

Behandlarna har masterutbildning och särskild utbildning för att arbeta med den specifika interventionen. De får utbildning om anknytningsteori; yngre barns behov och specifikt behoven hos barn som har varit med om avbrott i anknytningsrelationen; omvårdnad som främjar trygg anknytning och känslomässig reglering; att tolka, förstå och bemöta utmanande beteende hos barn; att utveckla omvårdnadspersoners egen reflekterande förmåga. Behandlarna får också feedback i en reflektionsgrupp under den tid de arbetar med interventionen. Några sessioner spelas in för observationer och bedömning av programtrohet.

Studiedesign och resultat

Nedan redogör vi för en randomiserad kontrollerad studie av programmet PFR vilken har publicerats i två artiklar. I artikeln av Spieker et al. (2012) består populationen av 210 barn och deras omvårdnadspersoner. Det rör sig om småbarn (toddlers) i den sociala barnavården som nyligen har varit med om ett avbrott i placering. Barnen har placerats efter domstolsbeslut. Barnens ålder är i medeltal 18 månader (spridning 10–24 månader). Andelen flickor i studien är 44 procent och andelen pojkar 56 procent. Barnens omvårdnadspersoner är en biologisk förälder för 27 procent av barnen, en släkting för 31 procent och en fosterförälder för 42 procent av barnen. Omvårdnadspersonens ålder är i medeltal 36 år. Hur stor andel omvårdnadspersoner som är kvinnor respektive män anges inte. Men då det framgår att fem biologiska föräldrar är män kan det tolkas som att övriga omvårdnadspersoner är kvinnor. Det är vanligt att yngre barn som placeras i fosterhem eller i släktinghem har en kvinna som närmaste omvårdnadsperson (Bergman, 2011), vilket även framgår i ovan beskrivna studier som riktas till fosterbarn

där omvårdnadspersonerna i huvudsak är kvinnor (Bick & Dozier, 2013, Dozier et al., 2009).

Behandlingsgruppen består av 105 barn och kontrollgruppen av 105 barn. Kontrollgruppen får i denna studie en stödjande intervention om barns utveckling "Early education support" vilken består av tre hembesök under en period av tre månader. Under hembesöken får familjen hjälp att komma i kontakt med de samhällsresurser som de behöver. De får också förslag på aktiviteter som främjar barnens utveckling.

Utvärdering genomförs post-test (efter avslutad behandling) och efter sex månader. Utfallsmått i studien som relaterar till anknytning är Toddler Attachment Sort-45 (TAS45) (Kirkland et al., 2004). TAS45 är en modifierad version av Attachment Q-Set, för observation och bedömning av i vilken grad barnet har en trygg anknytning. Resultaten visar ingen signifikant effekt avseende trygg anknytning hos barnen vid uppföljning direkt efter intervention eller efter sex månader. Det kan nämnas att resultaten visar effekt för omvårdnadspersoners lyhördhet, men enligt ett utfallsmått som inte har inkluderats i denna översikt. Författarna diskuterar att interventionen inte var tillräcklig för denna grupp barn. Vid uppföljningen efter sex månader var det ett stort bortfall då endast 61 procent av dyaderna barn-omvårdnadsperson var intakta, vilket visar på den stora utsattheten för denna grupp barn med uppbrott och omplaceringar.

Studiedesign och resultat

I artikeln av Oxford et al. (2013) består populationen av 56 barn som har varit fosterhemsplacerade och har återförenats med sina biologiska föräldrar. Behandlingsgruppen består av 27 barn och kontrollgruppen av 29 barn. Av dessa totalt 56 dyader barn-omvårdnadsperson var 43 intakta från inskrivning i programmet till uppföljning sex månader efter intervention, 18 i behandlingsgruppen och 25 i kontrollgruppen. Barnens ålder är i medeltal 18,2 månader (spridning 10–24 månader). Andelen flickor är 53 procent och pojkar 47 procent. Den största andelen barn, 88 procent, har en kvinna som primär omvårdnadsperson. De biologiska föräldrarna har lägre inkomst och utbildningsnivå än de fosterföräldrar och släktingar som inkluderades i artikeln ovan av Spieker et al. (2012). De är i högre utsträckning ensamstående föräldrar. De har tidigare bedömts ha brister i sin omsorgsförmåga varför deras barn har varit placerade i samhällsvård. Det innebär att de totalt lever med fler riskfaktorer än omvårdnadspersonerna i hela populationen.

Utvärdering görs post-test (efter avslutad behandling) och efter sex månader. Utfallsmått är detsamma som i studien ovan av Spieker et al. (2012), The Toddler Attachment Sort-45 (TAS45), här med särskilt fokus på oro för separation (separation distress). Resultaten visar signifikant effekt för barn i behandlingsgruppen avseende minskad oro för separation. Det kan nämnas att studien också visar effekt i form av minskade sömnproblem för barnen.

Home Visiting Program (Moran et al., 2005) Kanada

Programmet riktas till tonårsmödrar och deras spädbarn. Artikelförfattarna går igenom tidigare forskning i en västvärldskontext som visat att graviditet och föräldraskap under tonårstiden är riskfaktorer för både mamman och barnet för att utveckla psykosociala problem, då många tonårsmödrar har erfarenhet av ekonomisk utsatthet, avhopp från skolan, arbetslöshet och beroende av ekonomiskt stöd från samhället (Jaffee et al., 2001, Letourneau et al., 2004). Det finns också forskning som visar att tonårsmödrar är över-representerade bland personer som har vuxit upp med omsorgsbrist och traumatiska upplevelser (Osofsky, 1990). Det har visats att barn till tonårsmödrar har större risk än en icke-klinisk population att utveckla otrygg anknytning. En meta-analys från år 1992 av van IJzendoorn med flera författare visade att en lägre andel barn till tonårsmödrar hade trygg anknytning jämfört med en icke-klinisk population, medan en högre andel barn hade klassificerats med otrygg undvikande anknytning (van IJzendoorn et al., 1992). Sammanfattningsvis finns det alltså forskning som indikerar att barn till tonårsmödrar har ökad risk att utveckla otrygg anknytning varför en intervention här har utvecklats i syfte att främja tonårsmödrarnas lyhördhet och trygg anknytning hos barnen.

Programmet bygger på hembesök hos mödrar och barn. Det består av totalt åtta hembesök, om vardera cirka en timme, när barnen är mellan sju och tolv månader gamla. De första tre hembesöken gjordes en gång per vecka för att etablera en relation till modern. Övriga besök glesades ut till var tredje eller var fjärde vecka. Vid utveckling av denna intervention valde man att göra hembesök utifrån tidigare erfarenhet att unga mödrar kan vara på sin vakt inför institutioner på grund av tidigare upplevelser av att bli bemötta på ett negativt och dömande sätt. Transporter och andra logistiska problem kan också bli ett hinder för mödrar med låga inkomster att ta sig till en institution för att fullfölja ett behandlingsprogram. I denna studie, som alltså bygger på hembesök, visade det sig också bli ett lågt bortfall i behandlingsgruppen, det var endast en av 50 deltagare som inte fullföljde programmet.

Interventionen har följande syfte: 1) att bekräfta de styrkor mödrarna redan har; 2) att öka mödrarnas medvetenhet om hur deras eget beteende påverkar barnets beteende; 3) att öka mödrarnas medvetenhet om sina barns signaler; 4) att skapa positiva erfarenheter för både barnet och mamman. I början av varje hembesök har behandlaren fokus på att bygga relation med modern utifrån utgångspunkten att en förtroendefull relation har betydelse i alla stödsatser. Interaktionen mellan barn och mor filmas under några minuter. Det filmade materialet visas för mamman och ligger till grund för samtal om observationer av interaktionen. Behandlaren kommenterar sekvenser där mor och barn har ett samspel som barnet ser ut att tycka om. Fokus ligger på att identifiera positiva aspekter i interaktionen men även att stödja modern i att tolka barnets signaler, till exempel om barnet vänder sig bort från mamman när hon interagerar på ett för barnet påträngande sätt.

Interventionen ges i denna studie av två kvinnor vilka båda har egen erfarenhet av föräldraskap. De har båda kunskap om barns utveckling, anknytningsteori och forskning om anknytning. Den ena behandlaren har forskarexamen i barnpsykologi och den andra har pedagogutbildning och mer än tio års erfarenhet av arbete med barn och föräldrar.

Studiedesign och resultat

Populationen består av 99 dyader mödrar med barn. Mödrarna är som nämnts tonårsmödrar med spädbarn. Barnen är 50 flickor och 49 pojkar. De är sju månader gamla vid programmets start. Mödrarnas ålder då barnen föddes var i medeltal 18,42 år (spridning 15,97–19,98). I populationen var det en hög andel ensamstående mödrar (57 procent), majoriteten av dem var arbetslösa eller studenter (80 procent). Populationen bestod till stor del av mödrar med låg inkomst. En hög andel mödrar klassificerades som unresolved enligt Adult Attachment Interview (AAI) (George et al., 1985), det vill säga med olösta obearbetade egna anknytningsproblem. Det visade sig också vara en hög andel barn med desorganiserad anknytning i populationen.

I behandlingsgruppen ingår 49 dyader barn och mödrar och i kontrollgruppen 50 dyader barn och mödrar. Intervention till kontrollgruppen är i denna studie ett hembesök då barnen är nio månader gamla. Utvärdering av interventionen görs genom observationer av samspelet mellan mor och barn, enligt Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al., 1978), då barnen är 12 månader gamla. Resultaten visar signifikant effekt avseende barnens anknytning, det var en högre andel barn med trygg anknytning i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen efter intervention. Moderatoranalyser ger indikation på att interventionen var mest effektiv när mödrarna inte hade klassificerats som unresolved enligt AAI.

Home Visiting Intervention

(Moss et al., 2011) Kanada

Denna intervention har utvecklats med inspiration från tidigare beskrivna interventioner i översikten (Bakermans-Kranenburg et al., 1998, Moran et al., 2005). Interventionen riktas till dyaden barn och primär omvårdnadsperson. Interventionen har fokus på att förbättra omvårdnadspersoners lyhördhet till sina barns känslomässiga och beteendemässiga signaler med syfte att främja trygg anknytning hos barnen och att minska desorganiserad anknytning och beteendeproblem. Med omvårdnadspersoners lyhördhet avses här dels att ge gensvar på barnets signaler när det har behov, dels att stödja barnets aktiva utforskande. Sessionerna innehåller samtal om anknytning och känslomässig reglering samt video feedback med fokus på relationen barn-omvårdnadsperson.

Interventionen består av åtta hembesök som äger rum en gång per vecka. Varje session varar i cirka 90 minuter och innehåller följande sekvenser: 1) 20 minuter samtal där föräldern väljer tema, exempelvis händelser i föräldrarnas liv under den senaste veckan eller barnrelaterade frågor; 2) 10–15 minuter videoinspelning av interaktionen mellan barn och förälder. Vilken aktivitet som väljs ut för att spelas in är beroende av barnets

ålder, utveckling och behov, med fokus på till exempel ömsesidighet, närhetsökande, att följa barnet, förbättra föräldraskapet; 3) 20 minuter feedback på inspelat material med fokus på föräldrarnas känslor och egna observationer av interaktionen. Behandlaren fokuserar på positiva sekvenser i interaktionen och ger feedback med avsikt att förstärka föräldrarnas lyhördhet i relation till barnet; 4) avslutningsvis 10–15 minuters sammanfattning där framsteg betonas och där föräldern uppmuntras att fortsätta med liknande aktiviteter tillsammans med barnet under den kommande veckan.

Behandlare är fyra kliniker med lång erfarenhet av barnskyddsarbete, tre av dem har kandidatexamen i psykologi och en har masterexamen i psykologi. Behandlarna har fått fördjupad utbildning i anknytningsteori och träning i video feedback av experter inom området. Utbildningen är särskilt inriktad mot att identifiera lyhört respektive icke lyhört beteende hos omvårdnadspersoner. För att säkerställa programtrohet får behandlarna handledning varje vecka av projektledare. Sessioner spelas in för att användas i handledning.

