

Bruk av kartleggingsverktøy og behandlingsmetoder ved foreldre barn sentre i Norge



En anbefaling fra Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse



Forord

Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse leverer med dette sin anbefaling om utredningsmetoder og behandlingsmetoder ved foreldre-barn sentre, på oppdrag fra Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet. Anbefalingene bygger på innspill fra et samlet fagmiljø, og ved en grundig intern prosess, som er beskrevet nærmere i innledningen. Det er viktig å merke seg at det er særlig tre forhold som avgjør om en metode er god: de psykometriske målegenskapene ved den enkelte metode, nivået på kompetansen og ferdighetene hos den enkelte fagutøver som benytter metoden og at metoden benyttes på målgruppen den er laget for. I dette inngår også en løpende lokal evaluering av arbeidet med å implementere de ulike metoder, slik det er nærmere beskrevet i sluttdelen av anbefalingene. Det er også viktig å bemerke at utviklingen på feltet går raskt, og at anbefalingene derfor bør revideres etter noe tid. Spesielt gjelder dette temaer som i dag er dårlig dekket på grunn av kunnskapsmangel, kanskje spesielt saker knyttet til vold og overgrep. Bemerk også at det foreløpig finnes lite kunnskap om metodenes bruk i saker knyttet til minoritetsproblematikk. En annen viktig presisering er at uavhengig av hvordan foreldre-barn sentrene organiseres, er det avgjørende at det finnes spesialisert kompetanse på utredning og behandling av små barn og deres foreldre.

Personer som har bidratt til rapporten:

Gro Vatne Brean, Kari Slinning, Nina Sanner, Astri Lindberg, Hilde Melsom, Heidi Jacobsen, Marit Bergum Hansen, Hanne Cecilie Braarud, Unni Tranaas Vannebo, Vibeke Moe, Rakel Greve, Ragnhild Onsøien og Filip Drozd

Anbefalte utrednings- og behandlingsmetoder ved foreldre-barn sentrene 2016

1. Introduksjon og bakgrunn for oppdraget

I tildelingsbrev fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2015 ble Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse (Spedbarnsnettverket) bedt om å utarbeide en anbefaling om utrednings- og behandlingsmetoder ved foreldre-barn sentre (FBS). Den foreliggende rapporten er drøftet og presentert tre ganger i møte både med direktoratet og med representanter for FBS. I tillegg har det vært en rekke interne møter og drøftinger i Spedbarnsnettverket.

Rapporten er ført i pennen av psykologspesialist Gro Vatne Brean, med bidrag fra tolv ansatte i Spedbarnsnettverket, både klinikere og forskere.

Kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene er Spedbarnsnettverkets kontinuerlige kvalitetsarbeid knyttet til de tilgjengelige metoder for utredning og behandling innen spedbarnsfeltet. Dette gjøres gjennom jevnlig litteratursøk i forskningsdatabaser for internasjonale og nasjonale tidsskrifter, oppdateringer på nettstedet PsykTestBarn.no, deltakelse på nasjonale og internasjonale konferanser, gjennom deltakelse i ulike forsker- og kliniker-nettverk, og gjennom egne kliniske og forskningsmessige utprøvinger av metoder som virker særlig relevante og lovende.

PsykTestBarn ble opprinnelig utviklet av Kunnskapssenteret på oppdrag fra Helsedirektoratet (Hdir) og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFdir), men driftes nå fra RBUP Øst og Sør. Der identifiseres og vurderes dokumentasjon av reliabilitet, validitet og normgrunnlag for alle tester som brukes av norske psykososiale tjenester. For videre utdyping av de metoder og søk som ligger til grunn for den kunnskapsmessige vurderingen av den enkelte metode, vises det til dette nettstedet og til våre egne hjemmesider hvor opplæring i en del metoder tilbys.

I tillegg bygger Spedbarnsnettverkets anbefalinger på vurderinger om metoden passer for målgruppen i FBS, metodens tilgjengelighet og ikke minst sentrenes mulighet for god implementering av metoden, det vil si gjennom tilgjengelig implementeringsstøtte, opplæring og veiledning.

1.1. Hva er foreldre-barn-sentre (FBS)?

Foreldre-barn-sentre er frivillige hjelpetiltak i døgninstitusjon for gravide, enslige foreldre og par med ett eller flere barn i ulik alder, hvor det er bekymring for barnets omsorgssituasjon. Det er foreldrene selv som ivaretar omsorgen for barnet under oppholdet.

Formålet er å gi det enkelte barn bedre utviklingsmuligheter gjennom styrking av gode og utviklingsstøttende foreldreferdigheter. Kartlegging av barnas fungering og utvikling inngår i dette arbeidet for at det enkelte barn skal få best mulig individuelt tilpasset utviklingsstøtte. I tillegg vurderes foreldrenes funksjonsnivå, samspill mellom foreldre og barn, tilknytning og foreldres endringspotensiale. Sentrene gir også tilbud om bo-trening, veiledning og opplæring i foreldrerollen.

1.2. Hva kjennetegner en god utrednings- og behandlingsmetode?

Det finnes svært mange metoder for utredning og behandling. Det gjør det utfordrende for FBS å vite hva man skal velge og ut fra hvilke kriterier. Ulike fagmiljøer har satset ulikt, trolig dels på grunn av den kompetansen og faglige profilen som til enhver tid befinner seg i faggruppen i det enkelte FBS. Men også tilgang på opplæringstilbud, økonomi- og personalressurser antas å bidra til ulikheter i praksisfeltet. Selv om en kartleggings- eller utredningsmetode vurderes å ha gode psykometriske egenskaper (høy validitet og reliabilitet), eller en behandlingsmetode har dokumentert effekt, er vår erfaring at ingen metode er bedre enn den kliniker som bruker metoden. En samlet vurdering må derfor baseres på grunnlag av en rekke egenskaper ved metoden, samt av form og innhold på opplæringen og eventuelt senere oppfølging som kan tilbys i metoden. I denne vurderingen inngår også den enkelte fagpersonens grunnkompetanse i utredning og/eller behandling, og hvordan tjenestestedet som helhet velger å satse på metoden. Et annet avgjørende spørsmål er om den valgte metoden også passer familiens problematikk.

Kunnskapen om tidlig utvikling og om sped- og småbarns psykiske helse utgjør et komplekst fagfelt som innlemmer mange ulike fagdisipliner. Det krever derfor spesialisert kompetanse for både å kunne vurdere spedbarnets utviklingsstatus, utviklingshemmende og utviklingsfremmende aspekter ved relasjonen mellom barnet og dets omsorgsgiver, sentrale faktorer ved foreldres psykiske fungering samt andre faktorer som kan påvirke omsorgsmiljøet rundt barnet. Bare ved å ta hensyn til alt dette kan man få nødvendig og tilstrekkelig informasjon til å kunne identifisere tidlig risiko, sentrale beskyttelsesfaktorer og iverksette effektive tiltak på flere områder samtidig for å forhindre at symptomer hos barnet og/eller samspillsvansker mellom foreldre og barn utvikler seg til omfattende og varige problemer.

2. Faglig begrunnelse for betydningen av tidlige omsorgserfaringer

Den tidlige fysiske og psykiske omsorgskvaliteten, og spesielt kvaliteten på samspillet mellom omsorgsgiver og spedbarn, har stor betydning for barnets videre utvikling. Spedbarnets utvikling skjer i tett og gjensidig samspill med de nære omsorgspersonene. Spedbarn er avhengige av at omsorgspersonene er sensitive og tilpasser sin omsorg etter barnets individuelle ressurser og den tilstand det befinner seg til enhver tid. Omfanget og kvaliteten på fysisk nærhet og kroppslig berøring, sosial stimulering og den tilstands- og emosjonsregulering som skjer i samspillet med de nære omsorgspersonene, er avgjørende for barnets videre hjerneutvikling. Dette gjenspeiles i den motoriske, kognitive, språklige og sosioemosjonelle utviklingen til barnet. Miljøpåvirkning både i fosterlivet og i sped- og småbarnsårene har betydning for utviklingen av hjernen, og setter biologiske spor.

De aller fleste barn får god nok omsorg av sine foreldre. Foreldrene er naturlig orientert mot spedbarnet og responderer stadig mer adekvat på barnets behov etter hvert som barn og foreldre blir mer kjent med hverandre. For spedbarnet oppleves det at foreldrene evner å tone seg inn og forstå barnets indre emosjonelle tilstand (Nelson, Parker & Siegel, 2014). Det ligger i menneskeartens natur å intuitivt respondere med spedbarnstilpasset atferd når man forholder seg til et lite barn. Nyere forskning viser også at både nybakte mødre og fedre får hjelp av hormonsystemet i hjernen til å være ekstra sensitive overfor barnets signaler. Det er særlig utskillelse av hormonet oxytocin som har vist seg å spille en vesentlig rolle for sensitiv omsorg (Feldman et al., 2010). Gjennom å bli møtt forutsigbart og empatisk på sine grunnleggende behov for stell, søvn, mat, kontakt, trøst og nærhet, utvikler barnet en følelse av å ”bli følt” og etterhvert å ”høre til”. Dette danner grunnlaget for utvikling av en trygg tilknytning hos barnet. Når denne sensitive, spedbarnstilpassede omsorgen ikke skjer intuitivt og på en forutsigbar måte, er barnets utvikling i fare.

