

Intervention vid tidiga kontaktstörningar

Interaktionell diagnostik och samspelsbehandling

Margareta Berg Brodén

Bim Riddersporre

Sedan 1978 har man på Viktoriagården i Malmö (en självständig avdelning inom Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken i Malmö) utvecklat en behandlingsmodell för att bearbeta störningar i samspillet mellan mor och späda/små barn. Under perioden 1983-93 remitterades mer än 200 barn för samspelsbehandling. Denna artikel bygger på en delstudie av 68 barn vilka uppvisat kliniska tecken på kontaktstörning. Samtliga har fått samspelsbehandling tillsammans med en förälder.

Författarna ser kontaktstörning som ett brett deskriptivt begrepp och påpekar att tecknen på kontaktstörning hos små barn ofta är ospecifika och bäst kan förstås genom de mönster de bildar och i ljuset av de relationer barnet har. Resultaten av samspelsbehandlingen visar på den centrala betydelsen av tidig upptäckt och behandling. Av de barn som remitterats före 18 månaders ålder hade nästan samtliga en normaliserad kontaktutveckling vid behandlingstidens slut. Hos barn som kom till behandling mellan 18 månader och 7 års ålder kvarstod problemen i stor utsträckning efter det att behandlingsarbetet avslutats.

Margareta Berg Brodén är fil dr, leg psykolog och leg psykoterapeut. Bim Riddersporre är leg psykolog och leg logoped. Båda är verksamma på Viktoriagården, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Malmö Allmänna sjukhus.

behandlingsarbete med kontaktstörningar som under de senaste 15 åren bedrivits vid Viktoriagården, en behandlingsinstitution vid BUP i Malmö. Där har man sedan 1978 inriktat sig på behandling av tidiga störningar i föräldra-barnrelationen. En metod för samspelsbehandling av små och späda barn och deras föräldrar har utvecklats. Behandlingsarbete med spädbarn på Viktoriagården, liksom behandlingsresultat, är tidigare beskrivet (Berg Brodén 1989, 1992).

Denna artikel belyser begreppet kontaktstörningar ställt i relation till kunskapen om normal kontaktutveckling. Det centrala i tidig upptäckt och behandling poängteras och en beskrivning ges av samspelsbehandling samt de modifieringar av metoden som krävs just vid behandling av små barn med kontaktstörning.

För att belysa det kliniska värdet av samspelsbehandlingen vid tidiga kontaktstörningar har en genomgång gjorts av samtliga barn som remitterats till Viktoriagården under en tioårsperiod. Med utgångspunkt från remisser, journalhandlingar samt en genomgång av varje barn med behandlingspersonalen har samtliga barn med kliniska tecken på kontaktstörning identifierats. Dessa barn och deras föräldrar (i realiteten endast mödrar) har fått samspelsbehandling på Viktoriagården. Behandlingsresultaten värderas utifrån en kvalitativ klinisk bedömning av barnens kontaktförmåga efter avslutad behandling.

INLEDNING

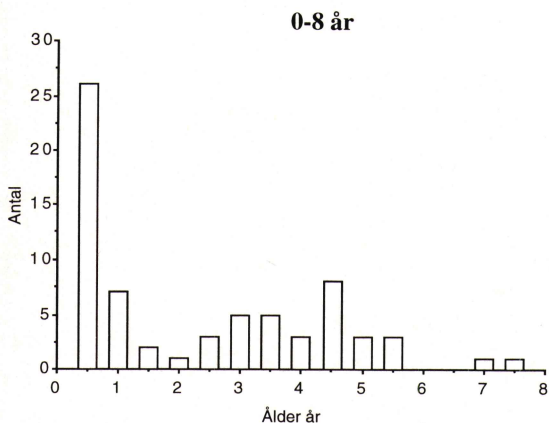
När späda barn avvisar eller undviker kontakt med sina föräldrar påverkas utvecklingen på alla plan. Interventioner i syfte att bryta ett avvisande mönster har störst chans att lyckas om de sätts in tidigt. En fungerande kontaktutveckling är av stor vikt för barnets hälsa i vid bemärkelse. Detta är utgångspunkten för det

BESKRIVNING AV EN KLINISK POPULATION PÅ VIKTORIAGÅRDEN

Remissbakgrund

Under perioden 1983-1993 fick 68 barn med kliniska tecken på kontaktstörning samspelsbehandling på