Studiedesign och resultat

Populationen består av 79 barn och deras primära omvårdnadspersoner. Barnens ålder är i medeltal 3,35 år (spridning 12–71 månader). Andelen flickor är 39 procent och andelen pojkar 61 procent. De föräldrar som medverkar i studien är till 94 procent mödrar och sex procent fäder. Föräldrars ålder är i medeltal 27,82 år (spridning 18–49 år).

De familjer som deltar i interventionen har kontakt med sociala myndigheter på grund av att barnen har varit utsatta för omsorgssvikt och/eller övergrepp (försummelse, fysisk misshandel, sexuella övergrepp). En stor andel av familjerna är ekonomiskt utsatta och en stor andel av barnen har klassificerats med otrygg anknytning eller desorganiserad anknytning.

I behandlingsgruppen ingår 40 familjer och i kontrollgruppen 39 familjer. Kontrollgruppen får vanlig behandling, vilket i detta fall är månatliga besök av en socialarbetare från den sociala barnavården (child welfare caseworker). Denna vanliga behandling ges till båda grupperna eftersom barnen är aktuella inom den sociala barnavården. Behandlingsgruppen får dessutom den aktuella interventionen home visiting.

Utvärdering görs efter avslutad behandling (post-test) med Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al., 1978) för barn i åldrarna 12–24 månader och The Preschool Separation-Reunion Procedure (PSRS) för barn över två år (Cassidy et al., 1992). Vid utvärderingen var det ett bortfall på 15 procent, vilket kunde bero på att barnet hade placerats i fosterhem, att föräldern inte längre var intresserad av att delta i studien eller inte gick att nå för utvärdering.

Resultaten av studien visar signifikant effekt för barnens anknytning. En större andel barn i behandlingsgruppen utvecklade trygg anknytning i jämförelse med barn i kontrollgruppen (från otrygg till trygg anknytning). Det var en lägre andel barn med otrygg anknytning i behandlingsgruppen efter intervention. Det var också en minskad andel barn med desorganiserad anknytning i behandlingsgruppen. I denna studie görs också

analyser av om barnens ålder har betydelse för effekt av intervention, ålder visade sig dock ej vara en signifikant moderator.

Home Visiting Mother-Baby Intervention

(van Doesum et al., 2008, Kersten-Alvarez et al., 2010) Nederländerna

Denna intervention, som bygger på hembesök, riktas till mödrar och spädbarn i situationen då mödrar uppfyller diagnoskriterier för depression. För spädbarn är det en riskfaktor när modern är deprimerad. Författarna redogör för forskning som visat att dessa barn har förhöjd risk att utveckla känslomässiga och beteendemässiga problem. Barnen har också, jämfört med en icke-klinisk population, förhöjd risk att utveckla otrygg anknytning. Interventionen innehåller hembesök och syftar till att öka mödrarnas känslomässiga tillgänglighet och förbättra interaktionen och anknytningen mellan mor och barn. Mödrarna uppmuntras att ge barnen beröring med baby massage. Personer i mödrarnas omgivning uppmanas att ge mödrarna socialt stöd. Parallellt med interventionen får mödrarna behandling för depression, med medicin och/eller terapi.

Vid hembesöken görs videoinspelningar av interaktionen mellan mor och barn, till exempel då mamman badar eller matar sitt barn. Ett multidisciplinärt team med specialister på barns och vuxnas psykiska hälsa analyserar videomaterialet med fokus på mödrarnas lyhörddhet till sina barns signaler och behov. Dessa analyser används för att finjustera interventionen för mödrarna efter deras specifika behov och sammanhang. I behandlingen används flera metoder. Video feedback till mödrarna är kärnan i behandlingen, men man arbetar även med baby massage för att förbättra kvaliteten på den fysiska kontakten mellan mor och barn, modellering där behandlarna visar hur modern kan ge gensvar till sitt barn, praktiskt pedagogiskt stöd, samt kognitiv omstrukturering i syfte att förändra negativt tänkande som hindrar samspelet. Mödrarna får hjälp att uppfatta sina barns kontaktförsök och övning i att ge gensvar på barnets signaler.

Interventionen startar redan under barnets första tid i livet. Den består av åtta till tio hembesök om cirka 60–90 minuter per tillfälle. Initialt ges hembesök en gång per vecka, därefter varannan vecka. Programmet pågår under tre till fyra månader. Tre månader senare görs ett uppföljande hembesök då mödrarna har möjlighet att diskutera frågor och få ytterligare råd. Behandlarna använder i denna intervention ett standardiserat protokoll. Behandlarna har masterutbildning i psykologi eller socialpsykiatri. De har också vidareutbildning inom prevention och hälsa samt i implementering av det specifika programmet.

Studiedesign och resultat

Följande resultat avser artikeln av van Doesum et al. (2008). Populationen består av 85 dyader barn och mödrar. Mödrarna har valts ut då de bedömts uppfylla kriterier för depressiv episod eller dystymi, enligt DSM-IV, eller har förhöjd grad av depressiva symtom enligt Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1979).

Barns ålder vid baseline är i medeltal 5,7 månad (spridning 1–12 månader). I denna studie är 60 procent av barnen mödrarnas första barn. Mödrars ålder är i medeltal 30 år. Behandlingsgruppen består av 42 dyader barn och mödrar, medan kontrollgruppen består av 43 dyader barn och mödrar. Kontrollgruppen får som intervention föräldrastöd via telefonsamtal om max 15 minuter per tillfälle en gång per månad under tre månader i följd. En barnterapeut håller i dessa telefonsamtal med mödrarna.

Utvärdering görs efter avslutad behandling och efter sex månader. Utfallsmått i studien är Attachment Q-set (AQS) (Waters, 1995) och Emotional Availability Scale (EAS) (Biringen et al., 1998). Bedömningarna enligt EAS utgår från inspelat material av interaktionen mellan mor och barn. Fyra personer, som inte känner till grupptillhörigheten, gör dessa bedömningar oberoende av varandra. Bedömning enligt AQS görs av en person som observerar mor och barn i hemmiljö under två timmar. Vid utvärdering är det ett bortfall av 14 barn och mödrar, det vill säga 16 procent, analyser finns därmed för 35 dyader barn och mödrar i behandlingsgruppen och 36 i kontrollgruppen.

Resultaten visar signifikant effekt för barns anknytning, med högre andel barn med trygg anknytning i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen vid utvärdering sex månader efter intervention. Resultaten visar förbättring av lyhördhet (maternal sensitivity) för mödrar i behandlingsgruppen och signifikant förbättring av struktur (mothers' ability to provide adequate structure for her infant), men ej avseende respekt för barnets integritet (maternal intrusiveness) eller avsaknad av fientlighet (nonhostility). Såväl mödrar i behandlingsgruppen som i kontrollgruppen fick parallellt behandling för depression. Depressiva symtom minskade för båda grupperna medan mödrars lyhördhet ökade endast för behandlingsgruppen, vilket ger indikation på att det inte är tillräckligt att endast behandla mödrarnas depression för att förbättra deras lyhördhet i relation till sina spädbarn.

Studiedesign och resultat

Följande resultat avser samma intervention som ovan, Home visiting mother-baby intervention. Artikeln är skriven av Kersten-Alvarez med flera författare (Kersten-Alvarez et al., 2010). I artikeln utvärderas om interventionen ger långsiktiga effekter för barnens anknytning. Populationen var initialt 85 mödrar med spädbarn. I den tidigare utvärderingen av van Doesum et al. (2008) deltog 71 dyader, medan 58 deltar i aktuell utvärdering, 29 i behandlingsgruppen och lika många i kontrollgruppen, vilket innebär ett bortfall av cirka 18 procent sedan den tidigare utvärderingen. Bortfallet förklaras med att en del mödrar inte ville delta på grund av sin familjesituation exempelvis separation eller barns sjukdom, för att de inte ville bli påmindas om svåra erfarenheter samt att några mödrar inte gick att nå för uppföljning. I denna uppföljning är barnen i medeltal 67,6 månader, det vill säga i medeltal drygt fem år gamla (spridning 5,5–6,2 år). Utfallsmått i studien, som relaterar till barnets anknytning till sin omvårdnadsperson, är Attachment Story Completion Task (ASCT) (Bretherton et al., 1990b), där barnet får avsluta fem anknytningsrelaterade berättelser med hjälp av en barndocka och en mammadocka. Barnets berättelser spelas in på video, transkriberas och analyseras.

Resultaten visar ej signifikant effekt avseende barns anknytning vid långtidsuppföljning, vid barns ålder fem år, av denna intervention som gavs under barnets första år i livet. Författarna diskuterar att bortfallet kan ha påverkat resultaten. Det var skillnader mellan mödrar i behandlingsgruppen och kontrollgruppen bland de mödrar som inte deltog i långtidsuppföljningen. Författarna diskuterar även att interventionen troligen inte var tillräckligt kraftfull för att ge långsiktiga effekter utan att det kan krävas uppföljande hembesök med regelbundna intervall som förstärkning av interventionen. Det kan dock nämnas att studien visar långsiktiga effekter avseende barns externaliserande problem i familjer som lever med många stressfyllda händelser.

Infant-Parent Psychotherapy (IPP) och Child-Parent Psychotherapy (CPP)

(Cicchetti et al., 2006, Lieberman et al., 1991, Stronach et al., 2013) USA

Interventionen har sitt ursprung i tidigare arbete av Selma Fraiberg med flera författare (Fraiberg et al., 1975) och Lieberman & Van Horn (Lieberman & Van Horn, 2005). Fraiberg beskrev hur en förälders olösta obearbetade (unresolved) förflutna kan ge skadliga influenser på den framväxande relationen mellan föräldern och spädbarnet. Behandlingen utgår från antagandet att problem i föräldra-barn-relationen inte enbart är resultatet av brister i föräldrars kunskap och färdigheter. När föräldrar inte klarar att ge lyhörd omvårdnad till sina barn kan det bero på att de är upptagna av egna otrygga representationer och negativa erfarenheter. Föräldrar som utsätter sina barn för vanvård och misshandel och har svårt att relatera till sina barn på ett lyhört sätt har ofta egna otrygga inre representationer av relationer, vilka har utvecklats på grund av svåra erfarenheter under barndomen. Det lilla barnet kan väcka känslor och minnen associerade med föräldrarnas egna erfarenheter av relationer under uppväxten. I denna process kan egna konfliktfyllda känslor projiceras på barnet, vilket kan resultera i förvrängda uppfattningar om barnet, brist på intoning och icke lyhörd omvårdnad.

Metoden bygger på terapisesioner riktade till dyaden förälder-barn, vilka har utvecklats för att förbättra anknytningsrelationen genom att förändra den inverkan föräldrarnas inre representationer har på interaktionen mellan barn och förälder. Under sessionerna gör behandlaren och föräldern gemensamma observationer av barnet. En utgångspunkt är att lyhördhet från behandlaren sida gentemot barn och förälder möjliggör utveckling av föräldrarnas utforskande av och förståelse för feltolkningar av barnet. Terapeuten strävar efter ett förhållningssätt av empati, respekt och positiv uppskattning för att ge föräldern en korrektiv emotionell erfarenhet (corrective emotional experience) så att föräldern ska kunna differentiera nuvarande erfarenhet av relationer från tidigare erfarenhet av relationer och forma positiva inre representationer av sig själv och sig själv i relation till andra, i synnerhet i relation till sitt barn. Det är en utgångspunkt att föräldern som ett resultat av denna process kan öka sin lyhördhet och intoning i relation till barnet, vilket kan förbättra relationen mellan barn och förälder så att denna blir mer trygg.

Interventionen innehåller sessioner i familjens hemmiljö varje vecka under ett års tid från att barnet är ett år gammalt. Ofta äger sessionerna rum i familjens vardagsrum där

leksaker och material som redan finns i hemmet används i interaktionen. De enskilda sessionernas längd framgår inte i de aktuella artiklarna men i andra studier om metoden kan utläsas att sessionerna är cirka 60 eller 90 minuter (Lieberman et al., 1991, Toth et al., 2002). Vid behov ges kompletterande individuella sessioner med föräldern för att behandla ämnen som inte är lämpliga att ta upp då barnet är med såsom exempelvis mammans utsatthet för våld eller sexuella övergrepp.