Allerede i fosterlivet påvirkes barnet av hva moren spiser og drikker, men også av den generelle tilstanden hun befinner seg i gjennom graviditeten. Slike påvirkninger kan være både positive og negative for barnets utvikling. På den negative siden kan det være snakk om toksiske miljøpåvirkninger så som miljøgifter eller inntak av alkohol, andre rusmidler eller medikamenter. Fosterets sanseorganer utvikles betydelig i siste del av svangerskapet, slik at det er i stand til å registrere lyd, lukt, smak, visuelle stimuli og berøring. Det er påvist at nyfødte kan kjenne igjen og vise preferanse for morens stemme, lukt og smak (De Casper et al 1994, Herper et al 2013).

Vi får også mer og mer kunnskap om betydningen av hjernens plastisitet. Det lille barnets hjerne er svært umoden, og tidlige påvirkninger preger på godt og vondt utviklingen. Hjernen utvikles og preges av erfaring, det vil si gjennom mengde og type stimulering, og av mangel på stimulering. Dette er særlig fremtredende i spedbarnsalderen. I et normalt utviklingsløp utsettes spedbarnets hjerne for god

nok, både kvalitativt og kvantitativt, stimulering gjennom den intuitive og dynamiske omsorg foreldre gir sitt barn. De vekselvis utsetter og skjerner barnet for stimuli tilpasset dets alder og utviklingsnivå. I et risikofylt utviklingsløp er denne naturlige intuitive omsorgen forstyrret, og barnets hjerneutvikling utsettes for en betydelig risiko. I dyrestudier er det vist kritiske utviklingsmessige «vinduer» for enkelte typer kompetanse, eksempelvis adekvat tolkning av syns- og hørselsinntrykk.

Etter at et slikt utviklingsmessig «vindu» lukker seg, kan denne kompetansen aldri læres fullgodt. Hos mennesker er det tilsynelatende mer komplisert enn hos de fleste andre arter. Likevel er det holdepunkter for at det også kan finnes utviklingsmessige «vinduer» hos mennesker, men det er sjeldnere snakk om kritiske faser, men heller sensitive perioder. Dette vet man ikke nok om i dag. Uansett understreker denne type kunnskap betydningen av de tidlige omsorgserfaringer.

Omsorgsgivere som sliter med rus og/ eller psykisk sykdom eller har store livsbelastninger uten god sosial støtte, strever ofte med å gi god og adekvat omsorg slik barnet trenger. De kan ha store utfordringer med å dekke barnets mest grunnleggende behov, som mat, rene bleier og klær og en forutsigbar struktur. De kan også streve med å se, tolke og møte barnets emosjonelle og sosiale behov slik det stadig skifter hos små barn. Både gjennom klinikk og forskning har man sett at omsorgsgivere med store tilleggsbelastninger har svakere evne til å sette seg inn i barnets behov, og er mindre emosjonelt tilgjengelige, sammenlignet med omsorgsgivere uten store belastninger (Fonagy 1997, Van Doesum 2008). Barn av foreldre med store belastninger som er av mer varig karakter, er i stor risiko for skjevutvikling. Det er dog viktig å fremheve at i hvilken grad barna påvirkes av forelderens belastninger avhenger av en rekke medierende og modererende faktorer. Blant disse er den generelle omsorgskvaliteten foreldrene tilbyr, grad av sosial støtte samt varigheten og alvorlighetsgraden av belastningen. Her, som så ofte ellers, gjelder at tilstedeværelsen av en risikofaktor kan balanseres av andre, beskyttende faktorer. Det at hjelpeapparatet har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å identifisere gravide, sped- og småbarn i risiko, kan være avgjørende for å gi barnet riktig og god hjelp tidsnok.

Forekomsten av psykiske vansker og forstyrrelser er like høy i sped- og småbarnsalder som hos større barn (Skovgaard et al 2007, Wichstrøm et al 2012), men symptomene er ulike på ulike alderstrinn. Det lille barnet har på grunn av sin umodenhet ikke differensierte måter å vise symptomer på. Det kan derfor være utfordrende å forstå hva barnet strever med. Tilbaketreking, manglende respons og kontakt, sutring, utrøstelig gråt, lite glede og mangel på gjensidig kommunikasjon, er signaler på at barnet har det vanskelig. Men signalene sier i seg selv ikke noe om årsak.

Uten spesifikk kunnskap om utviklingspsykologi, og om risiko- og beskyttelsesfaktorer for sped- og småbarns psykiske helse, er det vanskelig å oppdage tegn på mistilpasning, skjevutvikling, mangelfulle omsorgsbetingelser og omsorgssvikt. For å forstå de minste barnas symptomer må man

både se hvilken tilstand barnet er, og ta høyde for den kontinuerlige utviklings- og endringsprosessen som skjer med barnet og i relasjonen mellom barnet og de primære omsorgsgivere over tid.

For de aller minste barna går veien for hjelpeapparatet til å bli kjent gjennom omsorgsgiverne. Zeanah (2000) påpeker at godt samarbeid med omsorgsgiver øker kvaliteten på den kunnskapen man får om barnet. Dette gir bedre og riktigere informasjon. Det å lage et klima der både omsorgsgiver og barnet kan kjenne seg trygge er viktig. Dette er viktig i all utredning av sped og småbarn, men utfordres enda mer i foreldre-barn institusjon, der foreldrene naturlig nok ofte føler seg svært utrygge.

En utredning av det lille barnet forutsetter anamnese, kliniske observasjoner av barnet selv, av relasjonen mellom barn og omsorgsgiver(e) og av samspillet, både på forskjellige tidspunkt og i forskjellige situasjoner (for eksempel mating og lek). Dette vil, sammen med strukturerte intervjuer og samspillsobservasjoner med familien, legge grunnlaget for en god vurdering. Videre må man få tak i barnets utviklingsmessige styrker, funksjonelle kapasitet og kompetanse, temperament og kognitive fungering, og dernest se om dette fremmer eller hemmer utviklingen (Finello 2005). Dette innebærer blant annet å beskrive beskyttelses- og risikofaktorer, samt vurdering av barnets evne til å bearbeide sansemessige stimuli. Man må også ta høyde for den kulturelle konteksten barnet og foreldrene lever i.

3. DC 0-3R (0-5 fra høst 2016)

For å kunne gi god og fokusert hjelp til sped- og småbarn og deres familier må man, slik beskrevet over, kjenne til både barnets individuelle egenskaper og hvilke erfaringer det har hatt i samspillet med omsorgspersonene sine. Gjennom observasjoner, kartleggingsverktøy og sjekklister, samt grunnleggende kunnskap om utviklingspsykologi, samspill og tilknytning, er det mulig å kartlegge dette til en viss grad.

Diagnosics Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood-Revised (DC 0-3R, ZERO TO THREE 2005) er en diagnostisk manual for å kategorisere mental helse og utviklingsproblemer hos spedbarn og små barn. DC 0-3R skal komplettere, men ikke erstatte, diagnosesystemene DSM-V og ICD-10. Revidert utgave forventes å komme desember 2016, og vil da gå opp til seks års alder. Systemet er bygget over fem ulike akser som hver for seg tar for seg en viktig del av barnets utvikling. Aksene kan sees som spiler i en paraply, der trekket over aksene er barnet som et hele. Systemet er en hjelp til å beskrive og organisere observasjoner, og tar høyde for kompleksiteten ved småbarns utvikling og utviklingsforstyrrelser.

Akse I handler om kliniske forstyrrelser og fokuserer på det enkelte barns symptomer.

Akse II er en relasjonsklassifisering og gir en vurdering av kvaliteten på relasjonen mellom barnet og hver av de primære omsorgsgiverne.

Akse III er en oversikt over medisinske og utviklingsrelaterte forstyrrelser og tilstander, på grunnlag av andre undersøkelser.

Akse IV gir en oversikt over psykososiale stressfaktorer som virker inn på barnets fungering.

Akse V viser barnets emosjonell og sosiale fungering i samspill med hver av omsorgsgiverne.

DC 0-3R er ikke en metode i seg selv, men et system som bidrar til oversikt og vektning. For å nyttiggjøre seg DC 0-3R må man benytte ulike utredningsverktøy, både på barnet, på omsorgsgiver og på samspillet. Det å bruke DC 0-3R i foreldre-barn tiltakene vil kunne hjelpe institusjonen til å kvalitetssikre utredningen. DC 0-3R systematiserer og gi en god profil over barnet og familien. Systematisk kartlegging og vurdering forenkler også samarbeidet og informasjonsutvekslingen mellom ulike etater, faggrupper og nivåer.