Figur 1. Åldersfördelning för barn som fått samspelsbehandling vid Viktoriagården under perioden 1983-1993. Ålder vid behandlingens början. Diagrammet visar antalet barn inom åldersintervall på 0,5 år med det övre värdet avsatt på x-axeln. Källa: patientstatistik



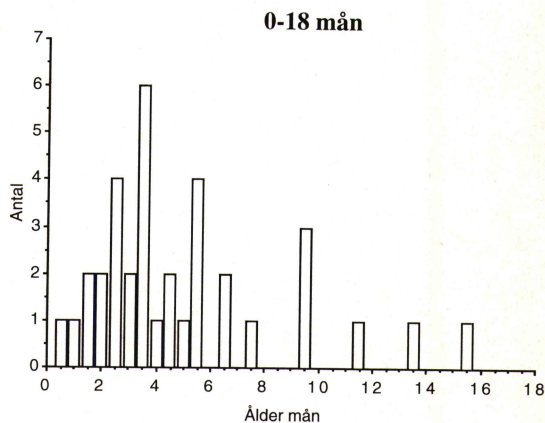
Viktoriagården. Åldersfördelningen framgår av figur 1.

Fördelningen antyder en uppdelning på två huvudgrupper med en gräns kring tvåårsåldern. Bakgrunden till detta är inte helt klarlagd, men av kliniska skäl har vi valt att redovisa spädbarn (0-18 månader) separat. Bland barnen 0-18 månader remitterades flertalet före sex månaders ålder (figur 2). Av de äldre barnen remitterades många efter fyraårskontroll på BVC. Fördelningen påverkas av att den övre åldersgränsen för behandling vid Viktoriagården 1991 ändrades från sju till fyra år. De respektive grupperna utgör tillsammans en klinisk population och har inte matchats. Grupperna uppvisar en markant skillnad i könsfördelning. Spädbarnsgruppen innehåller lika många pojkar som flickor. Bland de större barnen utgör pojkarna 3/4 av gruppen.

Bakgrund: 0-18 månader

I denna ålder lever barnen nära föräldrarna (modern); där barnet är finns även föräldern. De som träffar barnen kan även bilda sig en uppfattning om modern. Remisserna för denna grupp gäller främst just brister i moderns kontaktförmåga, omsorgssvikt (t ex psykosocial deprivation eller andra brister som påverkar barnets kontaktutveckling) samt brister i relationen barn-förälder. Remisser föranledda av brister i kontaktförmåga hos barnet utgör en mindre del (Tabell 1a).

Figur 2. Åldersfördelning för barn i åldern 0-18 månader som fått samspelsbehandling vid Viktoriagården under perioden 1983-1993. Ålder vid behandlingens början. Diagrammet visar antalet barn inom åldersintervall på 0,5 månader med det övre värdet avsatt på x-axeln. Källa: patientstatistik.



Tabell 1. Remissorsaker för barn med kliniska tecken på kontaktstörning behandlade på Viktoriagården. a. Barn 0-18 månader. b. Barn 18 månader-7 år. Källa: journaluppgifter.

Remissorsaker	Antal	%
a. 0 - 18 månader (35 barn)		
Omsorgssvikt	11	31
Brister i kontakten/relationen barn-förälder	8	23
Brister i barnets kontaktförmåga	3	9
Brister i moderns kontaktförmåga	13	37
b. Över 18 månader (33 barn)		
Omsorgssvikt	8	24
Brister i kontakten/relationen barn-förälder	8	24
Brister i barnets kontaktförmåga	17	52
Brister i moderns kontaktförmåga	0	0

Bakgrund: över 18 månader

För barn över 18 månader ser livet annorlunda ut. Mer än hälften av barnen i denna grupp har erfarenhet av daghem före remissen till Viktoriagården. De förväntas leva ett socialt mer differentierat liv med t ex språklig kommunikation och kamratkontakter. De som möter barnen har inte alltid nära kontakt med föräldrarna. Fokus ligger på barnets egen kompetens. Remisserna för denna grupp gäller i första hand brister i barnets kontaktförmåga men även psykosocial

deprivation och relationsproblem mellan barn och föräldrar. Remisser där moderns bristande förmåga till kontakt ses som primärt problem saknas helt i denna grupp (Tabell 1b).

Klinisk bedömning

En kvalitativ bedömning av barnens kontaktstörning före behandling ligger till grund för en gruppering av de kliniska tecknen (Tabell 2 och 3).

Den kliniska bilden före behandling: 0-18 månader
De flesta barn i denna grupp uppvisar många kliniska tecken på kontaktstörning (Tabell 2).