Behandlarna är psykoterapeuter med masterutbildning, specifik utbildning i den teori som ligger till grund för interventionen samt erfarenhet av att arbeta med utsatta familjer. Behandlarna får handledning varje vecka.

Studiedesign och resultat

Följande resultat avser studien av Cicchetti et al. (2006). Populationen består av 137 barn och deras mödrar. Barnens ålder är i medeltal 13,31 månader. I studien ingår 77 flickor (56 procent) och 60 pojkar (44 procent). Mödrarnas ålder är i medeltal 26,87 år (spridning 18–41 år). De barn som har rekryterats till studien har varit utsatta för vanvård/misshandel (maltreatment), i form av försummelse, fysisk misshandel, psykisk misshandel. I populationen finns också barn vars syskon har varit utsatta för misshandel/vanvård.

I denna studie finns två behandlingsgrupper som jämförs och dessutom en kontrollgrupp som får vanlig behandling (community standard) genom den sociala barnvården. I den behandlingsgrupp som får IPP ingår 53 dyader barn och mödrar och i den grupp som får den andra interventionen, Psychoeducational Parenting Intervention (PPI), ingår 49 dyader. De båda interventionerna jämförs för att få ökad kunskap om vad som har bäst effekt – interventioner med fokus på föräldrars beteende eller föräldrars representationer. I kontrollgruppen ingår 35 barn. I studien finns även en kontrollgrupp barn som inte har varit utsatta för vanvård/misshandel i sin familj, denna grupp består av 52 barn. Kontrollgruppen har rekryterats bland familjer med låg inkomst då en stor andel av de barn i studien som har varit utsatta för vanvård/misshandel kommer från familjer som lever med fattigdom.

Den jämförande interventionen PPI har fokus på att ge modern kunskap om barns utveckling, föräldraförmåga, strategier för att hantera stress, problemlösning, samt stöd i att utveckla sitt sociala nätverk. Även denna intervention ges under ett års tid i hemmiljö av masterutbildade terapeuter vilka också får handledning i metoden varje vecka.

Utvärdering avseende barns anknytning görs enligt Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al. 1978) vid baseline och vid barns ålder 26 månader. Vid baseline klassificerades barnen i studien i mycket högre grad med desorganiserad anknytning i jämförelse med barn som inte har varit utsatta för vanvård/misshandel. Trygg anknytning var i det närmaste obefintlig bland denna grupp barn. Barnens mödrar rapporterade i högre grad att de hade erfarenheter av misshandel och omsorgsbrist under sin egen barndom.

De rapporterade också mindre tillgång till socialt stöd, mer stress och negativa representationer av relationer än mödrar i kontrollgruppen där barn inte hade varit utsatta för vanvård/misshandel.

I studien är det ett mycket stort bortfall, knappt 40 procent i IPP och 51 procent i PPI fullföljde inte interventionen, vilket kan förstås mot bakgrund av att familjerna rekryterades via sociala myndigheter. Mödrarna hade inte själva sökt hjälp. Familjer där barn har utsatts för vanvård/misshandel kan vara svåra att nå med interventioner. Mödrar i studien har också deltagit i endast cirka hälften av de interventionstillfällen som erbjöds.

Resultaten av studien visar effekt avseende barnens anknytning, med förändring till en högre andel barn med trygg anknytning och minskad andel barn med desorganiserad anknytning i behandlingsgruppen, förbättringen gällde både IPP och PPI. För barn i IPP klassificerades 60,7 procent som tryggt anknutna vid uppföljningen att jämföra med 3,1 procent vid baseline. Motsvarande siffror för PPI var 54,5 procent vid uppföljning jämfört med 0 procent vid baseline. En minskad andel barn klassificerades med desorganiserad anknytning vid uppföljning efter intervention, från 87,5 till 32,1 procent i IPP och från 83,3 till 45,5 procent i PPI. Ett viktigt resultat att notera är att barn i kontrollgruppen, som fick vanlig behandling, i det här fallet case management med fokus på övervakning av barns säkerhet, inte hjälper barnens emotionella utveckling. Barnen i kontrollgruppen behöll i hög grad sin klassificering med desorganiserad anknytning, från 92,6 procent vid baseline till 77,8 procent vid uppföljningen. Författarna argumenterar för att resultaten understryker vikten av att tillhandahålla evidensbaserade insatser till barn som har varit utsatta för misshandel/vanvård.

Studiedesign och resultat

I följande artikel (Stronach et al., 2013) benämns interventionen Child-Parent Psychotherapy. Resultaten är en senare uppföljning av samma population som i studien ovan av Cicchetti et al. (2006). Den består av 137 dyader barn och föräldrar varav samtliga är mödrar. Barnens ålder är i medeltal 13,3 månader. Barnen är 77 flickor (56 procent) och 60 pojkar (44 procent). Mödrarnas ålder är i medeltal 26,98 år. Populationen är barn som har varit utsatta för misshandel/vanvård (maltreatment) vilka har identifierats via sociala myndigheter (child protective services). Den största andelen barn har varit utsatta för försummelse (neglect 84,6 procent), därefter känslomässig misshandel (69,2 procent) och fysisk misshandel (8,8 procent). Familjerna lever under ekonomisk stress, 96,3 procent fick ekonomiskt stöd från samhället (temporary assistance for needy families). 79,4 procent av mödrarna rapporterade att de själva hade blivit utsatta för misshandel/vanvård som barn och 89,9 procent hade varit med om andra traumatiska händelser under sitt liv.

Behandlingsgruppen består av 53 dyader barn och mödrar. I studien finns en kontrollgrupp om 49 barn och mödrar som får en jämförande intervention – psykoedukation. Det finns också en kontrollgrupp om 35 dyader vilka får vanlig behandling (community standard). I studien finns dessutom en kontrollgrupp om 52 barn som inte har varit ut-

satta för misshandel/vanvård. Utvärdering görs 12 månader efter intervention då barnens anknytning klassificeras enligt Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al., 1978). Vid denna utvärdering är det ett bortfall på 21,7 procent.

Resultaten visar effekt för barnens anknytning. Barn i den behandlingsgrupp som fick Child-Parent Psychotherapy hade högre andel trygg anknytning (55,6 procent) och lägre andel desorganiserad anknytning (25,9 procent) jämfört med barn som ingick i den kontrollgrupp som fick psykoedukation (22,7 procent trygg; 59,1 procent desorganiserad) och den kontrollgrupp som fick vanlig behandling (12,2 procent trygg; 49 procent desorganiserad). Resultaten visar att det finns en bestående effekt av Child-Parent Psychotherapy där en hög andel barn bedömdes ha trygg anknytning 12 månader efter intervention. Ett intressant resultat är att den jämförande psykoedukativa interventionen inte hade bestående effekt för barnens anknytning. Den visade effekt efter intervention men inte vid denna uppföljning efter 12 månader. Barn som hade deltagit i den psykoedukativa interventionen klassificerades i högre grad med desorganiserad anknytning än barn i de övriga undersökningsgrupperna.

Författarna diskuterar att de icke evidensbaserade interventioner som ofta ges till familjer vid sociala barnavårdsmyndigheter inte är adekvata för att hjälpa barn och förälder med problem i samspel/anknytning. De menar att när familjer inte får ändamålsenlig terapeutisk behandling leder det till att barn som har varit utsatta för misshandel/vanvård ofta får tillbringa långa tider i fosterhem, ibland i flera olika hem, och dessutom får vara med om upprepade försök att återförenas med sina biologiska föräldrar. Det kan resultera i att barnen utvecklar negativa representationer av själv och av relationer till andra.

Studiedesign och resultat

Följande resultat avser en tidigare studie av Infant-Parent Psychotherapy (IPP) av Lieberman et al. (1991). I denna artikel framgår att sessionerna äger rum en gång per vecka, oftast i moderns hem och varar cirka 1,5 timme per tillfälle. I denna version verkar interventionen ha en något lägre grad av struktur än i studien ovan av Cicchetti et al. (2006). I populationen ingår 100 dyader mödrar med barn. Barnens ålder är 11–14 månader. Andelen flickor i populationen är 56 procent och andelen pojkar 44 procent. 52 procent av barnen är mödrarnas förstfödda barn. De föräldrar som medverkar i studien är till 100 procent mödrar. Deras ålder är i medeltal 25,8 år (spridning 21–39 år). De familjer som ingår i studien är immigranter med låg socioekonomisk situation (low-SES). Barnen har i hög grad klassificerats med otrygg anknytning, 38,7 procent. Det är också en hög andel barn som har klassificerats som desorganiserade eller inte möjliga att klassificera, 24,7 procent, vilket innebär att totalt 63,4 procent inte har trygg anknytning, vilket är en överrepresentation.

De barn i populationen som hade klassificerats med otrygg anknytning lottades till interventionsgrupp och kontrollgrupp. Behandlingsgruppen bestod av 34 barn och kontrollgruppen av 25 barn. Mödrar i kontrollgruppen fick i denna studie telefonkontakt en

gång per månad. I studien finns även en kontrollgrupp barn med trygg anknytning, som består av 34 barn.

Utvärdering av interventionen görs efter avslutad intervention vid barns ålder 24 månader. Utfallsmått är undvikande (avoidance) och ambivalent/motspänstig (resistance) vilket är indikatorer på otrygg anknytning (Ainsworth et al., 1978) och Attachment Q-Set (AQS) (Waters & Deane, 1985). Vid uppföljningen var det ett bortfall i studien på 18 procent. Resultaten visar ej signifikant effekt avseende utveckling av trygg anknytning för barnen. Resultaten visar signifikant effekt avseende lägre grad avoidance och resistance. Författarna diskuterar att det kan vara så att förändringar hos barnen ännu inte har befasts tillräckligt för att visa skillnad i internaliserad trygghet.

Toddler-Parent Psychotherapy (TPP) (Cicchetti et al., 1999, Toth et al., 2006)

Toddler-Parent Psychotherapy (TPP) har, liksom interventionen IPP och CPP som beskrevs ovan, utvecklats med utgångspunkt från Fraiberg et al. (1975). TPP riktas till toddlers, vilket innebär barn i småbarnsåldern, i denna studie är barnen cirka 20 månader när terapin startar. Syftet är att utforska hur föräldern uppfattar barnet, att hjälpa till med korrigering av eventuella felaktiga uppfattningar, och att stödja positiva förändringar i föräldrarnas bemötande av barnet. Syftet är vidare att förbättra den tidiga relationen mellan mor och barn i situationen då mamman har erfarenhet av depression någon gång efter barnets födelse.

Teoretiskt har TPP utvecklats för att ge modern en korrektiv emotionell erfarenhet (corrective emotional experience) inom ramen för relationen till terapeuten. Genom empati, respekt, intresse, utrymme och positiv uppskattning tillhandahålls en miljö för mamma och barn där nya erfarenheter av själv i relation till andra och särskilt i relation till barnet kan internaliseras. Terapeuten möter mor och barn i gemensamma terapisesioner. Under sessionerna arbetar terapeuten med förändring i relationen mor-barn, både med interaktionen mellan dem och med representationer. Under sessionerna observerar terapeuten hur moderns representationer påverkar samspelet med barnet. Terapeuten observerar, lyfter fram, förtydligar och arbetar med omstrukturering för att förbättra kvaliteten på relationen mellan mor och barn. Förändring uppfattas som ett resultat av moderns ökade förståelse för vilka effekter tidigare relationserfarenheter har på nuvarande känslor och interaktioner. Genom att utveckla positiva representationer av själv och själv i relation till andra förväntas mödrars lyhördhet och intoning öka i relation till barnet.

Interventionens längd är i genomsnitt 59,03 veckor (spridning 42,88–78,93 veckor). Det genomsnittliga antalet sessioner var i studien 45,63 (spridning 31–68). Terapeuterna får individuell handledning och grupphandledning för att säkerställa implementering av programmet.

Studiedesign och resultat

Följande resultat avser studien av Cicchetti et al. (1999). Populationen består av 131 dyader mödrar med barn. Andelen flickor är 50 procent och pojkar 50 procent. Barnens ålder är i medeltal 20,40 månader. Mödrarnas ålder är i medeltal 31,7 år (spridning 22–41 år).