Opplæring i DC 0-3R kan gis til fagutdannede, men for å kunne diagnostisere akse 1 må man i Norge være psykolog eller lege. Opplæringen tar tre dager, samt veiledning over seks hele dager og avsluttes med en erfaringsdag.

4. Utredningsverktøy

Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse har valgt å dele anbefalingene både til utredning og behandling i to: En grunnpakke som alle institusjonene må ha, samt en utvidet spisskompetanse. Det er viktig å presisere at man ikke nødvendigvis må la være å benytte andre metoder som institusjonen allerede har tatt i bruk, men det er avgjørende å sikre at disse er gode nok, og at de brukes med hensikt.

Grunnpakken består av kunnskap om utviklingspsykologi, kunnskap om tilknytningsteori, en god samspillsobservasjonsmetode, samt et verktøy for utviklingsvurdering og et refleksjonsverktøy. Det å systematisere den informasjonen man innhenter i meningsfull sammenheng, tolke den, og deretter planlegge tiltak er viktig. Som nevnt over er DC 0-3R et viktig hjelpemiddel i dette arbeidet.

Verktøy som inngår i grunnpakken er følgende: ADBB, ASQ/ ASQ SE, Crowell, MIM, WMC I (se beskrivelse av verktøyene i kapittel 4). Dette, satt i system gjennom DC 0-3R, gir et godt grunnlag for vurdering. Det finnes også mange gode og mer omfattende verktøy som vurderer samspill og tilknytning, så som Care Index, PC ERA, Fremmed rom (se beskrivelse av verktøyene i kapittel 5). Utfordringen er at dette er verktøy som krever omfattende sertifisering.

I tillegg må det i grunnpakken ligge kunnskap om sped og småbarnspsykologi, tilknytningsteori, psykopatologi og miljøarbeid. Metoder som NBO og COS, samt kunnskap om mentalisering og endringsarbeid, og ikke minst traumeforståelse er avgjørende både for utredningen og behandlingen.

I spisskompetansepakken bør det legges til rette for at ansatte på den enkelte institusjon får opplæring, og/eller at institusjonene organiserer et samarbeid med hverandre, slik at alle har tilgang på spisskompetanse.

I en utvidet behandlingspakke anbefaler vi blant annet COS familiemodell Virginia, Child Parent Psychotherapie (CPP) og Marte meo.

4.1. Grunnpakke

4.1.1. Generelle verktøy

Anamnese

For å få et helhetlig bilde av barnets ressurser og mulige biomedisinske sårbarhet, er det vesentlig å foreta en god anamnese. Opplysninger om svangerskapets forløp, mulige medisinske komplikasjoner, mors psykiske helsetilstand, samt ernæring og rusmiddelmisbruk, fødselsforløp, og dernest barnets tilstand ved fødsel (fødejournal), og dets videre helsetilstand (helsestasjonskort) er forhold som det er helt vesentlig å kjenne til. Det kan være hensiktsmessig å utarbeide en generell mal for anamnesticke opplysninger til bruk i foreldre-barn sentrene. ICARE

(http://dmh.lacounty.gov/documents/cms1_046533.pdf) og Europ Asi kan inngå i dette (McLelland et. al 1980) Det er også mulig å lage en risikoindeks der man summerer antall områder på en sjekklister der barnet ikke har optimale forhold, jamfør forskningen om betydningen av flere enn tre belastninger (Sameroff, 1995, Feletti)

Miljøobservasjoner

Det lille barnet utvikler seg i tett samspill med sine omsorgspersoner. Avhengig av barnets alder vil barnets omsorgsmiljø spille en stor rolle på ulike måter. Det å vurdere hvordan omsorgspersonene tilrettelegger for barnet gjennom dagen er viktig. Det sier både noe om barnets evne til regulering, barnets tilpasning og ikke minst hvordan foreldrene strukturerer dagen, tilpasser seg barnets behov og legger egne behov til side. I tillegg er det viktig å avklare om foreldrene kan sikre barnet godt. Et viktig hjelpemiddel i dette er generelle miljøobservasjoner og døgneklokke.

4.1.2. Verktøy for utredning av barnet

For å kartlegge barnets fungering må man bruke observasjoner og sjekklister. Dersom barnet er i risiko for skjevutvikling må man også benytte standardiserte tester. Det er viktig å vurdere barnets evne til tilstandsregulering, emosjonell utvikling, lekeevne, kontaktevne samt kognitiv og motorisk utvikling.

Alarm Distress Baby Scale (ADBB)

Generelt: ADBB er godkjent av opphavsmennene.

<http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/adbb>

Innhold: Metoden brukes til å observere og vurdere grad av vedvarende sosial tilbaketrekking hos barn i alderen 2-24 måneder. Skalaene består av åtte delområder, og det tar 10-15 minutter å gjennomføre en vurdering.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: ADBB krever to dagers opplæring med påfølgende egenaktivitet i form av observasjoner av videoer av ulike barn. Man trener på å observere og vurdere grad av tilbaketrekkingssymptomer. Kandidatene må ha sett 20 filmer og skåret 75% av dem riktig etter en fastsatt fasit.

Ages and Stages Questionnaire (ASQ)

Generelt: Ages and Stages Questionnaire (ASQ) ble utviklet på 80-tallet i USA som et screeningsverktøy for å kartlegge utviklingsnivå hos sped- og småbarn (Squires, Bricker & Potter, 1997). Instrumentet ble oversatt til norsk og godkjent tilbakeoversatt i 2001-2002 og det har norske normer. <http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/asq>

Innhold: ASQ består av 19 ulike spørreskjemaer med 30 spørsmål totalt. Skjemaene kan fylles ut av foreldre eller andre med solid kjennskap til barnets aktuelle fungering. Det finnes spørreskjemaer for aldrene 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30, 33, 36, 42, 48, 54 og 60 måneders alder. Dette er et evidensbasert og anerkjent kartleggingsverktøy som vurderer barnets ferdigheter innen fem sentrale utviklingsområder med seks spørsmål for hver av områdene; kommunikasjon, grovmotorikk, finmotorikk, problemløsning og sosial fungering. Det kan benyttes som utgangspunkt for en utdypende samtale med foreldrene om barnets utvikling, og som et ledd i et lokalt forankret forebyggingsprogram ved enheten/avdelingen. På foreldre-barn sentre bør ASQ gjøres sammen med foreldrene for å sikre at oppgavene er forstått og for å unngå at foreldre fristes til å fremstille barnet som bedre fungerende enn det er. Verktøyet gir en god førstetrinns kartlegging av barnets ferdigheter

på det aktuelle tidspunktet og kan være et bidrag til å inkludere omsorgsgiver som en aktiv partner i vurdering, utforming og iverksetting av tiltak. Det vurderes nå å innføre en ny versjon av ASQ i Norge, med tilgjengelige skjemaer fra to måneders alder.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Opplæring i ASQ tar en dag. Det tilbys jevnlig vedlikeholdssamlinger.

Ages & Stages Questionnaire: Social and Emotional (ASQ:SE)

Generelt: ASQ:SE er et tillegg til ASQ og er et selvstendig screeningverktøy som fokuserer på barnets sosiale og emosjonelle kompetanse (Squires, Bricker & Twombly, 2003). I 2007 ble instrumentet oversatt. <http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/asqse>

Innhold: ASQ:SE er et skjema for kartlegging og en strukturert samtale om barnets sosiale og emosjonelle kompetanse. ASQ:SE består av åtte separate skjemaer som er beregnet på barn fra seks måneder til fem år. Det finnes spørreskjemaer for 6,12,18,24,30, 36,48 og 60 måneders alder. Gjennom bruk av ASQ:SE vil man kunne identifisere barn som trenger videre kartlegging og eventuell utredning. ASQ:SE er et supplement til kartleggingsverktøyet ASQ. Tre utviklingslinjer gjør kartleggingsinstrumenter som ASQ og ASQ-SE svært aktuelle; økt fokus på betydningen av tidlig intervensjon, ny kunnskap som indikerer at flere tilstander kan oppdages tidligere enn det gjøres i dag og at spesifikke tiltak for spesifikke tilstander er utviklet. Foreldrebaserte spørreskjema om barns utvikling kan være med på å endre synet på foreldre som passive mottakere av råd og hjelp fra eksperter innenfor helsevesenet, til å se dem som aktive partnere i både vurdering, utforming og iverksetting av tiltak. ASQ:SE kartlegger også foreldrenes generelle bekymring for barnet.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Opplæring i ASQ:SE tar en dag, og det tilbys jevnlig vedlikeholdsseminar.