Tabell 2. Kliniska tecken på kontaktstörning hos barn 0-18 månader, behandlade på Viktoriagården. Situationen före behandling. Sammanställningen är baserad på bedömning utförd i behandlingens initialskede och bygger på journaluppgifter kompletterade med uppgifter från behandlande personal.

Kliniska tecken på kontaktstörning hos barn 0-18 månader (35 st)	Antal	%
Bristande samspel mor - barn	35	100
Bristfällig ögonkontakt/inget leende	35	100
Undviker/avvisar fysisk kontakt	26	74
Avvikande tonus/motorik	31	89
Rytmbrist/uppfödningssvårigheter	17	49
Affektlös/mimikfattig	28	80
Avvikande skrik/joller/språk	35	100
Föredrar saker framför människor	15	43
Söker ej tröst/tröstar sig själva	19	54
Ingen ömsesidighet/förväntan	25	71
Passiv/initiativlös/självförsjunken	30	86
Sprittig/aldrig stilla	5	14
Signalsvag/låg vakenhetsgrad/ej vital	23	66
Generellt sen utveckling	12	34

Små barn reagerar globalt på psykosocial stress deprivation samt brister i kontakt med föräldrarna. Brist på anknytning gör att barnet inte har något skydd mot övermäktiga intryck och stress, samt att det saknar förälderns reglerande funktion för sin utveckling. Det går inte att kommunicera ensam. Barn som saknar erfarenhet av fungerande samspel och ömsesidighet får mindre förväntningar på just dessa upplevelser. Det är därför mycket svårt att hos späda barn differentiera tecken på kontaktsvårigheter som uppkommit i en brist-situation från tecken som senare visar sig hänga samman med t ex autism eller andra syndrom där kontaktstörning ingår.

Den kliniska bilden före behandling: över 18 månader

Alla barn i denna grupp hade bristande samspel med modern. Nästan alla hade språkstörningar, och flertalet hade låg tolerans för såväl ögon- som kroppskontakt. Kamratkontakter och samlek saknades oftast (Tabell 3).

Tabell 3. Kliniska tecken på kontaktstörning hos barn 18 månader-7 år behandlade på Viktoriagården. Situationen före behandling. Sammanställningen är baserad på bedömning utförd i behandlingens initialskede och bygger på journaluppgifter kompletterade med uppgifter från behandlande personal.

Kliniska tecken på kontaktstörning hos barn över 18 månader (33 st)	Antal	%
Bristande samspel mor - barn	33	100
Bristfällig ögonkontakt	26	79
Undviker/avvisar/avviker i fysisk kontakt	24	73
Stereotypier/avvikande tonus eller motorik	18	55
Rytmbrist/störda åt- och sovanor	8	24
Affektlös/negativa affekter/mimikfattig	21	64
Språkstörning/ekolali/mutism	30	91
Föredrar saker framför människor	6	18
Söker ej tröst och uppmuntran	15	45
Leker inte med andra barn	20	61
Passiv/initiativlös/självförsjunken	16	48
Överaktiv/rastlös/ej målinriktad	13	39
Fixerad vid saker/sysselsättningar	15	45
Generellt sen utveckling	15	45

Drygt hälften av barnen hade varit på daghem innan de remitterades till Viktoriagården för behandling. Ofta var syftet med denna placering att kompensera barnen för psykosocial deprivation och omsorgsbrister. Ungefär hälften av alla barn i denna grupp bedömdes som passiva och initiativfattiga. Daghemsbarnen utgjorde i stort sett den hälften som hade högre grad av aktivitet. Dessa barn betraktades dock ofta som rastlösa och dåligt målinriktade. Daghemsbarnen skiljer sig däremot inte från övriga barn i kliniska tecken på kontakt- och relationsstörning.

SAMSPELSBEHANDLING AV KONTAKTSTÖRNINGAR

Begreppet kontaktstörning

Kontaktstörning är inte ett tillstånd eller ett syndrom utan ett brett deskriptivt begrepp. Det är ett symptom som ingår i olika utvecklingssyndrom med skilda