Populationen är mödrar med en historia av depression någon period under barnets första 1,5 år, enligt DSM diagnoskriterier för egentlig depression (major depression). I studie har kvinnor i medelinkomstskiktet rekryterats för att det ska vara möjligt att mäta interventionens effekt vid mödrars depression utan att andra riskfaktorer spelar in såsom fattigdom. Majoriteten mödrar i studien är gifta och lever tillsammans med barnens fäder, de är välutbildade och har god ekonomi.

Behandlingsgruppen består av 67 dyader barn och mödrar och kontrollgruppen av 64 dyader. Kontrollgruppen får i denna studie ingen intervention. I studien finns även en andra kontrollgrupp mödrar utan depression som består av 70 dyader. Utvärdering görs efter behandling vid barns ålder 36 månader. Utfallsmått är The Attachment Q-set (AQS) (Waters, 1995) som är utformat för barn i åldrarna 12–36 månader. Bortfallet vid post-test är 16 procent, men det är ett större bortfall för resultat av AQS, 46 procent.

Resultaten visar att det var en hög andel barn med otrygg anknytning (36,1–44,4 procent) vid baseline bland barn som ingick i studien i jämförelse med barn i den kontrollgrupp där mödrarna inte hade varit deprimerade (13,3 procent otrygg anknytning). Vi uppföljning efter intervention var det en högre andel barn med trygg anknytning i behandlingsgruppen (74,1 procent) än i kontrollgruppen (52,8 procent) avseende barn vars mödrar varit deprimerade. Det var en lägre andel barn med otrygg anknytning i behandlingsgruppen (25,9 procent) jämfört med barn i kontrollgruppen barn vars mödrar hade varit deprimerade (47,2 procent). Barn i behandlingsgruppen hade likvärdigt resultat som den kontrollgrupp barn vars mödrar inte hade varit deprimerade. Det ger indikation på att interventionen har effekt för barnens anknytning. Resultatet var dock ej signifikant, vilket kan bero på relativt liten population och stort bortfall.

Studiedesign och resultat

Följande resultat för TPP avser artikeln av Toth et al. (2006). Populationen är densamma som i artikeln ovan av Cicchetti et al. (1999). Den består av barn till mödrar som uppfyllt kriterier för egentlig depression (major depressive disorder) någon gång sedan barnets födsel. Populationen består i följande analyser av 130 dyader barn och mödrar. Barnens ålder är i medeltal 20,34 månader. Mödrarnas ålder är i medeltal 31,68 år (spridning 21–41 år). Behandlingsgruppen består av 66 dyader och kontrollgruppen av 64 dyader. I studien finns också en kontrollgrupp om 68 dyader där mödrarna inte har haft depression.

Utvärdering görs efter avslutad intervention vid barns ålder 36 månader. I denna studie används Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al. 1978). Vid klassificering av

barn vid tre års ålder används MacArthur coding system (Cassidy & Marwin, 1992). Bortfallet vid posttest är cirka 18 procent.

Resultaten visar signifikanta skillnader vid baseline i anknytningsmönster mellan barn till mödrar med depression och barn i den kontrollgrupp där mödrar inte har haft depression. 55,9 procent i den senare gruppen klassificerades tryggt anknutna medan det endast gällde 16,7 respektive 21,9 procent för de båda undersökningsgrupper barn vars mödrar hade uppfyllt kriterier för depression. Dessa båda grupper barn klassificerades också i signifikant högre grad med desorganiserad anknytning vid baseline (37,9 och 40,6 procent) jämfört med barn vars mödrar inte hade haft depression (19,1 procent).

Resultaten visar signifikant effekt för barnens anknytning. Det var högre andel barn som bedömdes med trygg anknytning i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen efter intervention. Resultaten visar signifikant minskning av desorganiserad anknytning bland barn i behandlingsgruppen. Behandlingsgruppen visade liknade resultat som kontrollgruppen utan depression vad gäller desorganiserad anknytning och högre andel vad gäller trygg anknytning. Vid analys av individers stabilitet och förändring i anknytningsmönster från pre- till post- intervention var det en signifikant högre andel som förändrades från otrygg till trygg i behandlingsgruppen än i båda kontrollgrupperna.

Författarna diskuterar vikten av interventioner för målgruppen. Det inte är tillräckligt att endast behandla mödrarnas symtom vid depression utan relationen mellan mor och barn behöver också vara i fokus för behandling. De argumenterar för att inte vänta med att erbjuda behandling tills barnen har utvecklat beteendeproblem eller emotionella problem, utan snarare behöver samhället vara mer proaktivt genom att erbjuda förebyggande interventioner. Författarna diskuterar också resultaten i relation till att populationen består av mödrar med depression men som inte lever med andra riskfaktorer. För barn och mödrar som lever med ytterligare risk, till exempel fattigdom, missbruk, våld, och har andra behov kan en mer mångfacetterad intervention behövas.

Preschooler-Parent Psychotherapy (PPP) (Toth et al., 2002) USA

Preschooler-Parent Psychotherapy bygger på samma teoretiska utgångspunkter som Infant-Parent Psychotherapy, Child-Parent Psychotherapy samt Toddler-Parent Psychotherapy. Vi gör därför inte en utförlig beskrivning av interventionen. PPP riktas till förskolebarn, det vill säga något äldre barn än de tidigare beskrivna IPP, CPP och TPP. I denna studie är barnen i medeltal fyra år gamla. Sammanfattningsvis går behandlingen ut på att öka mödrarnas medvetenhet om hur tidigare relationserfarenheter påverkar deras nuvarande känslor och interaktioner. Genom ett terapeutiskt arbete för att utöka positiva representationer av själv och själv i relation till andra förväntas mödrarnas lyhördhet och intoning i relation till sina barn förbättras. Även andra relationer förväntas bli förbättrade. Det är vidare ett antagande att en mer lyhörd interaktion mellan mor och barn kommer att underlätta utvecklingen av positiva representationsmodeller hos barnet.

Sessionerna involverar dyaden mor-barn. Sessionerna är ungefär 60 minuter långa, ges av kliniskt verksamma terapeuter med masterutbildning. Behandlingen pågår under ett års tid och ges dels på ett center dels i familjens hemmiljö.

Studiedesign och resultat

Populationen består av 122 dyader barn och mödrar. Barnens ålder är i medeltal 48,18 månader, det vill säga fyra år. I studien ingår 54 flickor (44 procent) och 68 pojkar (56 procent). Barnen som ingår i studien har en bakgrund där de har varit utsatta för misshandel/vanvård (maltreatment) i form av fysisk misshandel, psykisk misshandel, sexuella övergrepp och/eller försummelse. 60 procent av barnen har varit utsatta för flera former av misshandel/vanvård och inte endast en av kategorierna.

Behandlingsgruppen består av 23 dyader barn och mödrar. I studien finns en kontrollgrupp om 34 barn vars mödrar får en psykoedukativ intervention. I studien ingår även en kontrollgrupp om 30 barn och mödrar som får vanlig behandling (community standard) samt en kontrollgrupp om 35 barn vilka inte har varit utsatta för misshandel. I denna artikel beskrivs en stor variation i vilken hjälp som ges till familjerna inom ramen för "vanlig behandling".

Utvärdering görs vid post-test då barnen är fem år gamla. Utfall mäts enligt MacArthur Story Stem Battery (MSBB) (Bretherton et al., 1990a) och Attachment Story Completion Task (ASCT) (Bretherton et al., 1990b). Tidigare studier har visat att berättelser hos barn som utsätts för misshandel innehåller mer negativa representationer av både själv och omvårdnadsperson än barn i en matchad grupp vilka inte utsätts för misshandel. MSBB och ASCT används för att bedöma inre arbetsmodeller, barns representationer av själv och själv i relation till omvårdnadsperson.

Resultaten visar signifikant effekt för barnens representationer hos barn som fått interventionen Preschooler-Parent Psychotherapy: minskning av maladaptiva representationer av mödrar, minskning av negativa representationer av själv och ökad positiv representation av relationen mor-barn. Sammantaget indikerar resultaten att en anknytningsbaserad intervention är mer effektiv än en psykoedukativ intervention för att förbättra representationer av själv och omvårdnadsperson.

Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers (MTFC-P) (Fisher & Kim, 2007) USA

Fosterhemsvård är en särskilt utsatt kontext för barns anknytning. Barn som placeras i fosterhemsvård har ofta upplevt omsorgsbrist i sin ursprungsfamilj. De får uppleva separationer från sina primära omvårdnadspersoner. Många barn lever med osäkerhet om stabiliteten i placeringen och en del är med om omplaceringar till nya fosterhem. Det händer också att fosterhemsplacerade barn får flytta tillbaka till sina biologiska föräldrar för att senare placeras i fosterhem igen. Dessa erfarenheter kan äventyra barnets möjlighet att använda sig av sina omvårdnadspersoner som en trygg bas. Författarna Fisher &

Kim (2007) menar att trots att vi vet att barn som fosterhemsplaceras kan få svårigheter med anknytningen till nya omvårdnadspersoner har åtgärder inom området varit marginella från samhällets sida.

MTFC-P har utvecklats för att möta sociala och känslomässiga behov hos fosterhemplacerade barn i förskoleåldern. Interventionen ges av ett team och riktas till barnet, fosterföräldrarna och andra resurspersoner såsom biologiska föräldrar. Fosterföräldrarna får särskild utbildning om 12 timmar innan de tar emot ett barn. När barnet har placerats får fosterföräldrarna stöd och handledning individuellt och i grupp. De får daglig telefonkontakt med en rådgivare som de även kan kontakta dygnet runt. Rådgivaren arbetar för att stödja fosterföräldrarna i att upprätthålla en positiv, responsiv och konsekvent miljö för barnen. Barnen får eget stöd av en specialist inom förskolan. Barnen får också delta i lekterapi-sessioner varje vecka som har designats för att stödja barnens utveckling. De biologiska föräldrarna erbjuds att gå i familjeterapi. De professionella som ger interventionen är kliniker med kandidat- och masterutbildning. De får handledning av psykolog. Programmet pågår under cirka 9–12 månader.

Studiedesign och resultat

Populationen består av 117 barn. Barnens ålder är i medeltal 4,5 år (spridning 3–5 år). Andelen pojkar är 54 procent och andelen flickor 46 procent. Populationen består av barn placerade i fosterhemvård. Barnen befinner sig i en ny placering.

Behandlingsgruppen består av 57 barn och kontrollgruppen av 60 barn. Kontrollgruppen får som intervention "vanlig fosterhemsvård". Det kan noteras att de barn som i denna studie får "vanlig behandling" ofta får individuell psykoterapi förutom placering i fosterhem. Utvärdering görs efter avslutad behandling, posttest. Metoden för att mäta effekt är Parent Attachment Diaries (PAD) (Stovall-McClough & Dozier, 2004) vilken bygger på rapporter från fosterföräldrarna. Fosterföräldrarna skriver dagbok över barnens anknytningsrelaterade beteende i situationer då barnet skadar sig, då barnet är rädd och då barnet skiljs från sin omvårdnadsperson. Materialet kategoriseras sedan av oberoende bedömare. Resultaten visar signifikant effekt avseende barns trygga anknytningsbeteende (secure) och minskning av undvikande anknytningsbeteende (avoidant) i relation till barn i "vanlig fosterhemsvård". Resultaten visar signifikant minskning av ambivalent/motspänstigt anknytningsmönster (resistent) för både behandlings- och kontrollgrupp, det vill säga på det området var inte MTFC-P mer effektiv än vanlig behandling. Resultaten tolkas som att interventionen har förbättrat barnens förmåga att känna tillit till sina fosterföräldrar. Analyser utifrån barns ålder ger indikation på ökad trygghet för barn som har placerats vid yngre åldrar.