Bayley scales of infant and toddler development (BAYLEY-III)

Generelt: Bayley Scales of Infant Development (BSID) er utviklet av Nancy Bayley i 1969. Den er revidert to ganger. Tredjeutgaven, BSID-III, er den som er vanligst å bruke i dag. Den norske utgaven av BSID-III er tilgjengelig fra Pearson Assessment and Information AB.

<http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/bayley>

Innhold: BSID måler kognitiv, språklig og motorisk utvikling, samt sosial og emosjonell tilpassingsadferd hos sped- og småbarn i alderen 1 til 42 måneder. BSID-III består av fem deltester som er sammenfattet til tre skalaer og tre spørreskjemaer, men bare de tre kjerneskalaene (kognitiv

skala, motorisk skala, og språklig skala) er inkludert i den norske utgaven. Det tar mellom 30 og 50 minutter å administrere testen, avhengig av barnets alder. Testen kartlegger barnets utvikling langs de tre skalaene kognisjon, motorikk (finmotorikk og grovmotorikk) og kommunikasjon (reseptiv og ekspressiv kommunikasjon). Testen gir også klinikerer mulighet til atferdsobservasjoner av barnet, og til dels også vurdering av samhandlingen mellom barnet og testleder, samt barnet og mor. De skalerte skårene går fra 1-19, normalområdet er fra 7-13. Disse regnes igjen om til indekspoeng hvor gjennomsnittet er 100, med normalområde fra 85 til 115.

Det er viktig å påpeke at denne typen tester for barn i denne aldersgruppen ikke kan predikere barnets senere utvikling. Testen gir kun informasjon om barnets fungering her og nå, og fanger opp hvorvidt barnet er i risiko for skjevutvikling. En skåre i normalområdet er med andre ord en beskyttende faktor med tanke på videre utvikling, men kan ikke forutsi videre utvikling. Bayley gir en betydelig grundigere utviklingsvurdering av barnet enn det ASQ gjør, men det er viktig å merke seg at ASQ bygger på elementer fra Bayley. Man kan derfor gjøre en førstetrinns vurdering av barnet med ASQ og deretter gå videre med Bayley i tilfeller der man ser behov for å få en mer grunnleggende innsikt i barnets fungering innenfor de sentrale utviklingsområdene.

Passer for: Psykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, lege, logoped.

Opplæring: Kurset går over tre dager. Det stilles ikke krav til at fagpersonell må gå på kurs for å kunne benytte Bayley. Erfaringsmessig anbefales dette likevel.

4.1.3. Samspillsobservasjoner

Å forstå et barns behov for utviklingsstøtte innebærer å både forstå de ytre og indre komponentene i relasjonen. Den ytre komponenten handler om det observerbare samspillet mellom foreldre og barn. Samspillsrelasjonen starter allerede ved fødselen og utvikler seg videre opp igjennom barndommen. Foreldresensitivitet i samspillet kan deles inn i synkronitet og nærende omsorg (Bernard, Mead & Dozier 2013). Det vil si graden av foreldrenes responsivitet på barnets initiativ. Det har vist seg at denne formen for sensitivitet tidlig i barnets liv har en sammenheng med barnets kapasitet til selvregulering i småbarnsalder (Feldman et al 1999). Den andre formen for sensitiv nærende omsorg handler om å respondere på barnets behov for trøst og omsorg i stressende situasjoner. Denne formen for sensitivitet i spedbarnsalder har vist seg å ha sammenheng med trygg tilknytning (Simons, Bernard & Dozier, ref. i Bernard et al 2013). Det finnes ulike metoder for observasjon av foreldre-barn samspill, se under.

Den indre komponenten handler blant annet om foreldrenes tanker og følelser om barnet. Foreldres kapasitet til å reflektere over barnets behov og eget forhold til barnet har betydning for utvikling av et sensitivt samspill. Å hjelpe foreldre til å utvikle evne til å reflektere over barnets behov, kan bidra til at foreldrene i større grad forstår barnets behov, spesielt i tilknytningsrelaterte utviklingstemaer. Foreldrenes tanker og følelser for barnet har vist seg å predikere barnets tilknytningsmønster ved 12 måneders alder, selv når disse arbeidsmodellene kartlegges før fødsel (Benoit, Parker & Zeanah 1997). Det finnes flere metoder å vurdere refleksjon med, men Working Model of the Child Interview (WMCI) (se kap 4.1.5.) er en sentral og anerkjent metode for dette formålet.

Crowell-metoden

Generelt: Crowell-metoden er utviklet av Crowell & Feldman (Crowell & Feldman, 1988).

Innhold: Crowell-metoden er en strukturert samspillsobservasjon som er egnet for barn i alderen ett til fem år. Metoden er delt inn i fem sekvenser; fri lek, opprydning, såpebobler, fire ulike oppgaver og atskillelse og gjenforening. Disse fem sekvensene er tenkt å gi et inntrykk av kvaliteten på relasjonen på ulike områder som krever ulik foreldrekompetanse, og som kan være overførbart til hjemmesituasjonen. Fri lek handler om å leke med et sett av leker slik barnet gjør hjemme, opprydning handler om å hjelpe barnet så mye som foreldereren tenker er nødvendig for å rydde opp, såpebobler handler om at foreldereren blåser og barnet stikker hull på boblene, fire oppgaver handler om at foreldereren identifiserer barnets behov for hjelp til å løse oppgavene og barnets evne til å be om hjelp. De to første oppgavene er lette for barnet å løse, de to siste vanskeligere. Hensikten med økt vanskegrad er å identifisere forelderens evne til å tilpasse hjelpen på en aldersadekvat måte og i forhold til hva barnet har behov for. Den siste sekvensen, atskillelse og gjenforening, har til hensikt å gi en indikasjon på barnets tilknytning til foreldereren. Det er spesielt kvaliteten på gjenforeningen som er viktig. Barnets behov for nærhet og trøst og forelderens evne til å sette ord på barnets behov og trøste slik at barnet igjen er klar for utforskning, er viktige faktorer i vurderingen av kvaliteten på denne delen av samspillet. Det finnes to ulike måter å vurdere samspillet på; en strukturert vurdering på en skala fra 1 til 7 og en mer klinisk vurdering utarbeidet av Zeanah og medarbeidere. Det er nå utarbeidet en forbedret skåringsmanual hvor skalaen er redusert til å være femdelt.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Opplæringen går over 2 dager.

Marschak Interaction Method; MIM

Generelt: MIM er utviklet av Marianne Marschalk i 1958, og deretter videreutviklet av Booth (2012).

Innhold: Dette er en videobasert, halvstrukturert metode som er tydelig forankret i tilknytningsteori. Metoden benytter seg av enkle oppgaver som er utviklet for å fremkalle forskjellige interaksjonsmønstre mellom barn og foreldre. Metoden kan brukes fra graviditet til ungdomsalder med utviklingstilpassede oppgavesett og tilrettelegging. MIM-observasjonene kan gi nyttig, klinisk relevant informasjon om ulike dimensjoner ved samspillet kvalitet og den aktuelle foreldre-barn relasjonen. MIM gir et godt grunnlag for forståelsen og vurderingen av styrker og svakheter hos barnet og forelderen hver for seg og relasjonen mellom dem. Denne forståelsen deles og utdypes i refleksive samtaler med foreldrene ved hjelp av videoklipp fra observasjonen. Metoden kan fungere som selvstendig observasjons- og intervensjonsverktøy, men kan også gi et godt grunnlag for videre samspillsbehandling sammen med andre behandlingsmetoder.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Opplæring i MIM tar fem dager.

4.1.4. Om psykometri i samspillsverktøyene

De samspillsverktøyene som er valgt i grunnpakken, og også i spisskompetansepakken, er alle vel etablert nasjonalt og internasjonalt. De benyttes både i klinikk og forskning, og har gjennomgående vist at de fanger opp spesifikke utfordringer i samspillet. De psykometriske kvalitetene er imidlertid variable, slik situasjonen er for en rekke verktøy innen barn og unge-feltet. Det er også derfor viktig å styrke den praksisnære forskningen.

4.1.5. Utredning av foreldrenes fungering

Siden de aller minste er helt avhengig av sine omsorgsgivere, er det viktig for utredningen å få en oversikt over disses fungering. Helt grunnleggende er det å få tak i foreldrenes evne til å mentalisere og reflektere over barnet. Et av de mest brukte verktøyene i dette er WMCI, som er beskrevet under. Andre reflekterende intervju kan også benyttes. Det kan også være viktig å utrede foreldrene ytterligere, avhengig av den kompetanse som finnes på institusjonene (se også spisskompetanse).

Working Model of the Child Interview

Generelt: WMCI er utviklet av Zeanah, Benoit & Barton (1986).