Kontaktstörningen är ofta svår att upptäcka under spädbarnsåret, då tecknen är subtila och ospecifika

etiologier. Kontaktstörningen är ofta svår att upptäcka under spädbarnsåret, då tecknen är subtila och ospecifika. Det är t ex svårt att identifiera kontaktstörning hos ett litet barn som drar sig undan i passivitet, sover mycket, har låg vakenhet, kräver lite och signalerar att det trivs bäst i sängen. Många forskare påtalar betydelsen av och svårigheterna med tidig upptäckt och även med att tidigt göra en säker differentialdiagnostik mellan olika syndrom där kontaktstörning ingår (Call 1992, Gillberg 1985). När man ska bedöma tidiga kontaktstörningar måste detta göras i relation till barnets ålder och med kunskap om normal kontaktutveckling. Kontaktförmåga är inte något statistiskt utan utvecklas och blir alltmer mångfasetterad och komplex med åldern. Kunskap om spädbarnets kompetens samt relationsutveckling och avvikelser från denna är relativt ny och samlas under en tvärvetenskaplig disciplin, spädbarnspsykiatri (se t ex Osofsky 1987 för en översikt över området). Nya rön därifrån har förändrat synen på spädbarnet som passivt, reflexstyrt och avslutat i sin egen värld till aktivt, socialt kompetent och en medskapare av sina relationer från början.

Vi vet idag att spädbarnet har en rad medfödda förmågor för att bygga upp och vidmakthålla kontakt (Shaffer 1977). Hela sensoriet är färdigt att tas i bruk vid födelsen och barnet har även en förmåga att kombinera sinnesmodaliteter och därigenom uppleva sin omvärld som en helhet (Bower 1981). Det söker spontant ögonkontakt och föredrar det mänskliga ansiktet framför annan stimulans (Aslin 1987). Redan under den första månaden kan barnet skilja ut sina föräldrar från andra med hjälp av lukt, hörsel, känsel och t o m syn (DeCasper & Fifer 1980, MacFarlane 1975, Yarrow 1967). En förmåga till dialog och turtagning finns och aktiveras om barnet blir mött och bekräftat i kontakt (Stern 1977, 1985, Shaffer 1977). Även hos föräldrar finns en inneboende men oftast omedveten förmåga att uppmärksamma och svara på det späda barnets kommunikation. Denna förmåga utlöses i kontakten med barnet (Papousek & Papousek 1987). Detta ömsesidiga system för att säkra kontakt i den tidiga föräldra-barnrelationen är ett skydd för barnet. Anknytningen till barnet byggs upp redan under graviditeten genom den

intrauterina kontakten och genom att föräldrarna i sitt inre föreställer sig barnet (Davis & Wallbridge 1981). Denna tidiga ömsesidiga kontakt är emellertid inte resistent för störningar, oavsett om dessa utgår primärt från barnet eller från föräldern. Oberoende av störningens ursprung så påverkas snabbt hela systemet för samspel, vilket i sin tur påverkar barnets sociala utveckling och föräldrarnas kompetens och självtillit (Sameroff & Emde 1989). Vid bedömning och diagnostisering av tidiga relationsstörningar saknas kategorier som innefattar det interaktiva perspektivet. De diagnostiska kategorier som finns för spädbarnsperioden inbegriper inte utvecklingsstadier eller föräldra-barnrelationens reglerande funktion. De kliniker som arbetar på att utveckla diagnoser som just betonar växelverkan i utvecklingen av relationsproblematik för att föras in i DSM III-R menar att beteendestörningar hos barn före tre års ålder, vilka saknar organisk grund, ska betraktas som relationsstörningar (Anders 1989).

Enligt vårt synsätt måste det späda barnets kontaktförmåga bedömas i samspel mellan föräldrar och barn. Det späda barnets tecken på kontaktstörning är så subtila och ospecifika att de endast kan förstås genom de mönster de bildar och i ljuset av relationer. Kunskap om barns medfödda olikheter gör att man måste bedöma kontaktförmåga i relation till barnets grundläggande temperament. Aktiva och passiva spädbarn reagerar olika på brister i sin relationsmiljö. Kontaktstörning kan starta genom brister i föräldrarnas kontaktförmåga eller emotionella tillgänglighet, t ex på grund av psykiska störningar eller depression. Den kan också utgå från kontaktbrister hos barnet orsakade av t ex hörselskada, utvecklingsstörning, sensorisk överkänslighet på grund av prematuritet, sjukdom och perceptuell omognad och obalans. Kontaktstörning kan också senare visa sig ingå som en del av ett utvecklingsyndrom, t ex infantil autism. Tidsfaktorn är central och de flesta forskare betonar liksom vi vikten av tidig upptäckt och tidigt insatt behandling, även om man har olika meningar om behandlingens art och inriktning. Känslan av att det är bråttom med att bryta kontaktavskärmningen delas således av många och har att

Enligt vårt synsätt måste det späda barnets kontaktförmåga bedömas i samspel mellan föräldrar och barn

göra med att barnets problematik blir svårare och mer manifest ju längre tiden går, om inget händer som förändrar förloppet (Call 1992, Gillberg 1990, Greenspan 1992).