UCLA Family Development Project Intervention

(Heinicke et al., 1999, Heinicke et al., 2000, Heinicke et al., 2001) USA

UCLA Family Development Project Intervention har utvecklats vid University of California at Los Angeles. Interventionen riktas till blivande mödrar som lever med riskfaktorer

för barn och mamma såsom fattigdom, bristande socialt stöd, önskad graviditet, tidigare utsatthet för våld, tidigare erfarenhet av självmordstankar, tidigare erfarenhet av psykisk ohälsa eller missbruk, hemlöshet. Det primära syftet med interventionen är att ge mödrarna tillgång till en stabil, positiv och förtroendefull relation till en terapeut (positive, trusting and working relationship) där de får erfarenhet av att mötas med empati och förståelse för sin situation. Interventionen ska främja utveckling av mödrarnas själv-tillit och förmåga att uppfatta och möta sina barns behov. Interventionen har utvecklats med utgångspunkt från tidigare forskning om relationsbaserade hemma-baserade interventioner. Den bygger på hembesök hos familjerna. I interventionen ingår även möjlighet för mödrarna att delta i en mamma-barn-grupp då barnen är mellan tre och 15 månader gamla. Familjerna får också hjälp att komma i kontakt med de samhällsresurser de har behov av. Hembesök görs hos familjen varje vecka under det första året, varannan vecka under det andra året, och därefter görs uppföljande telefonsamtal under det tredje och fjärde året. Hos de mödrar som ingår i studien gjordes i medeltal tre hembesök per månad under det första året och ett och ett halvt under det andra året.

Som framgår riktas interventionen främst till mödrarna i deras roll som barnets primära omvårdnadsperson. De mödrar som deltar i studien är i många fall ensamstående (det gäller 93,6 procent av mödrarna i behandlingsgruppen). Även fäder involveras i interventionen, det framgår dock inte i vilken grad de har medverkat.

De professionella som arbetar med programmet har kunskap och erfarenhet inom psykiatri, barns utveckling och familjesystem/familjerelationer. Det är väsentligt att behandlaren har en kunskap och medvetenhet om fenomen som överföring och motöverföring samt om hur mödrarnas tidigare olösta relationer och reaktioner, medvetna och omedvetna, kan återskapas i relationen mellan henne och behandlaren. Behandlaren får handledning i arbetet med familjen.

Studiedesign och resultat

Populationen består av 70 dyader barn och mödrar. Interventionen startar redan före barnets födsel (prenatal) under tredje trimestern av graviditeten. I populationen är andelen flickor 50 procent och pojkar 50 procent. Mödrarnas ålder är i medeltal 24 år. Åldersspridning framgår inte av artiklarna, men mödrarna ska vara minst 17 år gamla för att vara med i studien. Interventionen riktas till mödrar som lever med social utsatthet, samtliga mödrar levde med fattigdom och bristande socialt stöd. Andra vanliga problem hos mödrarna var tidigare självmordstankar, tidigare utsatthet för våld och erfarenhet av missbruk. En psykiatrisk bedömning gjordes för att de mödrar som hade behov av det skulle få psykiatrisk vård parallellt med interventionen.

Behandlingsgruppen består av 35 dyader barn och mödrar och kontrollgruppen av 35 dyader barn och mödrar. Den intervention som ges till kontrollgruppen är "vanlig behandling" som i detta fall är kontinuerlig kontakt med pediatrik klinik. Utfallsmått i studien är Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al., 1978, Main & Solomon, 1990) och Attachment Q-set (AQS) (Waters, 1986). Utvärdering görs vid barns ålder 12

månader med AQS och vid 14 månader med SSP. Vid uppföljningen finns data från 64 dyader mödrar och barn, bortfallet var därmed 8,6 procent.

Resultaten av studien visar att interventionen har gett effekt för barnens anknytning. Vid uppföljning var det en högre andel barn med trygg anknytning (77 procent) i behandlingsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen (52 procent), medan det var lägre andel barn med otrygg anknytning i behandlingsgruppen (23 procent) i jämförelse med kontrollgruppen (48 procent) (Heinicke et al., 1999). Resultaten visar också en lägre andel barn med desorganiserad anknytning i behandlingsgruppen (13 procent) i jämförelse med kontrollgruppen (27 procent). Forskarna tolkar resultaten som att tillgången till stöd för mödrarna har påverkat deras känslomässiga tillgänglighet och responsivitet i relation till sina barn.

En fortsatt studie, vilken inkluderar 46 mödrar som har deltagit i programmet, ger indikation på att några faktorer av betydelse för utfallet är moderns engagemang i sin behandling, kvaliteten på stödet från moderns partner, moderns självtillit, tillit till andra och förmåga att skapa stabila relationer (Heinicke et al., 2000).

Mother-Infant Psychoanalytic Treatment (MIP)

(Salomonsson et al., 2015a, Salomonsson et al., 2015b, Salomonsson & Sandell, 2011a) Sverige

Mother-Infant Psychoanalytic Treatment (MIP) är en kortvarig psykoanalytisk mor-spädbarnsbehandling. Metoden lanserades i början av 2000-talet av Norman (Norman, 2001). I behandlingen söker analytikern få emotionell kontakt med både barn och mamma och skapa arbetsallians. Analytikern söker fanga barnets uppmärksamhet med enkla ord som beskriver de känslor som antas ligga bakom barnets problem och reaktioner. Behandlingen går ut på att tydliggöra barnets uttryck för att modern bättre ska förstå sitt barn. Utgångspunkten är att analytikerns härbärgering (containment) av barnets oro (distress) skapar förändring. Analytiker tar emot barnets oro, processar den inom sig själv och kommunicerar den tillbaka i en form som barnet kan ta emot. Dialogen mellan barnet och analytikern är central i behandlingen. Modern är hela tiden närvarande och upplever interaktionen varigenom hon får en ökad förståelse för länken mellan barnets affekter och symtom. Modern ges också möjlighet att ventilerar sin egen oro, sina tankar och känslor samt arbeta med "spöken i barnkammaren" (ghosts in the nursery) (Fraiberg et al., 1975), det vill säga egna tidiga svåra erfarenheter som kan påverka relationen mellan förälder och barn.

Behandlingsmetoden har använts vid Psykoanalytiska föreningens spädbarnsmottagning i Stockholm. Behandlingen ges av utbildade psykoanalytiker med lång klinisk erfarenhet av behandlingsarbete med vuxna och barn.Handledningsmöten hålls veckovis för att säkerställa behandlingens kvalitet och metodtrohet. Omfattning av analysessioner var i denna studie 2–3 gånger per vecka, i medeltal 2,5 (spridning 1–4). Varje session var 50 minuter lång. Antalet sessioner var i median 23 (spridning 0–101). Siffran

noll förklaras av att två av de mödrar som hade tackat ja till att delta i studien aldrig startade behandlingen.

Studiedesign och resultat

Studien genomfördes åren 2005–2008. Population består av 80 dyader barn och mödrar. Barnens ålder är i medeltal fem månader. Samtliga barn är yngre än ett och ett halvt år gamla. Andelen flickor är 58,5 procent och pojkar 41,5 procent. Inklusionskriterier i studien är att mödrarna har uttryckt oro för sitt barn (baby worries). Mödrarna upplevde problem i fråga om; sig själv som mamma; barnets välbefinnande; sitt eget psykiska tillstånd eller sin kontakt med barnet. Inledande tester visade på kliniska nivåer avseende depression, stress, psykologiska problem hos mödrar; barns beteendeproblem; interaktionsproblem. Den ”typiska mamman” i studien var en 33-årig förstföderska med anamnes på depression eller ångest. Det var en låg andel ensamstående mödrar i populationen (sju procent) medan mödrarna hade något högre utbildning än genomsnittet. Mödrarna tillhörde inte en riskgrupp ur social synpunkt, dock utifrån psykisk ohälsa/symtom.

Behandlingsgruppen i studien består av 40 dyader barn och mödrar, kontrollgruppen består av 40 dyader. Den behandling som ges till kontrollgruppen är sedvanlig behandling vid barnavårdscentral (BVC), vilket innebar ett BVC-besök per vecka för de yngsta barnen upp till en månad; en gång per månad upp till barnets ålder fyra månader samt varannan månad upp till barnet är ett år. I kontrollgruppen fick en tredjedel av mamorna även kortvarig psykologisk hjälp.

Utfallsmått i studien som är relaterat till samspel förälder-barn är Emotional Availability Scale (EAS) (Biringen et al., 1998). Två oberoende bedömare analyserade videospelat samspel utifrån skattningsskala i EAS. Utvärdering i studien görs efter avslutad behandling (posttest) och vid barns ålder 3½ och 4½ år. Vid post-test finns data för 75 av 80 dyader, vilket innebär ett bortfall om cirka sju procent.

Resultat vid post-test (Salomonsson & Sandell, 2011a) visar signifikant effekt avseende EAS, dimensionen lyhördhet (maternal sensitivity), men ingen signifikant effekt för övriga dimensioner i EAS. I efterföljande intervjuer menade många mödrar att analytikerns dialog med barnet ledde till att öppna upp dem för att uppfatta sitt barns individualitet och gjorde dem mer lyhörda för barnets signaler. Samtidigt påverkade det deras självkänsla och framkallade skuldkänslor som analytikern behövde hjälpa mödrarna med. Det kan också nämnas att resultaten visade signifikant effekt för mödrarnas depression.

Vid barns ålder 4½ år, cirka 3½ år efter behandlingens genomförande gjordes en ny uppföljning. Vid denna utvärdering användes som tidigare utfallsmåttet EAS (Biringen, 2008) men även bedömning av barns anknytningsrepresentation enligt The Story Stem Assessment Profile (SSAP) (Hodges et al., 2003). Vid uppföljningen finns data för 66 dyader, vilket innebär ett bortfall av 17,5 procent. Resultaten visar ingen signifikant effekt, det vill säga ingen skillnad mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp avseende mödrars känslomässiga tillgänglighet (emotional availability) (Salomonsson et al.,

2015b) eller barns anknytningsrepresentation (Salomonsson et al., 2015a) vid uppföljning vid barns ålder 4½ år. Vid jämförelse med skalan EAS visade det sig att båda undersökningsgrupperna vid denna uppföljning låg inom normalvärde och inte hade kliniska nivåer.

En fördjupad studie av moderatorer (Salomonsson & Sandell, 2011b) ger indikation på att interventionen var mer effektiv vad gäller mödrars lyhörddhet i relation till sitt barn i de fall där barnen vid baseline hade bedömts vara "påverkade" (affected) av relationsproblem än då barnen hade bedömts vara "opåverkade" (unaffected). De barn som bedömdes vara "påverkade" grät mycket, sov dåligt, undvek att se mamman i ögonen, vände sig bort från mamman, visade tecken på undvikande eller desorganisering. De barn som bedömdes vara "opåverkade" gav ett tryggt och lugnt intryck och var relativt symtomfria. Interventionen var också mer effektiv i fall där mamman hade klassificerats som "delaktig" än i fall där hon hade klassificerats som "övergiven". Delaktiga mammor ville aktivt ta del i det psykoanalytiska utforskandet. De uppfattade att de utövade inflytande på relationsproblem och symtom. Övergivna mammor kände sig lämnade i en svår situation, de ville ha stöd och råd i hur de skulle ta hand om barnet. Resultatet kan förstås utifrån att MIP är en insiktsorienterad teknik. Författarna diskuterar att forskning visat att individer som har mest nytta av insiktsorienterade terapier ofta är självreflekterande eller tenderar att beskriva sina problem i termer av interpersonella svårigheter. Slutligen kan nämnas att MIP hade bäst effekt av de båda interventionerna avseende mödrars depressiva symtom. Studien av MIP beskrivs också i en artikel i Läkartidningen (Salomonsson et al., 2011).

Psychodynamic Therapy – Non-directive Supporting Counselling – Cognitive Behavioral Therapy (Murray et al., 2003) Storbritannien

I denna artikel utvärderas om psykodynamisk terapi, kognitiv beteendeterapi, respektive counselling (rådgivning) har effekt för relationen mellan barn och mor i situationen då mödrarna har depression. Interventionerna beskrivs kortfattat i följande artikel: (Cooper et al., 2003).