Innhold: Dette er et semistrukturert intervju utviklet for å klassifisere omsorgspersonens subjektive opplevelse og persepsjon av barnets individuelle karakteristikk. Intervjuet kartlegger forholdet til barnet, og hvordan relasjonen mellom omsorgspersonen og barnet kan være med på å påvirke barnets utvikling. Hvordan en omsorgsperson tenker og føler om barnet sitt kan ha betydelig innvirkning på omsorgsevne, samspillstil og relasjonen mellom den voksne og barnet. Omsorgspersoners evne til forståelse av barnet som et sårbart, avhengig og separat individ, er kjernen i god nok omsorgsutøvelse. Foreldres refleksive fungering er deres evne til å tenke om barnets sinn og forstå barnets signaler som ytringer av barnets indre liv, med tanker, følelser, behov og intensjoner, samt å oversette denne forståelsen til kontigente og empatiske handlinger. Det er omsorgspersonens indre kapasitet for refleksiv funksjon intervjuet søker å fange opp. Vurderingen av intervjuet kan gjøres på en formell måte på en fem-punkt skala, eller vurderes klinisk ut fra en sjekklister som er utarbeidet av Zeanah og medarbeidere.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Opplæring i WMCI går over to dager.

5. Spisskompetansepakke

I det følgende har vi laget en oversikt over verktøy egnet for spisskompetansepakken. Det finnes en lang rekke verktøy, både for å utdype den kunnskap man har innhentet gjennom grunnpakken, men også knyttet til mer spesifikke problemstillinger. I spisskompetansepakken er det instrumenter for å vurdere barnets utvikling, samspill, og foreldrenes fungering. Det siste fordi det kan være viktig å avklare foreldrenes kognitive fungering og å screene for psykiatriske vansker og depresjon. Det er viktig å ta høyde for at både administrering og ikke minst tolkning av noen av disse verktøyene krever både bred kompetanse og ikke minst mengdeerfaring. I stedet for at den enkelte institusjon behersker disse verktøyene, kan det være mer hensiktsmessig å etablere rutiner for samarbeid med BUP og habiliteringstjenesten når det gjelder barna, og DPS, habiliteringstjeneste eller andre når det gjelder de voksne.

<http://www.r-bup.no/pages/rbup-kartleggingsverktoy>.

5.1 Barnet

Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Fourth Edition

Generelt: WPPSI-IV er utviklet av David Wechsler, og en av de mest brukte testene for å vurdere barns kognitive utvikling. Ny og revidert 4. utgave er oversatt til norsk.

<http://www.pearsonassessment.no/produkter/utvikling-og-kognitive-evner/wppsi-iv.html>

Innhold: Gjennom ulike oppgaver vurderes barnets kognitive evner. Testen er tilpasset barn fra 2 til 7 år.

Passer for: For å benytte WPPSI-IV må man være psykolog eller pedagog med spesifikk spesialisert masterutdanning fra UIO.

Opplæring: Kurs i Wechsler tilbys med ulike mellomrom, over to dager. Det finnes ingen krav til å måtte delta på kurs dersom man er godkjent til å bruke den (se over).

16

CBCL

Generelt: CBCL inngår som én av tre tester i Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), utviklet av Achenbach og Rescorla, og senere av Zeanah, Benoit & Barton.

Innhold: CBCL skal besvares av omsorgspersonene til barn i alderen 1 ½ - 18 år for å kartlegge kompetanse- og problemområder. Kompetansedelen har to skalaer i CBCL 1 ½ - 5, og én totalskala fordelt på tre subskalaer i CBCL 6-18. Problemdelen har én totalskala som danner utgangspunkt for forskjellige subskalaer for syndromer eller klynger av problemområder. CBCL muliggjør derfor en bred kartlegging av barnets emosjonelle problemer og atferdsproblemer. CBCL fylles ut på mindre enn 30 minutter.

Passer for: Pedagog, psykolog eller lege, samt fagfolk med minst 3-årig høgskoleutdanning innen helse- og sosialfag.

Opplæring: Opplæringen tar en dag.

5.2. Samspill

Fremmedsituasjonen

Generelt: Fremmedsituasjonen er en observasjonsmetode som har til hensikt å kartlegge små barns tilknytningsatferd (Ainsworth et al 1978). Fremmedromsituasjonen gir inngående kunnskap om variasjonen i tilknytningsatferd innenfor de enkelte tilknytningsmønstrene. Bruk av metoden er krevende, og metoden må ikke brukes uten formelt kurs. Klassifisering av tilknytningsmønstre hos småbarn er svært vanskelig. Vi anbefaler derfor å i stedet beskrive barnets tilknytningsatferd, også

dersom metoden benyttes i rettslige utredninger. Grunnleggende kjennskap i fremmedsituasjonen gir god kunnskap om, og muligheter til å beskrive det enkelte barns tilknytningsatferd.

Innhold: Fremmedrom brukes for å forstå et barns uttrykk for behov for hjelp og omsorg i tilknytningsrelevante situasjoner. Dette er helt sentralt i arbeidet med barn og familier.

Fremmedsituasjonen er først og fremst utviklet for bruk i forskning, men har vist seg å være svært klinisk anvendbar.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Opplæring i fremmedrom tar 8 dager, etterfulgt av skåring av 20 filmer.

Atypical Maternal Behavior System for Assessment and Classification; AMBIANCE

Generelt: Metoden ble utviklet av Lyons-Ruth og medarbeidere i 1991 for å identifisere forstyrret affektiv kommunikasjon, noe som kan være relatert til utvikling av desorganisert tilknytning og senere skjevutvikling hos barnet.

Innhold: AMBIANCE er en observasjonsmetode med et kodesystem spesielt rettet mot å vurdere forstyrret affektiv kommunikasjon i foreldres samhandling med sitt barn.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Det er utviklet kurs over 2,5 dager. For sertifisering finnes en mer tidkrevende prosedyre.

Emotional Availability Scale (EA)

Generelt: EA er utviklet av Biringen (1998), og søker å kartlegge omsorgspersonenes følelsesmessige tilgjengelighet for barnet.

Innhold: Ved å ta utgangspunkt i et 30 minutters videoopptak i en strukturert samspillsituasjon vurderes omsorgsgivers sensitivitet og evne til å strukturere grad av påtrengenhets og vennlighet, samt barnets initiativ og responsivitet.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Det finnes ikke kurs i Norge for øyeblikket.

Care index

Generelt: Care Index er en av flere metoder innen Dynamic-Maturational Model (DMM) utviklet av Patricia M. Crittenden (Crittenden 1981).

Innhold: Care Index er en metode for analyse av samspill mellom spedbarn og foreldre. Care Index-analyser av samspill kan brukes for å uttrede samspill, som rettleider til intervensjoner og for å vurdere utkomme av behandlingstiltak. Samspillet mellom mor og omsorgsgiver filmes i 3-5 minutter, og skåres deretter på syv ulike elementer.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Opplæring i Care Index er minimum åtte kursdager.

http://familyrelationsinstitute.org/include/care_index.htm

Parent Child Relational Assesment (PCERA)

Generelt: Metoden er utviklet av Roseann Clark. Manualen ble utgitt første gang i 1985 og ble senest revidert i 2010 (Clark 1985, 2010).

Innhold: Dette er en undersøkelsesmetode for å beskrive og måle kvaliteten på affekt og adferd i foreldre-barn-samspill. Metoden består av 65 elementer basert på observasjoner av fem minutter lange filmopptak av spisesituasjon, en strukturert oppgave, fri lek og adskillelse/gjenforening.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Opplæringen tar fem dager.

5.3. Verktøy for utredning av foreldre

Parent Stress Index (PSI)

Generelt: PSI ble utviklet av Richard A. Abidin i 1995. Den norske oversettelsen er basert på den amerikanske tredjeutgaven. Man må ha lisens fra rettighetshaver PAR, Inc. i USA for å kjøpe og bruke PSI. <http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/psi>

Innhold: PSI er et spørreskjema som skal gi mål på stress i foreldre-barnrelasjonen. Sju skalaer for foreldreegenskaper og seks skalaer for barneegenskaper angir til sammen det totale stressnivået. I tillegg kommer en skala for livs-stress. Målgruppen er foreldre med inntil 12 år gamle barn. Spørreskjemaet tar 20-25 minutter å besvare.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Det kreves ingen opplæring.

Reflective function- RF.

Generelt: RF skalaen er utviklet av Peter Fonagy, og omhandler omsorgsgivers evne til å mentalisere rundt barnet og seg selv som omsorgsperson.

Innhold: RF- skalaen ble opprinnelig designet for å skåre reflekterende fungering på grunnlag av Adult Attachment Interview (AAI: George, Kaplan & Main 1984; 1988). Det ble senere tilpasset for bruk med Parent Development Interview (PDI) og graviditetsintervju (PI). Skalaen måler evnen til å reflektere over sin egen, så vel som andres mentale tilstander.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Det finnes i dag ikke opplæring i Skandinavia. Anna Freud National Centre for Children and Family tilbyr kurs. Opplæringen tar minimum tre dager. Noen foreldre-barn sentre har opplæring i denne metoden.