Allmänt om samspelsbehandling

Behandlingsarbetet med de kontaktstörda barnen och deras föräldrar utgår från den modell för relationsbehandling som utvecklats på Viktoriagården. Grundidén är "att skapa förutsättningar för barnet att i ett levande samspel med modern uttrycka och utveckla sin kompetens och egen unika identitet" (Berg Brodén 1989:218). Detta innebär intervention på olika nivåer: individ-, samspels-, familje- och nätverksnivå. Interventioner vid tidiga relationsstörningar riktar sig främst mot samspelet. Samspelsbehandling innebär att etablera, förstärka, utveckla eller reparera barnets relation med sina nära. Syftet är att en spontan, positiv och stabil kommunikation upprättas. För att bredda den gemensamma repertoaren i kontakten föräldrar-barn arbetar man främst med den direkta kontakten och med att bygga upp symboliska strukturer, dvs att göra barnet verkligt för och internaliserat i modern. Samspelsarbetet fokuseras på att skapa, hålla kvar och bekräfta kontakten mellan mor och barn i samma stund som den inträffar. Här används de många små vardagliga händelser som uppstår i samvaron mellan mor och barn. Att intervensera i direkt anslutning till pågående samspel när brister eller konflikter manifesteras är själva utgångspunkten för samspelsbehandlingen. Lika viktigt är att bekräfta välfungerande kommunikation liksom att uppmärksamma anknytningsbeteenden. Detta kan beskrivas som ett filigransarbete på mikronivå. Det rör sig om ett arbete i små subtila interaktionssekvenser på olika nivåer vilka i sig inrymmer mönster av hur helheten fungerar. Att arbeta i dessa sekvenser inverkar således på relationen i sin helhet.

Modifiering av behandlingsmodellen vid arbete med uttalade kontaktstörningar hos späda och små barn

Vid behandlingsarbete med just kontaktstörda barn och deras familjer görs modifieringar i modellen och

samspelsbehandlingen prioriteras starkt. Nära relationer är en central faktor i barnets motivation till utveckling på alla plan. En starkt utvecklingsbefrämjande åtgärd är att tidigt sätta in samspelsbehandling oberoende av orsakerna till kontaktstörningen. Det är en intervention som kan ges parallellt med andra former av träning och utredning. Här ansluter vi oss till tankar som förs fram av Greenspan (1992) som forskar kliniskt om små barn med utvecklingsproblematik. Han menar att det är angeläget att behandling inte enbart fokuserar på träning och modifiering av beteende. Man riskerar då att missa grundläggande milstolpar i barns relationsutveckling, något som i sig är en förutsättning för fortsatt normalutveckling. Greenspan betonar att tvåvägskommunikation är grundläggande för all inläring och social utveckling samt utgör basen för hur barn lär sig om sin omvärld, om sig själva, vem de är, om impulskontroll och hur man förstår andras intentioner. Denna process är det enda sättet för barnet att få feedback på sitt beteende, på sina känslor och sina tankar. För att utveckla inlevelseförmåga samt positiva förväntningar på andra behöver barnet en tillitsfull relation till en vuxen. Saknas detta kommer barnet inte förstå att dess eget beteende har konsekvenser för andra. Barnet riskerar att bli ofokuserat och utan målinriktning i sitt beteende. Utan dialog med andra människor byggs således barnets inre värld inte upp utan förblir tom och fragmentariserad. Utan tillgång till en inre värld har barnet inget att kommunicera utifrån.

Det är nödvändigt att skapa förutsättningar och öppningar för kontakt i arbete med barn med kontaktstörningar. Utgångspunkt för behandlingen på Viktoriagården är den kartläggning som gjorts av familjesystemets dynamik, föräldrarnas inre föreställningar om sitt barn, av mönstret i föräldra-barninteraktionen och av barnets kontaktkanaler och senso-motoriska kompetens och mognad. Eftersom själva problematiken just består av brist på sociala initiativ och svarsreaktioner finns det oftast inte mycket att bygga på i den spontana samvaron mellan mor och barn. I behandlingen får man därför iscensätta situationer som kan vara gynnsamma för möten och skapa kontakttillfällen varhelst och närhelst det är möjligt. Man börjar med de kontaktkanaler

Utan tillgång till en inre värld har barnet inget att kommunicera utifrån

Det gäller att avlasta den skuld som de flesta föräldrar bär på

som är mest tillgängliga för barnet och bygger sedan på med att stödja modern i försöken att öka barnets tolerans för kontakt i alla avseenden, t ex kroppskontakt, blickkontakt, affekt, tal och ljud. Ögonkontakten är central att etablera då den är den främsta "styrkoden" i relationen både vad beträffar närkontakt och distanskontakt mellan föräldrar och barn. Lyckas man i detta ökas förutsättningarna för att andra dimensioner i kontakten följer.