Kognitiv beteendeterapi – behandlingen riktas i första hand mot moderns depression, men problem identifierade av modern själv med skötseln av sitt barn är också i fokus, till exempel problem kring mat och sömn. Även observerade problem i interaktionen mellan mor och barn är i fokus. Interventionen är stödjande, modern får råd om hur hon kan hantera identifierade problem på ett systematiskt sätt. Terapeuten arbetar med råd, modellering och förstärkning.

Psykodynamisk terapi – behandlingen går ut på att en förståelse av moderns representation av sitt barn och hennes relation med sitt barn kan främjas genom att utforska aspekter av moderns egen tidiga anknytningshistoria.

Counselling – i behandlingen får mödrarna möjlighet att tala om sina känslor i relation till sin nuvarande situation, såsom exempelvis äktenskapsproblem, ekonomiska svårigheter och oro kring sina barn.

Behandlingen pågår för samtliga terapiformer en gång per vecka under tio veckor då barnen är mellan 8–18 månader gamla. Behandlingen ges i familjernas hemmiljö. Terapeuterna är dels primärvårdssköterskor motsvarande barnavårdscentral (BVC) (health visitor) som har fått utbildning i kognitiv beteendeterapi respektive counselling, dels specialister inom de olika terapiinriktningarna. Terapeuterna får handledning varje vecka av artikelförfattarna Peter Cooper och Lynne Murray.

Studiedesign och resultat

Populationen består av 193 mödrar med barn. Barnens ålder är åtta veckor vid behandlingens start. Populationen består av mödrar och deras barn, där mödrarna har en postpartum-depression (major depressive disorder) enligt kriterier i DSM-III-R.

De olika behandlingsgrupperna består av 48 mödrar med barn i counselling; 43 mödrar med barn i kognitiv beteendeterapi; 50 mödrar med barn i psykodynamisk terapi; samt 52 mödrar med barn i en kontrollgrupp som får vanlig behandling (routine primary care). 22 mödrar (11 procent) avslutade sin behandling i förtid, vilket innebär att de deltog i färre än fem sessioner.

Utvärdering relaterat till anknytning görs vid barns ålder 18 månader enligt Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al., 1978). Resultaten visar ingen signifikant effekt avseende barnens anknytning, barnen i de olika grupperna hade i likartad grad trygg respektive otrygg anknytning. Författarna diskuterar att mer långvariga interventioner kan behövas för denna grupp barn och mödrar.

Volunteer Coach

(Jacobson & Frye, 1991) USA

Studien är en utvärdering för att undersöka om personligt stöd riktat till mödrar ger effekter för barns anknytning. Stödet till mödrar ges av en volontär coach under en period före förlossningen och under barnets första år. Interventionen ges inom ramen för en icke-vinstdrivande frivillig organisation. Coachen besöker mödrarna i deras hemmiljö regelbundet under en period från graviditeten tills barnen är ett år gamla för att tala om och ge stöd i frågor om graviditet, förlossning och omsorg om spädbarn. Interventionen riktas till förstagångsmödrar. Syftet är att mödrarna ska få empatiskt stöd och förståelse under en period då de lever med stress, i kombination med information om graviditet, omsorg om späda barn och barns utveckling. Mödrarna har kontakt med en och samma coach under hela perioden för att kunna etablera en nära relation mellan mor och coach. Besöken startar några dagar efter rekrytering till studien. Under senare del av graviditeten får mödrarna besök en gång per månad. Efter förlossningen blir besöken tätare, en gång per vecka i två till tre månader och därefter besök en gång per månad igen tills

barnet är ett år gammalt. I medeltal fick mödrar i studien 30 hembesök under hela perioden (spridning 10-46). Coachen talar med modern om ämnen som hon är upptagen av relaterat till graviditeten och hur den och det nyfödda barnet påverkar hennes relationer. Andra teman som behandlas är barns behov, moderns förväntningar på barnet, barns utveckling och hälsoaspekter. Mödrarna har möjlighet att kontakta sin coach när som helst då de har behov av stöd. Samtliga coacher är kvinnor i åldrarna 19–58 år, i medeltal 31,9 år. Majoriteten av coacherna har själva barn. Deras utbildningsnivå är i medeltal 16 års utbildning, mer än hälften har kandidatexamen och flera av dem har sjuksköterskeutbildning.

Studiedesign och resultat

Studien har randomiserad kontrollerad design. Populationen består av 61 mödrar med barn. Interventionen startar redan före barnets födsel. Mödrarna rekryterades under graviditeten, under den tredje trimestern. Mödrarnas ålder är i medeltal 21,9 år (spridning 17–32 år). Populationen är ekonomiskt utsatta mödrar med litet socialt nätverk, vilka har valts ut utifrån att de deltar i ett stödprogram (food supplementation program).

I studien deltog 31 mödrar i behandlingsgruppen och 30 mödrar i kontrollgruppen. Kontrollgruppen fick ingen intervention. Utvärdering gjordes när barnen var 14 månader gamla med utfallsmått Attachment Q-Set (AQS), som bygger på observationer av interaktioner mellan barn och mamma (Waters & Deane, 1985). Observationerna gjordes i barns och mödrars hemmiljö. Vid denna utvärdering medverkade 46 mödrar, 23 i behandlingsgruppen och 23 i kontrollgruppen, det vill säga det var ett stort bortfall (25 procent). I studien görs också analyser av om barns temperament har betydelse för effekt av interventionen. Barns temperament mäts enligt Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) (Brazelton, 1984). Resultaten visar effekt för barnens anknytning, förbättring avseende utveckling av trygg anknytning för barn i interventionsgruppen. Resultaten visade ej skillnad i effekt beroende av barns temperament.

Bilaga 3 Dokumentation av informationssökning

Databas: **PsycINFO** Databasleverantör: **Ebsco** Datum: **2015-06-25**

Ämne: **Samspelestödd – föräldrar/barn**

Sökning gjord av: **Edith Orem**

På uppdrag av: **Ann-Sofie Bergman**

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
1.	DE:MM	MM "Attachment Behavior" OR MM "Attachment Disorders" OR MM "Sensitivity (Personality)" OR MM "Infant Development" OR MM "Neonatal Development" OR MM "Early Childhood Development"	37,474
2.	FT/TI, SU	TI (attach* or responsiv* or sensitiv* or interact*) OR SU (attach* or responsiv* or sensitiv* or interact*)	188,120
3.		1. OR 2.	206,924
4.	DE:MM	MM "Intervention" OR MM "Early Intervention" OR MM "Family Therapy" OR MM "Family Intervention" OR MM "Treatment"	93,643
5.	FT/TI, SU	TI (intervention* or prevent* or therapist*) OR SU (intervention* or prevent* or therapist*)	205,374
6.		4. OR 5.	252,982
7.	DE:MM	MM "Parent Child Communication" OR MM "Father Child Communication" OR MM "Mother Child Communication" OR MM "Parenting" OR MM "Authoritarian Parenting" OR MM "Authoritative Parenting" OR MM "Childrearing Practices" OR MM "Parent Child Communication" OR MM "Parent Child Relations" OR MM "Parental Involvement" OR MM "Parenting Style" OR MM "Permissive Parenting"	38,660
8.	FT/TI, SU	TI (parent* OR mother* OR father* OR maternal* OR paternal*) OR SU (parent* OR mother* OR father* OR maternal* OR paternal*)	169,061
9.		7. OR 8.	170,392
10.	ZG	(ZG "infancy (2-23 mo)") or (ZG "neonatal (birth-1 mo)") or (ZG "preschool age (2-5 yrs)")	138,982
11.	FT/TI, SU	TI (child OR children OR childhood OR infant* OR infanc* OR newborn* OR preschool* OR "pre-school**" OR baby OR babies OR toddler*) OR SU (child OR children OR childhood OR infant* OR infanc* OR newborn* OR preschool* OR "pre-school**" OR baby OR babies OR toddler*)	442,531
12.		10. OR 11.	472,728
13.	ZC	ZC "followup study") or (ZC "literature review") or (ZC "longitudinal study") or (ZC "meta analysis") or (ZC "prospective study") or (ZC "qualitative study") or (ZC "quantitative study") or (ZC "retrospective study") or (ZC "systematic review") or (ZC "treatment outcome/clinical trial")	1,320,667
14.	FT/TI, SU	TI ("quasi-experimental" OR quasiexperiment OR quasiexperimental OR "propensity score**" OR	46,757

"control group" OR "control groups" OR "controlled group" OR "controlled groups" OR "treatment group" OR "treatment groups" OR "comparison group" OR "comparison groups" OR "wait-list*" OR "waiting list*" OR "intervention group" OR "intervention groups" OR "experimental group" OR "experimental groups" OR "matched control*" OR "matched groups" OR "matched comparison*" OR "clinical trial" OR "clinical trials" OR "experimental trial" OR "experimental design" OR "experimental method" OR "experimental methods" OR "experimental study" OR "experimental studies" OR "experimental evaluation*" OR "experimental test*" OR "experimental assessment*" OR placebo OR "assessment only" OR "treatment-as-usual" OR "services as usual" OR "care as usual" OR "usual treatment" OR "usual service*" OR "usual care" OR "standard treatment*" OR "standard service" OR "standard services" OR "standard care" OR "traditional treatment" OR "traditional service" OR "traditional care" OR "ordinary treatment" OR "ordinary service" OR "ordinary services" OR "ordinary care" OR "comparison sample" OR "propensity-matched") OR SU ("quasi-experimental" OR quasiexperiment OR quasiexperimental OR "propensity score*" OR "control group" OR "control groups" OR "controlled group" OR "controlled groups" OR "treatment group" OR "treatment groups" OR "comparison group" OR "comparison groups" OR "wait-list*" OR "waiting list*" OR "intervention group" OR "intervention groups" OR "experimental group" OR "experimental groups" OR "matched control*" OR "matched groups" OR "matched comparison*" OR "clinical trial" OR "clinical trials" OR "experimental trial" OR "experimental design" OR "experimental method" OR "experimental methods" OR "experimental study" OR "experimental studies" OR "experimental evaluation*" OR "experimental test*" OR "experimental assessment*" OR placebo OR "assessment only" OR "treatment-as-usual" OR "services as usual" OR "care as usual" OR "usual treatment" OR "usual service*" OR "usual care" OR "standard treatment*" OR "standard service" OR "standard services" OR "standard care" OR "traditional treatment" OR "traditional service" OR "traditional care" OR "ordinary treatment" OR "ordinary service" OR "ordinary services" OR "ordinary care" OR "comparison sample" OR "propensity-matched")

- | | | |
|-----|---|------------|
| 15. | 10. OR 11. | 1,348,441 |
| 16. | 3. AND 6. AND 9. AND 12. AND 15. | 757 |
| 17. | 13. AND Limiters - Publication Type: All Journals;
Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Age
Groups: Neonatal (birth-1 mo), Infancy (2-23 mo),
Preschool Age (2-5 yrs); Population Group: Human | 339 |

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)
MM = Major Concept (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
FT/TI, SU = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel och ämnesord
ZC = Methodology
ZG = Age group

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Fortsättning, bilaga 3, Dokumentation av informationssökning