Wechsler Adult Intelligence Scale - Fourth edition; WAIS-IV

Generelt: WAIS-IV er utviklet av David Wechsler. Dette er den fjerde reviderte versjonen.

<http://www.pearsonassessment.no/produkter/utvikling-og-kognitive-evner/wais-iv.html>

Innhold: Denne klassiske Wechsler-skalaen brukes til å vurdere ungdommers og voksnes kognitive evner. Den kartlegger også arbeidsminne, prosesseringshastighet og ”fluid reasoning”.

Passer for: Kun psykologer.

Opplæring: Kurs er tilgjengelig i Norge. Det kreves dog ingen kurs for å benytte testen dersom man er psykolog.

Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju; M.I.N.I

Generelt: M.I.N.I. 6.0.0 er et screening-instrument utviklet for utredning av psykiske lidelser (i alt 16 moduler, inkludert suicidalitet) i henhold til diagnosesystemet DSM-IV. M.I.N.I. er utviklet av Sheehan, og Lecrubier.

<http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/m.i.n.i.mini-internasjonalt-nevropsykiatrisk-intervju>

Innhold: Mini er et semistrukturert intervju for å kartlegge psykiske vansker hos voksne.

Passer for: Kun psykologer og leger.

Opplæring: Det stilles ikke krav til at psykolog eller lege må gå egne kurs for å benytte SCL 90.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Generelt: EPDS ble utviklet i England og publisert i 1987 av John Cox og medarbeidere.

<http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/epds>

Innhold: EPDS måler depressive symptomer hos gravide- og barselkvinner og er et selvutfyllingsskjema med 10 spørsmål som besvares på ca 5 minutter. Det er viktig å påpeke at EPDS er selve skjemaet, mens vi anbefaler det brukt sammen med en umiddelbar samtale om kvinnen eller mannens psykiske helse, og eventuelt senere oppfølging gjennom støttesamtaler; Edinburgh-metoden.

Passer for: Helsepersonell som har gått kurs kan benytte EPDS og Edinburgh-metoden.

Opplæring: Opplæring tar en til fire dager etterfulgt av fast veiledning.

Symptom Checklist-90-R, SCL-90-R

Generelt: SCL 90 er utviklet av Leonard R. Derogatis.

<http://www.pearsonassessment.no/produkter/psykisk-symptombelastning/scl-90-r.html>

Innhold: SCL-90-R er en omfattende test for vurdering av psykiske plager og symptomer hos voksne. Testen er basert på individuell selvrapporing og tar mellom 12 og 15 minutter å fylle ut. Testen gir et bilde på testpersonens psykiske tilstand, som for eksempel tegn på depresjon, angst og somatiske plager. Den kan dermed gi en hurtig vurdering av psykiske plager eller av behandlingseffekter etter intervensjon.

SCL-90-R består av 90 testledd, hvor testpersonen selv graderer hvert testledd på en skala fra 0–4 når det gjelder i hvor høy grad vedkommende har opplevd forskjellige symptomer i løpet av den siste uken. Testen inneholder ni symptomskalaer som måler ni primære dimensjoner av symptomer: Somatisering, tvangssymptomer, interpersonlig sensitivitet, depresjon, angst, fiendtlighet, fobisk angst, paranoid tankegang og psykotisisme. De ni skalaene kan dessuten sammenfattes i tre globale indekser, som gir et samlet bilde på symptomenes omfang og intensitet.

Testen kan med fordel brukes som en del av en diagnostisk vurdering eller gi informasjon om hvilke psykiske plager en person eventuelt bør utredes nærmere for.

Passer for: Psykologer og leger.

Opplæring: Det stilles ikke krav til at psykolog eller lege må gå egne kurs for å benytte SCL 90.

6. Behandlingsmetode

Det å arbeide med å etablere en trygg relasjon med omsorgsgiver gjør en utredning av det lille barnet mer fyllestgjørende, og er en forutsetning for å kunne behandle det lille barnet og dets omsorgsgivere. Derfor er det også på institusjon viktig å vektlegge at barnets (og familiens) omsorgsmiljø er godt nok. Kunnskapsrike trygge fagfolk gjør dette mulig. Innenfor behandling finnes det et utall metoder å lære seg, og feltet er i kontinuerlig utvikling. I det følgende vil vi beskrive noen etablerte metoder, men aller først vektlegge det at grunnleggende miljøarbeid, og å skape et klima barn og omsorgsgivere kan utvikle seg i, er avgjørende.

Nasjonalt kompetansenettverk for sped og småbarns psykiske helse anbefaler også her en grunnpakke, og deretter en mulighet til spisskompetanse.

Både i utredning og behandlingsarbeidet er det avgjørende at det arbeides med å skape et godt utviklingsmiljø for barnet og dets foreldre. Det å legge til rette for en god allianse med foreldrene er viktig. Metoder som både vektlegger alliansebiten, men også en grunnleggende holdning, der barnets kapasitet fremmes er NBO og COS (se under).

Videre er det viktig å vektlegge grunnleggende miljøarbeid. Miljøterapi innebærer å bruke det daglige livet som klienten er del av som viktige elementer i det terapeutiske arbeidet. Deltagelse i reelle livssituasjoner for både bruker og terapeut er en sentral kraft og styrke i miljøterapien (Sundet, som ref i Olkowska og Landmark 2016). I foreldre-barn institusjoner finnes det uendelige muligheter til å arbeide i det reelle møtet mellom foreldre, barn og ansatt. Men dette krever både kunnskap og tilrettelegging for å se det som faktisk skjer. Det å arbeide for å skape endring inn i det reelle møtet kan være viktig. Stern (1985) vektlegger betydningen av det intersubjektive møtet (reelle møtet) som mulighet for endring og korrektiv emosjonell erfaring.

6.2. Spesifikke behandlingsmetoder i grunnpakken

NBO Newborn Behavioral Observation (NBO)

Generelt: NBO er en relasjonsbyggende metode som er velegnet for foreldre med spedbarn mellom 0 og 3 måneders alder. Sammen med foreldrene observeres spedbarnets atferd på en systematisk måte. Barnets sosiale natur løftes frem og man setter ord på barnets unike responsmønstre. Hensikten er å øke foreldres sensitivitet overfor spedbarnets mange signaler og reformulere disse til et

kommunikasjonsspråk; "Se, barnet snakker til deg". Det overordnede målet er å gi foreldre økt mestringfølelse og trygghet på at de kan lese og tolke sitt barns signaler.

Innhold: Gjennom undervisning og veiledning gir NBO hjelp til å strukturere og systematisere observasjonene. Det legges stor vekt på å tilrettelegge slik at man styrker relasjonen mellom foreldre og barn. Gjennom denne ressursorienterte og relasjonsbaserte tilnærmingen bygger man en positiv allianse med foreldrene. Dette er særlig viktig der familien trenger oppfølging og hjelp over tid.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet som arbeider til daglig med spedbarn mellom 0 og 3 måneder.

Opplæring: Opplæringen tar fem dager fordelt over ca. seks måneder. Opplæringen er for en stor del erfaringsbasert. Det forutsettes at deltagerne har god tilgang på spedbarn for å kunne praktisere læringsstoffet i denne opplæringsperioden. I tilfeller hvor det er få spedbarn der man jobber, kan man henvende seg til en lokal helsestasjon eller barselavdeling for å praktisere.

COS trygghetssirkelen

Generelt: Trygghetssirkelen er brukt over hele verden for å hjelpe foreldre å forstå hvordan barn kan bli tryggere, utvikle god selvregulering og sosial kompetanse. Trygghetssirkelen er basert på omfattende forskning innen tilknytning og ble utviklet i samarbeid mellom Robert S. Marvin ved The Ainsworth Attachment Clinic, University of Virginia og Burt Powell, Kent Hoffman og Glen Cooper ved Spokane.

Innhold: Circle of Security (COS), eller trygghetssirkelen på norsk, er en brukervennlig modell for å analysere og tolke barns atferd, følelser og behov for å kunne veilede foreldre i utviklingsstøttende omsorg. Modellen har som mål at barnet utvikler en trygg tilknytning til sine foreldre.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet, og er utviklet i ulike modeller, se nedenfor.

Circle of Security (COS) Virginia: Gruppemodellen

Innhold: COS gruppemodellen er en forebyggende behandlingsmodell som kan være til hjelp for familier med barn i mild til moderat risiko for å utvikle tilknytningsproblematikk.

Behandlingsprogrammet består av 12 gruppesamlinger med 4-10 foreldre/foreldrepar. Hver samling varer ca. 1,5- 2 timer. Opplæring i gruppemodellen innebærer også en sertifisering i koding av

fremmedromsituasjonen. Opplæringen er basert på en manual som beskriver hvert trinn i gruppebehandlingen.

Opplæring: Kurs med etterfølgende obligatorisk veiledning. Det tar ca 1,5 år bli ferdig utdannet gruppeleder i denne modellen.