Eftersom ömsesidighet saknas i dessa relationer är det till en början föräldern som får stå för initiativet, vilket känslomässigt är mycket krävande. Barnets avskärmning upplevs av föräldern som en avvisning. Här krävs ett intensivt stöd från behandlarens sida för att hjälpa föräldern att orka initiera och ge kontakt utan att till en början få något tillbaka. Vidare behöver föräldern ofta stöd för att öppna sig och göra sig emotionellt tillgänglig för kontakt med barnet. Behandlarens intensiva närvaro är nödvändig för att samspelet ska initieras, vidmakthållas och utvidgas.

Föräldrarnas kontaktbeteende behöver ofta intensifieras och den känslomässiga temperaturen ökas för att vitalisera barnet. Den emotionella närvaron är viktig, då detta arbete inte kan göras på ett tekniskt eller mekaniskt sätt. Barnet måste väckas eller lockas till engagemang med en större uthållighet och tålamod än normalt därför att barn som känslomässigt skärmat av ofta reagerar negativt och med olust på kontaktförsök. Det är angeläget att hjälpa föräldrarna att förstå dessa reaktioner och skapa empati för barnets behov av att skydda sig men att ändå inte ge upp. Om vi inte finner några naturliga vägar för kontaktskapande struktureras situationer där barnet tvingas in i kontakt och där det hindras från att fly ur situationen. Behandlarens uppgift är att uppmärksamma barnets ofta fördröjda och otydliga svar och uppmuntra föräldrarna att ge starka och tydliga svar tillbaka och därmed hjälpa barnet att hålla "tråden" i kontakten för att bygga upp en dialog. Det viktigaste är att det sker öppningar i kontakten snarare än *hur*.

Det terapeutiska förhållningssättet visavi föräldrarna innehåller vissa särskilda aspekter. Det gäller att avlasta den skuld som de flesta föräldrar bär på. Känslan

av misslyckande är dessutom ett hinder i kontakten med barnet. Att bekräfta smärtan som barnets avvisning ger och att ingjuta mod hos föräldern att vara emotionellt tillgänglig är en central del. Kunskapsöverföring är här en viktig uppgift. Man behöver noga och öppet gå igenom och informera om det specifika med barnet, om avvikelser, om möjliga förklaringsgrunder och om utvecklingen framöver. I detta sammanhang är det angeläget att samverka med andra institutioner och personer som är engagerade i utredning och behandling av barnet.

BEHANDLINGRESULTAT

Den ovan beskrivna behandlingsmetodiken har således tillämpats i behandling av den grupp barn som beskrivits i den aktuella studien. Efter avslutad behandling har en klinisk bedömning av barnets kontaktförmåga gjorts. Den har grundats på dagliga observationer av barnets kontakt- och samspelsförmåga med föräldrarna, andra vuxna och barn. Resultatet av behandlingen har grupperats i fyra kategorier (Tabell 4).

Tabell 4. Resultat av samspelsbehandling av barn med kliniska tecken på kontaktstörning. Behandlingen utförd vid Viktoriagården. a. Barn 0-18 månader. b. Barn 18 månader-7 år. Utvärdering av barnens kontaktförmåga efter avslutad behandling. Bedömning och gruppering bygger på journaluppgifter kompletterade med uppgifter från behandlande personal.

Behandlingsresultat	Antal	%
a. 0 - 18 månader (35 barn)		
Försämrad kontaktförmåga	0	0
Oförändrad kontaktförmåga	2	6
Förbättrad kontaktförmåga	4	11
Fungerande kontaktförmåga	29	83
	35	100
b. Över 18 månader (33 barn)		
Försämrad kontaktförmåga	0	0
Oförändrad kontaktförmåga	9	27
Förbättrad kontaktförmåga	12	36
Fungerande kontaktförmåga	12	36
	33	100

Några familjer har avbrutit behandlingen i förtid, vilket begränsar möjligheten att jämföra enskilda behand-

lingsresultat. Trots detta visar utfallet på samspelsbehandlingen stora potential vid framför allt behandling av spädbarn.