Databas: **PubMed** Databasleverantör: **NLM** Datum: **2015-06-25**

Ämne: **Samspelestödd – föräldrar/barn**

Sökning gjord av: **Edith Orem**

På uppdrag av: **Ann-Sofie Bergman**

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
1.	MeSH	"Object Attachment"[Majr:NoExp]	5637
2.	FT	attach*[tiab] OR responsiv*[tiab] OR sensitiv*[tiab] OR interact*[tiab] OR attach*[ot] OR responsiv*[ot] OR sensitiv*[ot] OR interact*[ot]	2350900
3.		1. OR 2.	2353102
4.	MeSH	"Early Intervention (Education)"[Majr] OR "Social Support"[Majr] OR "Primary Prevention"[Majr:NoExp] OR "Family Therapy"[Majr]	31250
5.	FT	interven*[ti] OR prevent*[ti] OR terapeut*[ti] OR method*[ti] OR program*[ti] OR therapy[ti] OR training[ti] OR visit*[ti] OR support[ti] OR supportive[ti] OR counseling[ti] OR counselling[ti] OR psychotherapy[ti] OR treatment[ti] OR guidance[ti] OR assistance[ti] OR educat*[ti] OR interven*[ot] OR prevent*[ot] OR terapeut*[ot] OR method*[ot] OR program*[ot] OR therapy[ot] OR training[ot] OR visit*[ot] OR support[ot] OR supportive[ot] OR counseling[ot] OR counselling[ot] OR psychotherapy[ot] OR treatment[ot] OR guidance[ot] OR assistance[ot] OR educat*[ot]	2714904
6.		4. OR 5.	2727050
7.	MeSH	"Parents"[Mesh]	75359
8.	FT	parent*[tiab] OR mother*[tiab] OR father*[tiab] OR maternal*[tiab] OR paternal*[tiab] OR parent*[ot] OR mother*[ot] OR father*[ot] OR maternal*[ot] OR paternal*[ot]	599409
9.		7. OR 8.	616743
10.	MeSH	"Child, Preschool"[Mesh] OR "Infant"[Mesh]	1314852
11.	FT	child[tiab] OR children[tiab] OR childhood[tiab] OR infant*[tiab] OR infanc*[tiab] OR newborn*[tiab] OR preschool*[tiab] OR pre-school*[tiab] OR baby[tiab] OR babies[tiab] OR toddler*[tiab] OR child[ot] OR children[ot] OR childhood[ot] OR infant*[ot] OR infanc*[ot] OR newborn*[ot] OR preschool*[ot] OR pre-school*[ot] OR baby[ot] OR babies[ot] OR toddler*[ot]	1416164
12.		10. OR 11.	2000711
13.	MeSH	"Randomized Controlled Trial" [Publication Type] OR "Controlled Clinical Trial" [Publication Type] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh:NoExp] OR "Controlled Clinical Trial" [Publication Type] OR "Pragmatic	614493

		Clinical Trial" [Publication Type] OR "Comparative Effectiveness Research"[Mesh]	
14.	FT	randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR randomly[tiab] OR trial[ti] OR randomized[ot] OR control*[tiab] OR randomised[ot] OR randomly[ot] OR control*[ot]	3168134
15.	FT	quasi-experimental[tiab] OR quasiexperiment[tiab] OR quasiexperimental[tiab] OR propensity score*[tiab] OR control group[tiab] OR control groups[tiab] OR controlled group[tiab] OR controlled groups[tiab] OR treatment group[tiab] OR treatment groups[tiab] OR comparison group[tiab] OR comparison groups[tiab] OR wait-list*[tiab] OR waiting list*[tiab] OR intervention group[tiab] OR intervention groups[tiab] OR experimental group[tiab] OR experimental groups[tiab] OR matched control*[tiab] OR matched groups[tiab] OR matched comparison*[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical trials[tiab] OR experimental trial[tiab] OR experimental design[tiab] OR experimental method[tiab] OR experimental methods[tiab] OR experimental study[tiab] OR experimental studies[tiab] OR experimental evaluation*[tiab] OR experimental test*[tiab] OR experimental assessment*[tiab] OR placebo[tiab] OR assessment only[tiab] OR treatment-as-usual[tiab] OR services as usual[tiab] OR care as usual[tiab] OR usual treatment[tiab] OR usual service*[tiab] OR usual care[tiab] OR standard treatment*[tiab] OR standard service[tiab] OR standard services[tiab] OR standard care[tiab] OR traditional treatment[tiab] OR traditional service[tiab] OR traditional care[tiab] OR ordinary treatment[tiab] OR ordinary service[tiab] OR ordinary services[tiab] OR ordinary care[tiab] OR comparison sample[tiab] OR propensity-matched[tiab] OR quasi-experimental[ot] OR quasiexperiment[ot] OR quasiexperimental[ot] OR propensity score*[ot] OR control group[ot] OR control groups[ot] OR controlled group[ot] OR controlled groups[ot] OR treatment group[ot] OR treatment groups[ot] OR comparison group[ot] OR comparison groups[ot] OR wait-list*[ot] OR waiting list*[ot] OR intervention group[ot] OR intervention groups[ot] OR experimental group[ot] OR experimental groups[ot] OR matched control*[ot] OR matched groups[ot] OR matched comparison*[ot] OR clinical trial[ot] OR clinical trials[ot] OR experimental trial[ot] OR experimental design[ot] OR experimental method[ot] OR experimental methods[ot] OR experimental study[ot] OR experimental studies[ot] OR experimental evaluation*[ot] OR experimental test*[ot] OR experimental assessment*[ot] OR placebo[ot] OR assessment only[ot] OR treatment-as-usual[ot] OR services as usual[ot] OR care as usual[ot] OR usual treatment[ot] OR usual service*[ot] OR usual care[ot] OR standard treatment*[ot] OR standard service[ot] OR standard services[ot] OR standard care[ot] OR	952932

	traditional treatment[ot] OR traditional service[ot] OR traditional care[ot] OR ordinary treatment[ot] OR ordinary service[ot] OR ordinary services[ot] OR ordinary care[ot] OR comparison sample[ot] OR propensity-matched[ot]	
16.	13. OR 14. OR 15.	3657510
17.	3. AND 6. AND 9. AND 12. AND 16.	1745
18.	17. NOT ("Animals"[Mesh] NOT "Humans"[Mesh]) Filters: Danish; English; Norwegian; Swedish	1657

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Fortsättning, bilaga 3, Dokumentation av informationssökning

Databas: **Cinahl** Databasleverantör: **Ebsco** Datum: **2015-06-25**

Ämne: **Samspelsstöd – föräldrar/barn**

Sökning gjord av: **Edith Orem**

På uppdrag av: **Ann-Sofie Bergman**

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
1.	DE:MM	(MM "Attachment Behavior") OR (MM "Parent-Infant Bonding") OR (MM "Prenatal Bonding")	1,881
2.	FT/TI, SU	TI (attach* or responsiv* or sensitiv* or interact*) OR SU (attach* or responsiv* or sensitiv* or interact*)	71,911
3.		1. OR 2.	72,222
4.	DE:MM	(MM "Early Childhood Intervention") OR (MM "Early Intervention") OR (MM "Crisis Intervention") OR (MM "Support, Psychosocial") OR (MM "Psychotherapy") OR (MM "Behavior Therapy")	26,591
5.	FT/TI, SU	TI (intervention* or prevent* or therapist*) OR SU (intervention* or prevent* or therapist*)	544,705
6.		4. OR 5.	561,750
7.	DE:MM	(MM "Parents+") OR (MM "Parental Behavior")	24,914
8.	FT/TI, SU	TI (parent* OR mother* OR father* OR maternal* OR paternal*) OR SU (parent* OR mother* OR father* OR maternal* OR paternal*)	100,644
9.		7. OR 8.	100,808
10.	DE:MM	(MM "Child+")	18,921
11.	FT/TI, SU	TI (child OR children OR childhood OR infant* OR infanc* OR newborn* OR preschool* OR "pre-school*" OR baby OR babies OR toddler*) OR SU (child OR children OR childhood OR infant* OR infanc* OR newborn* OR preschool* OR "pre-school*" OR baby OR babies OR toddler*)	359,719
12.		10. OR 11.	359,719
13.	DE:MM	(MM "Clinical Trials+")	8,806
14.	ZT	ZT "randomized controlled trial"	28,237
15.	ZE	(ZE "clinical trials")	8,248
16.	FT/TI, SU	TI ("quasi-experimental" OR quasiexperiment OR quasiexperimental OR "propensity score*" OR "control group" OR "control groups" OR "controlled group" OR "controlled groups" OR "treatment group" OR "treatment groups" OR "comparison group" OR "comparison groups" OR "wait-list*" OR "waiting list*" OR "intervention group" OR "intervention groups" OR "experimental group" OR "experimental groups" OR "matched control*" OR "matched groups" OR "matched comparison*" OR "clinical trial" OR "clinical trials" OR "experimental trial" OR "experimental	118,752

design" OR "experimental method" OR "experimental methods" OR "experimental study" OR "experimental studies" OR "experimental evaluation**" OR "experimental test**" OR "experimental assessment**" OR placebo OR "assessment only" OR "treatment-as-usual" OR "services as usual" OR "care as usual" OR "usual treatment" OR "usual service**" OR "usual care" OR "standard treatment**" OR "standard service" OR "standard services" OR "standard care" OR "traditional treatment" OR "traditional service" OR "traditional care" OR "ordinary treatment" OR "ordinary service" OR "ordinary services" OR "ordinary care" OR "comparison sample" OR "propensity-matched") OR SU ("quasi-experimental" OR quasiexperiment OR quasiexperimental OR "propensity score**" OR "control group" OR "control groups" OR "controlled group" OR "controlled groups" OR "treatment group" OR "treatment groups" OR "comparison group" OR "comparison groups" OR "wait-list**" OR "waiting list**" OR "intervention group" OR "intervention groups" OR "experimental group" OR "experimental groups" OR "matched control**" OR "matched groups" OR "matched comparison**" OR "clinical trial" OR "clinical trials" OR "experimental trial" OR "experimental design" OR "experimental method" OR "experimental methods" OR "experimental study" OR "experimental studies" OR "experimental evaluation**" OR "experimental test**" OR "experimental assessment**" OR placebo OR "assessment only" OR "treatment-as-usual" OR "services as usual" OR "care as usual" OR "usual treatment" OR "usual service**" OR "usual care" OR "standard treatment**" OR "standard service" OR "standard services" OR "standard care" OR "traditional treatment" OR "traditional service" OR "traditional care" OR "ordinary treatment" OR "ordinary service" OR "ordinary services" OR "ordinary care" OR "comparison sample" OR "propensity-matched")

17.	13. OR 14. OR 15. OR 16.	141,436
18.	3. AND 6. AND 9. AND 12. AND 17.	71

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZT = Publication type

ZE = Subjects (Major)

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Fortsättning, bilaga 3, Dokumentation av informationssökning

Databas: **ProQuest Sociology** Databasleverantör: **ProQuest** Datum: **2015-06-26**

Ämne: **Samspelsstöd - föräldrar/barn**

Sökning gjord av: **Edith Orem**

På uppdrag av: **Ann-Sofie Bergman**

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
1.	DE/SU	SU.EXACT("Child development") OR SU.EXACT("Sensitivity")	2259
2.	FT/TI, SU	ti(attach* or responsiv* or sensitiv* or interact*) OR su(attach* or responsiv* or sensitiv* or interact*)	4164
3.		1. OR 2.	6280
4.	DE/SU	SU.EXACT("Crisis intervention") OR SU.EXACT("Intervention") OR SU.EXACT("Counseling") OR SU.EXACT("Early intervention") OR SU.EXACT("Counseling psychology") OR SU.EXACT("Prevention programs") OR SU.EXACT("Psychotherapy")	4066
5.	FT/TI, SU	ti(intervention* or prevent* or therapist*) OR su(intervention* or prevent* or therapist*)	10365
6.		4. OR 5.	11669
7.	DE/SU	SU.EXACT("Mothers") OR SU.EXACT("Teenage parents") OR SU.EXACT("Parents & parenting") OR SU.EXACT("Single parents") OR SU.EXACT("Fathers")	8963
8.	FT/TI, SU	ti(parent* OR mother* OR father* OR maternal* OR paternal*) OR su(parent* OR mother* OR father* OR maternal* OR paternal*)	13926
9.		7. OR 8.	13926
10.	DE/SU	SU.EXACT("Babies") OR SU.EXACT("Preschool children")	554
11.	FT/TI, SU	ti(child OR children OR childhood OR infant* OR infanc* OR newborn* OR preschool* OR "pre- school*" OR baby OR babies OR toddler*) OR su(child OR children OR childhood OR infant* OR infanc* OR newborn* OR preschool* OR "pre- school*" OR baby OR babies OR toddler*)	25286
12.		10. OR 11.	25286
13.	DE/SU	SU.EXACT("Factorial experiments") OR SU.EXACT("Clinical trials") OR SU.EXACT("Research methodology")	1672
14.	FT/TI, SU	ti(randomized OR randomised OR randomly OR trial) OR su(randomized OR randomised OR randomly OR trial)	1694
15.	FT/TI, SU	ti("quasi-experimental" OR quasiexperiment OR quasiexperimental OR "propensity score*" OR "control group" OR "control groups" OR "controlled group" OR "controlled groups" OR "treatment group" OR "treatment groups" OR "comparison group" OR "comparison groups" OR "wait-list*" OR "waiting list*" OR "intervention group" OR "intervention groups" OR "experimental group" OR "experimental groups" OR	825