COSP: en COS-modell utviklet av Powell, Cooper og Hoffman

Innhold: Dette er en psykoedukativ metode basert på åtte sesjoner innspilt på DVD. DVDen brukes i gruppe med foreldre, og som utgangspunkt for samtaler. Når familier har store utfordringer, vurderer vi at det å gjennomgå DVDen i seg selv ikke vil være tilstrekkelig. Et forskningsprosjekt fra Sverige (<https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/livsvillkor-levnadsvanor/barn-unga/stod-barn-familjer-missbruk/slutrapporter-2015>) viser gode resultater når det kombineres med andre former for tiltak. der den enkelte familie får dette som del av et mer omfattende terapeutisk opplegg tilpasset den enkelte families utfordringer.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innen sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Opplæringen tar fire dager.

6.3 Behandlingsmetoder/spisskompetanse

Circle of Security (COS) Virginia: Familiemodellen

Generelt: Se om COS gruppemodellen over.

Innhold: COS familiemodellen er en behandlingsmodell som egner seg både for biologiske foreldre, fosterforeldre og adoptivforeldre med barn som har utviklet eller er i risiko for å utvikle tilknytningsproblematikk. Det arbeides med enkeltfamilier over ca. 20 uker, men lengden kan variere noe ut fra alvorlighetsgrad i familiens problematikk. Klipp fra opptak av fremmedromsituasjonen med familien brukes i arbeidet.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Opplæring i familiemodellen innebærer også en sertifisering i koding av fremmedromsituasjonen Opplæringen er basert på en manual som beskriver hvert trinn i behandlingen av enkeltfamilier. Etter fem dagers kurs i tilknytningsforståelse og fem dagers kurs i bruk av manualen, er det obligatorisk veiledning. Til sammen tar utdannelsesløpet omtrent to år.

COS Intervention

Innhold: Slik som COS Virginia familiemodell er COS Intervention en variant av den terapeutiske modellen til Circle of Security. Dette er et behandlingsprogram for familier som trenger mer omfattende hjelp for å styrke relasjonen til barnet og barnets tilknytning. Gjennom psykoedukasjon, videopptak og refleksjon støttes foreldre og barn.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Kurs over ti dager, samt videre veiledning i 1,5 år.

24

Marte meo

Innhold: Det er en lang tradisjon for bruk av video tilbakegiving i FBS. De fleste har vært basert på Marte meo metoden (Aarts, 2008). Det sentrale har vært mikroanalyse av videofilmede samspillssekvenser basert på anerkjente prinsipper på utviklingsstøttende samspill. I forbindelse med behovet for evidensbasert forskning på effekten av video-feedback, er det utviklet en manual (Onsøien m.fl. 2009) og gjennomført en RCT (Høyvik, m.fl.2015). Studien viser tydelige forskjeller mellom intervensjonsgruppen og de som fikk ordinær oppfølging.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Det er to dagers innføring og individuell veiledning i gruppe over fire semestre.

Child Parent Psychotherapy; CPP

Generelt: CPP er en intervensjonsmodell for barn fra 0 til 5 år som har vært utsatt for ulike traumatiske hendelser, eller som har psykiske problemer, tilknytnings- eller atferdsproblemer. Metoden er utviklet av Lieberman, van Horn og Ghosh Ippen (Lieberman, van Horn 2008, Lieberman, Ghosh Ippen, van Horn 2016)

Innhold: Gjennom å støtte og utvikle forholdet mellom omsorgspersonen og barnet arbeides det for å styrke og beskytte barnets mentale helse. Metoden egner seg for barn som har vært utsatt for ulike former for traumer eller andre alvorlige psykiske belastninger. Man prøver å hjelpe omsorgspersonen og barnet gjennom behandlingens gang til å skape et felles narrativ om den traumatiske hendelsen og til å identifisere og adressere traumeutløsere som setter i gang dysregulerte følelser og atferd.

Passer for: Metoden passer for psykiatere og psykologer innenfor sped- og småbarnspsykologien. Foreldre og barn på FBS vil kunne nyttiggjøre seg behandlingen under forutsetning at det kan arbeides over lengre tid (1-1,5 år).

Opplæring: Et 18 måneder langt undervisningsprogram, basert på teoretisk undervisning og veiledning av terapeutisk arbeid med familier, gjennom videofeedback.

Tuning in to KIDS

Generelt: Metoden er basert på tilknytningsteori, mindfulness, kunnskap om hjernen og forståelse av følelsenes betydning. Det legges vekt på å lære foreldrene å bli oppmerksomme på barnets følelser, og tone seg inn på og regulere disse gjennom forståelse og tilstedeværelse. Gjennom å møte barnets følelser, kan foreldrene hjelpe barnet til å forstå og uttrykke egne følelser, samt hjelpe barnet i å løse sine følelsesmessige utfordringer i forhold til andre. Foreldrene blir også utfordret på å reflektere rundt hvordan de selv ble møtt følelsesmessig som barn.

Innhold: Gjennom undervisning om følelsers betydning, psykoedukative videoer og rollespill der foreldrene selv deltar, får foreldrene en direkte erfaring med hvordan de kan forstå, tone seg inn og veilede barnets følelsesmessige uttrykk. Foreldrene øver også på hvordan de kan roe egne følelser for å hjelpe barnet sitt mest mulig adekvat. Kurset går over åtte ganger.

Passer for: Metoden passer for alle fagfolk innenfor sped- og småbarnsfeltet.

Opplæring: Kurset går over to dager og inneholder praktiske øvelser.

7. Implementering, evaluering og oppfølging

Som beskrevet over finnes det mange verktøy å benytte både til utredning og behandling. Slik det fremgår er utfordringen å finne de best egnede verktøyene, både med hensyn til institusjonens oppdrag, og med hensyn til de ansattes faglige bakgrunn, metodens validitet og reliabilitet, samt dens tilgjengelighet.

Vi vil også henvise til OECD-rapporten (se under) som påpeker at norsk helsetjeneste har mye høy kvalitet når det gjelder psykisk helse, men bør forbedres på bedre koordinering av tjenester og kvalitetsindikatorer (spesielt i primærhelsetjenesten).

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Ny-OECD-rapport-Norske-helsetjenester-scorer-hoyt/id760131/>

Det er derfor svært viktig at implementering og evaluering tas på alvor i arbeidet med FB-sentrene.

I forbindelse med implementeringen av grunnpakken er det viktig å evaluere arbeidet. Vårt forslag er en evaluering på flere nivåer. Dette nødvendiggjør etablering av infrastruktur for et ”practice research network” for å fremme god klinisk praksis og vellykket implementering av de foreslåtte utrednings- og behandlingsmetoder blant foreldre-barn sentrene (jfr. Borkovec, 2004; Curran et al., 2012).

I forbindelse med dette vil det være viktig:

- Å få en grundig oversikt over hvilke verktøy/metoder hvert enkelt senter har kompetanse på før oppstart og ved prosjektslutt (eks. navn på metoder, hvor har de lært metoden, sertifiseringer, frekvens i bruk av metoden, profesjon som benytter metoden, trygghet i bruk av metoden, behov for vedlikehold/oppfrisking).
- Å gjøre en vurdering av ”implementation readiness” for hvert foreldre-barn senter og blant annet se på overensstemmelse med hva som her foreslås og mulighetene det enkelte foreldre-barn senter har for å støtte de ulike utrednings- og behandlingsmetodene. Viktige spørsmål blir: Er nødvendige systemer og administrativ støtte på plass, og på linje med de målsettinger som fastsettes? Finnes det motstridende prioriteringer? Finnes det tilstrekkelig med ressurser? Vil de personene som vil være ansvarlig for innføringen av disse metodene være støttende og ha tro på at dette virker? Har de implementeringsansvarlige ved hvert foreldre-barn senter nødvendig kunnskap og kompetanse?
- Å definere klare målsettinger; hva som skal oppnås, når, og hvem som er ansvarlige for hva. Dette innebærer å utarbeide klare implementeringsplaner med utfalls-/resultat-basert etterrettelighet ned på stillingsnivå for å tydeliggjøre ansvars- og rollefordeling, og kunne følge fremdrift i implementeringen av utrednings- og behandlingsmetodene.
- Å evaluere forløp: hvilke metoder benyttes når og hvordan?
- Å følgeevaluere brukere, definert vidt som foreldre og barn, ansatte ved sentrene, senterledere, ansvarlige ved Bufetat og andre interessenter.
- Å sjekke ansattes opplevelse av kompetanse og mestring, stress og trivsel.
- Å sjekke foreldres opplevelse av utrednings-og behandlingsoppholdet. Det er mange mulige måter å gjøre dette på: vurdering av enkelte kasuistikker, standardiserte spørreskjema om opplevelse av utredningssekvensen basert på hvert spesifikke verktøy, opplevelse av forutsigbarhet, transparens, tillit, tilknytning til primærkontakt underveis i oppholdet.