Utfall av samspelsbehandling: 0-18 månader

För 29 av barnen (83%) i denna grupp har behandlingen resulterat i en spontan kontaktutveckling (vilket oftast också innebär ett fungerande samspel mellan mor och barn). Ytterligare ett barn har påbörjat en positiv utveckling men är fortfarande kvar i behandling, varför det är för tidigt att konstatera varaktig förbättring. De fem barn som inte kunnat hjälpas till en god kontaktutveckling har alla kvarstående störningar av allvarlig art. Fyra barn har konstaterad utvecklingsstörning, medan ett utreds på BUP på grund av psykotiska drag. Även för några av dessa barn har behandlingen dock medfört viss förbättring (Tabell 4a). Resultatet visar att intensiv samspelsbehandling kan påverka även allvarliga kontaktstörningar i positiv riktning under förutsättning att den sätts in tidigt.

Utfall av samspelsbehandling: över 18 månader

Efter avslutad behandling har 12 av barnen (36%) i denna grupp bedömts ha en fungerande förmåga att initiera och ta emot kontakt. För ytterligare 12 av barnen har behandlingen lett till förbättringar i varierande grad, men inte till någon normalisering av kontaktförmågan. För nio barn kvarstår kontaktstörningen, i två fall i kombination med avbruten behandling (Tabell 4b). De 21 barn (64%) vilkas kontaktförmåga inte blivit välfungerande har alla svårigheter som resulterat

Tabell 5. Diagnos för de 21 barn ur gruppen 18 månader-7 år (33 barn) vars kontaktförmåga inte normaliserats efter samspelsbehandling vid Viktoriagården. Källa: BUP-journaler och uppföljning efter avslutad behandling.

Diagnos	Antal	% *
Autism	5	15
Utvecklingsstörning	5	15
FAS (fetalt alkoholsyndrom)	1	3
Grav språkstörning	6	18
Hörselskada	1	3
Emotionell störning (barnpsykoterapi)	1	3
MBD	1	3
C S (causa socialis, grav deprivation)	1	3
	21	64

*av hela gruppen

i en speciell diagnos (Tabell 5).

För dessa barn har behandlingen ändå medfört att föräldrarna fått ökade kunskaper om sitt barns specifika svårigheter. Detta har lett till en mer autentisk bild av barnen och därmed ökad motivation att skapa kontakt. Samtliga de 12 barn, vilkas kontaktförmåga förbättrats, har utvecklat bättre ögonkontakt, större tolerans för kroppskontakt och ökad lust att kommunicera. Graden av ömsesidighet mellan barn och föräldrar har ökat, medan oförmågan att leka med andra barn ofta kvarstått efter avslutad behandling. De barn vilkas beteende karakteriserats av fixeringar och stereotypier (Tabell 3) återfinns bland barnen med autism eller utvecklingsstörning (Tabell 5). Dessa beteenden kunde bara i enstaka fall påverkas nämnvärt genom behandlingen. För de barn som inte har någon skada eller något handikapp har flertalet kunnat utveckla spontanitet i kontakt med föräldern.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Den dominerande föreställningen i Sverige, när det gäller tidiga kontaktstörningar, är att behandlingsplanering måste föregås av en noggrann diagnos av barnet (Gillberg 1990). Den behandling som sätts in är vidare ofta inriktad mot barnet och dess symptom och mer sällan mot barnet i samspel med föräldrarna. Behandlingsresultaten från arbetet på Viktoriagården som redovisats i denna artikel visar emellertid att goda behandlingseffekter uppnåtts när interventioner påbörjats i spädbarnsåldern, ofta före - ibland samtidigt med - formell diagnostik. Vidare har samspelsbehandling visat sig mera verksamt än enbart behandling av barnen själva och deras symptom.