"matched control*" OR "matched groups" OR "matched comparison*" OR "clinical trial" OR "clinical trials" OR "experimental trial" OR "experimental design" OR "experimental method" OR "experimental methods" OR "experimental study" OR "experimental studies" OR "experimental evaluation*" OR "experimental test*" OR "experimental assessment*" OR placebo OR "assessment only" OR "treatment-as-usual" OR "services as usual" OR "care as usual" OR "usual treatment" OR "usual service*" OR "usual care" OR "standard treatment*" OR "standard service" OR "standard services" OR "standard care" OR "traditional treatment" OR "traditional service" OR "traditional care" OR "ordinary treatment" OR "ordinary service" OR "ordinary services" OR "ordinary care" OR "comparison sample" OR "propensity-matched") OR su("quasi-experimental" OR quasiexperiment OR quasiexperimental OR "propensity score*" OR "control group" OR "control groups" OR "controlled group" OR "controlled groups" OR "treatment group" OR "treatment groups" OR "comparison group" OR "comparison groups" OR "wait-list*" OR "waiting list*" OR "intervention group" OR "intervention groups" OR "experimental group" OR "experimental groups" OR "matched control*" OR "matched groups" OR "matched comparison*" OR "clinical trial" OR "clinical trials" OR "experimental trial" OR "experimental design" OR "experimental method" OR "experimental methods" OR "experimental study" OR "experimental studies" OR "experimental evaluation*" OR "experimental test*" OR "experimental assessment*" OR placebo OR "assessment only" OR "treatment-as-usual" OR "services as usual" OR "care as usual" OR "usual treatment" OR "usual service*" OR "usual care" OR "standard treatment*" OR "standard service" OR "standard services" OR "standard care" OR "traditional treatment" OR "traditional service" OR "traditional care" OR "ordinary treatment" OR "ordinary service" OR "ordinary services" OR "ordinary care" OR "comparison sample" OR "propensity-matched")

16. 13. OR 14. OR 15 3219

17. 3. AND 6. AND 9. AND 12. AND 16 3

*)
 DE/SU= Kontrollerade ämnesord från ProQuest thesaurus
 FT/TI, SU = Fritextterm/er som söks i fälten för titel och ämnesord

**)
 De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Fortsättning, bilaga 3, Dokumentation av informationssökning

Databas: **Cochrane library** Databasleverantör: **Wiley InterScience** Datum: **2015-06-26**

Ämne: **Samspeksstöd – föräldrar/barn**

Sökning gjord av: **Edith Orem**

På uppdrag av: **Ann-Sofie Bergman**

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MeSH	MeSH descriptor: [Object Attachment] this term only	
2.	FT/TI	attach* or responsiv* or sensitiv* or interact*:ti (Word variations have been searched)	11281
3.		1. OR 2.	11411
4.	MeSH	MeSH descriptor: [Early Intervention (Education)] explode all trees	290
5.	MeSH	MeSH descriptor: [Social Support] explode all trees	2217
6.	MeSH	MeSH descriptor: [Primary Prevention] this term only	847
7.	MeSH	MeSH descriptor: [Family Therapy] explode all trees	724
8.	FT/TI	interven* or prevent* or therapeut* or method* or program* or therapy or training or visit* or support or supportive or counseling or counselling or psychotherapy or treatment or guidance or assistance or educat*:ti (Word variations have been searched)	297230
9.		4. OR 5. OR 6. OR 7. OR 8.	298218
10.	MeSH	MeSH descriptor: [Parents] explode all trees	2777
11.	FT/TI, AB, KW	parent* or mother* or father* or maternal* or paternal*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	31559
12.		10. OR 11.	31559
13.	MeSH	MeSH descriptor: [Child, Preschool] explode all trees	64
14.	MeSH	MeSH descriptor: [Infant] explode all trees	13408
15.	FT/TI, AB, KW	child or children or childhood or infant* or infanc* or newborn* or preschool* or "pre-school*" or baby or babies or toddler*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	102159
16.		13. OR 14. OR 15.	102159
17.		3. AND 9. AND 12. AND 16.	214: CDSR/1 (ej relevant) DARE: 10 HTA/1 EED/1 Central/210

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)

Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords

**))

CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews

DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects

HTA = Health Technology Assessment Database

EED = NHS Economic Evaluation Database

Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Rapporter Barn som anhöriga

Effekter av anknytningsbaserade interventioner för yngre barn och deras omvårdnadspersoner en kunskapsöversikt. Bergman, A-S och Hanson, E. 2016:5, Nka och Linnéuniversitetet.

Stödprogram riktade till barn och/eller föräldrar när en förälder missbrukar alkohol eller andra droger – en kunskapsöversikt. Järkestig-Berggren, U och Hanson, E. 2016:4, Nka, Linnéuniversitetet.

Interkulturellt perspektiv på stöd till barn som anhöriga. Ett diskussionsunderlag. Hansson, Merike. 2016:3. Nka, Linnéuniversitetet.

Samverkan kring gravida med missbruksproblem: En studie av Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga. Heimdahl, K & Karlsson, P. 2016:2. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn till föräldrar med cancer – hur många berörs och vilka är konsekvenserna i ett livsloppsperspektiv? Berg, L & Hjern, A. 2016:1. Nka, Linnéuniversitetet.

Hälsoekonomisk analys FAS, Nka, Linnéuniversitetet. Ericson, L, Hovstadius, B, Magnusson, L. 2015:10. Nka, Linnéuniversitetet.

Riktade insatser till gravida och spädbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol, narkotika och läkemedel och psykisk ohälsa: en nationell kartläggning av barnhälsovård, mödrahälsovård och socialtjänst. Heimdahl, K & Karlsson, P. 2015:9. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga – ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader. Hovstadius, B, Ericson, L, Magnusson, L. 2015:8. Nka, Linnéuniversitetet.

Föräldraskap hos vuxna med ADHD eller Autismspektrumtillstånd, konsekvenser för barnet samt metoder för stöd. Systematisk kunskapsöversikt. Janeslätt, G & Hayat Roshanay, A. 2015:7. Nka, Linnéuniversitetet.

Att se barn som anhöriga – om relationer, interventioner och omsorgsansvar. Antologi, red. Järkestig Berggren, U, Hanson, E & Magnusson, L. 2015:6, Nka. Linnéuniversitetet.

Kunskapsunderlag för pedagoger om barn och elever med medfödda skador av alkohol. Rangmar, J. 2015:5. Nka, Göteborgs Universitet.

Stuprör, hängrännor och rännkrokar, Alexanderson, K & Jess, K. 2015:4. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga, Rapport från Linnéuniversitetets och Nationellt kompetenscentrum anhörigas arbete, 2012–2014, Magnusson, L & Hanson, L. 2015:3. Nka, Linnéuniversitetet.

Hälsa och välbefinnande hos barn och ungdomar som har en förälder med progredierande neurologisk sjukdom, Ferm, U, Jenholt Nolbris, M, Jonsson, A, Linnsand, P & Nilsson, S. 2015:2. Nka Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga – Fyra utvecklingsregioners arbete för att se och möta barn enligt paragraf 2 g i hälso- och sjukvårdslagen, Gustavsson, L, & Magnusson, L. 2015:1. Nka, Linnéuniversitetet.

Unga omsorgsgivare i Sverige. Melander, C, Nordenfors, M och Daneback, K. 2014:5. Nka, Göteborgs Universitet.

Att växa upp med förälder som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Rapport 4 från projektet "Barn som anhöriga" från CHESS, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Hjern A, Arat A & Vinnerljung B. Nka Barn som anhöriga 2014:4. Nka. Linnéuniversitetet, CHESS.

Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen. Rapport 3 från projektet "Barn som anhöriga" från CHESS, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Hjern A, Arat A, Rostila M, Berg L & Vinnerljung B. Nka Barn som anhöriga 2014:3. Nka, Linnéuniversitetet, CHESS.

Utvärdering av Barntraumateamet. Bergh Johannesson K, Bondjers K, Arnberg F, Nilsson D, Ångarne-Lindberg T & Rostila M. Nka Barn som anhöriga 2014:2. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga när en förälder avlider. En kunskapsöversikt om effekt av metoder för stöd till barn. Bergman A-S, & Hanson E. Kunskapsöversikt 2014:1. Nka.

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med psykisk ohälsa: en litteraturstudie. Heimdahl K & Karlsson P. Nka Barn som anhöriga 2013:6. Nka, Linnéuniversitetet.

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika: en litteraturstudie. Heimdahl K & Karlsson P. Nka Barn som anhöriga 2013:5. Nka, Linnéuniversitetet.

Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Nka Barn som anhöriga. Rangmar J & Fahlke C. Kunskapsöversikt 2013:4. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga: hur går det i skolan? Rapport 2 från projektet "Barn som anhöriga" från CHESS, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Hjern A, Berg L, Rostil M & Vinnerljung B. Rapport 2013:3. Nka, Linnéuniversitetet, CHESS.

Barn som är anhöriga till föräldrar med allvarlig fysisk sjukdom eller skada. Järkestig Berggren U & Hanson E. Nka Barn som anhöriga 2013:2. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga till patienter i vården - hur många är de? Rapport 1 från projektet "Barn som anhöriga" – en kartläggning 2013:1. Hjern A & Manhica H. Kalmar: Nka. Linnéuniversitetet, CHESS.

Publikationerna kan beställas/laddas ner via Nka:s webbplats www.anhoriga.se/publicerat.

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga
Box 762 – 391 27 Kalmar
Tel: 0480-41 80 20
E-post: info@anhoriga.se
www.anhoriga.se

Effekter av anknytningsbaserade interventioner för yngre barn och deras omvårdnadspersoner

– En kunskapsöversikt

Anknytning handlar om barns behov av trygghet och närhet till minst en anknytningsperson för att kunna utvecklas och använda sina egna resurser. En trygg anknytning i relationen mellan barn och omvårdnadsperson är relaterat till positivt långsiktigt utfall för barnen. Den här boken är en kunskapsöversikt om effekter av anknytningsbaserade interventioner till yngre barn och deras närmaste omvårdnadspersoner. I ett internationellt perspektiv har ett flertal behandlingsmetoder utvecklats under de senaste decennierna för att främja samspel och barns anknytning. Det är effekter av sådana interventioner som är i fokus för översikten. Syftet är att systematiskt kartlägga, granska och sammanställa kunskap om effektstudier av metoder för samspelsbehandling samt att göra en analys av kunskapsläget i ett effektsammanhang. Resultaten visar att det finns metoder som har visat effekter för barns anknytning och omvårdnadspersoners lyhördhet. Det finns även studier som förutom effekter för anknytning och samspel har visat effekter för barns hälsa och utveckling samt omvårdnadspersoners hälsa, upplevelse av stöd och förbättrade relationer till personer i den närmaste omgivningen. Resultaten har implikationer för praktiken, för såväl beslutsfattare som professionella som möter barn och omvårdnadspersoner i utsatta situationer inom exempelvis mödrahälsovården, barnhälsovården, socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri.



Ann-Sofie Bergman är socionom och fil.dr. i socialt arbete. Hon är verksam som forskare och lektor vid Linnéuniversitetet och Nationellt kompetenscentrum anhöriga. Hennes forskningsintresse är stöd till barn och familjer i utsatta situationer.



Elizabeth Hanson är specialistsjuksköterska i palliativ vård, FoU-ledare vid Nationellt Kompetenscentrum anhöriga, professor vid Linnéuniversitetet, docent vid Universitetet i Sheffield. Elizabeths forskningsintresse är anhörigfrågor, livskvalitetsfrågor, kvalitetsfrågor och kompetensutveckling inom vård och omsorg samt medverkan av brukare/patienter och deras anhöriga i vård och omsorg och forskning.

Nka: Barn som anhöriga

2016:5

ISBN 978-91-87731-45-7

www.anhoriga.se