En förklaring till detta kan vara att modern är det späda barnets "center of orientation" och att det är i relation med henne som barnet utvecklar sina medfödda redskap, sin motivation till inlärning och sitt intresse att upptäcka världen. Lusten att lära och utvecklas grundas således i en fungerande relation. Utan en sådan blir behandlingsinsatser i form av stimulans och träning enbart på beteendepланet något som kan påverka barnets aktivitet men däremot inte nödvändigtvis

Samspelsbehandling har visat sig mera verksamt än enbart behandling av barnen själva och deras symptom

kontaktstörningen i sig. Vi har också kunnat se hur barnets grundläggande kontaktmönster såväl som samspelelmönstret mellan barn och föräldrar utvecklas under samspelelsbehandlingen. Hos barnen har ögonkontakten ökat, liksom toleransen för kroppskontakt. Barnen har också blivit mer vitala och fått större förmåga att moderera sin kroppstonus. Samspelet mellan barn och föräldrar har blivit mer ömsesidigt, och barnen har både initierat och visat förväntan på kontakt. Den ökade lusten att kommunicera innebär bl a en ökad användning av ljud och språk. Allt detta är redskap som barnet behöver för att kunna vidareutveckla sin kontaktförmåga.

Sammanfattningsvis är det vår uppfattning att kontaktstörningar inte är något som försvinner av sig själv med barnets mognad, utan snarare djupnar och blir alltmer resistent för förändring. Detta talar för att snabbt få igång ett behandlingsarbete riktat mot att skapa ett samspel mellan barnet och dess föräldrar. Våra erfarenheter pekar också på, att även om barnets utveckling i andra avseenden fallerar är det möjligt att påverka barnets förmåga att relatera till andra och forma beroende relationer. Eftersom man före behandling måste veta var i relationsutvecklingen brottet skett för att kunna intervensera på rätt nivå krävs en analys av barnets interaktion med sina föräldrar. Detta resonemang leder fram till att vi argumenterar för betydelsen av en interaktionell diagnos av relationsutvecklingen parallellt med en symptomdiagnos vid tidiga kontaktstörningar.

REFERENSER

- Anders T F (1989): "Clinical Syndromes, Relationship Disturbances, and Their Assessment." I Sameroff A.J. & R.N. Emde (red). Relationship Disturbances in Early Childhood. New York, NY: Basic Books.
- Aslin R N (1987): "Visual and Auditory Development in Infancy." I Osofsky J.D. (red). Handbook of Infant Development. Cichester Wiley.

- Berg Brodén M (1989): Mor och barn i ingenmansland. Intervention under spädbarnsperioden. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Berg Brodén M (1992): Psykoterapeutiska interventioner under spädbarnsperioden. Det empiriska underlaget för boken "Mor och barn i ingenmansland". Doktorsavhandling i Psykologi, Lunds universitet.
- Bower T G R (1981): Barnets tidiga utveckling. Lund: Liber.
- Call J (1992): "Early Signs of Autistic Behavior." Paper presented at WAIPAD 5th World Congress.
- Davis M, Wallbridge D (1981): Boundary and Space: An Introduction to the Work of D.W. Winnicott. Harmondsworth, Middlesex: Penguin.
- DeCasper A Y, Fifer W P (1980): "On Human Bonding: Newborns Prefer their Mothers' Voices." Science. 208.
- Gillberg C (1985): "Tidiga störningar hos barn - screening, diagnos och avgränsningsproblematik." Läkartidningen, 82, (1-2), sid 37-41.
- Gillberg C (1990a): "Allmänna behandlingsprinciper." I Gillberg C. & L. Hellberg (red). Barn- och ungdomspsykiatri. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gillberg C (1990b): "Infantile Autism: Diagnosis and Treatment." Acta Psychiatr Scand. 81, sid 209-215.
- Greenspan S I (1992): Infancy and Early Childhood. New York, NY: International Universities Press.
- MacFarlane J (1975): "Olfaction in the Development of Social Preferences in the Human Neonate." I Hofer J.M. (red). Parent Infant Interaction. Amsterdam: Elsevier.
- Osofsky J D (red) (1987): Handbook of Infant Development. New York, NY: Wiley.
- Papousek H, Papousek M (1987): "Intuitive Parenting: A Dialectic Counterpart to the Infant's Integrative Competence." I Osofsky J.D. (red). Handbook of Infant Development. New York, NY: Wiley.
- Sameroff A J, Emde R N (red) (1989): Relationship Disturbances in Early Childhood. New York, NY: Basic Books.
- Shaffer H R (1977): "Early Interactive Development." I Shaffer H.R. (red). Studies in Mother-Infant Interaction. London: Academic Press.
- Stern D (1977): The First Relationship: Infant and Mother. London: Fontana/Open Books.
- Stern D (1985): The Interpersonal World of the Infant. New York, NY: Basic Books.
- Yarrow L J (1967): "The Development of Focused Relationship During Infancy." I Hellmuth J. (red). Exceptional Infant, Vol. 1. Special Child Publication.