Vi anbefaler at det opprettes en felles, nasjonal database der alle metoder i grunnpakken inngår, slik at data registreres fortløpende på samtlige familier på FBS. Dette er blant annet gjort i de danske familieambulatoriene. Dette krever samtykke fra foreldrene til bruk i forskning, og godkjenning av Datatilsynet.

Det å få oversikt over foreldre og barns sosiodemografiske status og fungering på en rekke sentrale parametre, samt pre- og postevalueringer av tiltak (Huber et al., 2015), er viktig for videre utviklingsarbeid. Dette krever blant annet en lokal registeransvarlig/helsesekretær.

- Stadie 1 Søke Datatilsynet om tillatelse til systematisk datainnsamling i FBS.
- Stadie 2 Det lokale FBS ber om samtykke fra samtlige foreldrene om å få benytte av-identifiserbare data til fremtidig forskning (tidspunktet for å spørre må diskuteres nøye).
- Stadie 3 Bufdir og samarbeidende forskningsmiljø ber det lokale FBS om samtykke til å få tilgang på disse arkiverte dataene som foreldre har gitt samtykke til at kan brukes i forskning
- Stadie 4 Evaluere effekt av tiltakene som tilbys.

Gjennom dette kan vi få kunnskap om barnas generelle utviklingsstatus og sosio-emosjonelle fungering. Det er viktig å legge inn ett års oppfølging.

Nasjonalt kompetansenettverk for sped og småbarns psykiske helse tilbyr allerede de metodene som er anbefalt i grunnpakken, og mange av de ansatte på foreldre-barn sentrene kan metodene allerede. Det blir derfor viktig å kartlegge behovet for opplæring i metodene. De institusjoner som ikke har denne kompetanse, samt nyansatte, må likevel få tilbud om ny kompetanse, og den kompetansen som finnes må også vedlikeholdes. Opplæring er nødvendig for tilegnelse av en felles forståelse og basis for kunnskap, men den reelle læringen vil foregå ute i arbeidet med familiene ved det enkelte senter. Det trengs derfor en videre oppfølging etter opplæring, hvor den nasjonale databasen vil være et sentralt kjerneelement, ikke bare i implementeringen av metodene ved det enkelte senter, men også i veiledning av det enkelte senter og de ansatte der. Dette vil være tilsvarende det arbeidet som gjøres i Family-Nurse Partnership som Spedbarnsnettverket har ansvar for i Norge.

Nettverket kan tilby en grunnpakke med generell opplæring i sped og småbarns psykiske helse, utviklingspsykologi, tilknytning, traumeforståelse, psykopatologi og generelt miljøarbeid, samt tilby spesifikk metodeopplæring på anbefalte metoder. I opplæringen må det inngå veiledning over tid.

Videre kan nettverket tilby en ”spisskompetanse-pakke” med utdypende verktøy, dette vi være mer metodespesifikk tilnærming, samt mulighet til refleksjon og veiledning over tid.

Litteratur:

Aarts, M (2008) *Marte meo*, Basic Manual. Revised 2nd Edition. Eindhoven: Aarts Productions.

Ainsworth, M.D., Blehar, M, Waters, E, & Wall, S. (1978) *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, p.282

Benoit, D., Parker, KC, & Zeanah, C. H (1997). Mothers representations of their infants assesses prenatally: Stability and associations with infant attachment classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 307-313.

Bernard, K., et al. (2013) "Parental synchrony and nurturance as targets in an attachment based intervention: Building upon Mary Ainsworth's insights about mother-infant interaction. *Attachment & Human Development* 15(5-6): 507-523.

Biringen, Z (2008) *Emotional Availability (EA) Scales Manual*, 4th Ed. emotionalavailability.com, Colorado

Booth, P. B. Jernberg, AM (2009) *Theraplay: Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-Based Play*. John Wiley & Sons

Borkovec, T. D. (2004). Research in training clinics and practice research networks: A route to the integration of science and practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(2), 211–215.

Broberg, A., Almqvist, K., Risholm Mothander, P., & Tjus, T. (2015). *Klinisk barnpsykologi*. Stockholm, Natur & Kultur

Cicchetti, D. & Curtis, W. J. (2006). The developing brain and neural plasticity: Implications for normality, psychopathology, and resilience. I: D. Cicchetti & D. J. Cohen (red.), *Developmental Psychopathology*. Vol. 2. *Developmental neuroscience* (2:a utg., s. 1 64). New York: John Wiley & Sons.

Cicchetti, D. & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. I: D. Cicchetti & D. J. Cohen (red.), *Developmental Psychopathology*. Vol. 3. *Risk, disorder and adaptation* (2:a utg., s. 129 201). New York: John Wiley & Sons.

Clark R (1985) *The parent-child early relational assessment: instrument and manual*. Madison: University of Wisconsin Medical School, 92. Department of Psychiatry.

Clark, R (2010). *The parent-child early relational assessment (instrument and manual)*. Madison, WI: Department of Psychiatry, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health.

Crittenden, P.M. (1981). Abusing, neglecting, problematic, and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merrill- Palmer Quarterly*, 27, 1-18.

Crittenden, P.M. (1979-2004). *CARE-Index: Coding Manual*. Unpublished manuscript, Miami, FL. available from the author.

- Crowell, J. A. and S. Feldman** (1988). "Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction." *Child Development* 59(5): 1273-1285.
- Curran, G. M., Bauer, M. S., Mittman, B., Pyne, J. M., & Stetler, C. B.** (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: Combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Medical Care*, 50(3), 217–226.
- Decasper, A. J., Lecanuet, J. P., Busnel, M. C., Granierdeferre, C., & Maugeais, R.** (1994). Fetal reactions to recurrent maternal speech. *Infant Behavior & Development*, 17(2), 159-164.
- Feldman, R., et al.** (1999). "Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control." *Developmental Psychology* 35(1): 223-231.
- Felitti V.** Adverse childhood experiences and adult health. *Acad Pediatr.* (2009) 9:131-132.
- Finello, K.** (Red.). (2005). *The Handbook of Training and Practice in Infant and Preschool Mental Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fonagy, P. Target, M** (1997) Attachment and reflective functioning: their role in selforganization. *Development and Psychopathology* 9(4), 679-700.
- Greenspan, S. & Wieder, S.** (2006). *Infant and Early Childhood Mental Health: A comprehensive developmental approach to assessment and intervention*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Guedeney, A., & Fermanian, J** (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The alarm distress baby scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559-575.
- ICARE:** Los Angeles County Department of Mental Health Infancy, Childhood And Relationship Enrichment (ICARE) Initial Assessment Reference Manual
- Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Kehoe, C., Efron, D., & Prior, M. R.** (2013). "Tuning into Kids": Reducing young children's behavior problems using an emotion coaching parenting program. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(2), 247-264.
- Hepper, P. G., Wells, D. L., Dornan, J. C., & Lynch, C.** (2013). Long-term flavor recognition in humans with prenatal garlic experience. *Developmental Psychobiology*, 55(5), 568-574.
- Høyvik, M. S. m.fl.** (2015) Video feedback compared to treatment as usual in families with parent-child interactions problems: a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 9: 3.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G.** (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241-1248.

- Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E.** (1999) Maternal frightened, frightening, and atypical behavior and disorganized infant attachment strategies. In: Vondra J, Barnett D, editors. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. pp. 67–96.
- Luyten, P., Mayes, L., Nijssens, L., & Fonagy, P.** The Parental Reflective Functioning Questionnaire. Opubl. man.
- McLelland, T.A., Luborski, L., Woody, G.E., O'Brian, C. P.** (1980). An improved diagnostic evaluation instrument of substance abuse patient: The addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26–33
- Nelson, B.W., Parker, S.C., & Siegel, D.J.** (2014). Interpersonal neurobiology, mindsight, and the triangle of well-being: The mind, relationships & the brain. In E. Tronick, B. Perry, & K. Brandt (Eds.), *Infant & Early Childhood Mental Health*. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing.
- Niccols, A., Smith, A., & Benoit, D.,** (2015). The working Model of the Child Interview: Stability of the disrupted classification in a community intervention sample. *Journal of Infant Mental Health*.
- Nugent, K. Keefer, C. Minear, S. Johnson, L. Blanchard, Y.** (2007) *Understanding Newborn Behavior and Early Relationships: The Newborn Behavioral Observations (NBO) System Handbook* 1st Edition. Paul. H. Brookes Publishing.
- Onsøien, R., Drugli, M.B. og Bergum Hansen, M.** (2009). *Video-feedback of Infant Parent Interaction*. Trondheim: RBUP Øst og Sør og NTNU.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. & Marvin, B.** (2014). *The Circle of Security Intervention. Enhancing Attachment in Early Parent-Child Relationships*. New York, Guilford Press.
- Sameroff, A, Chandler M.J.** (1998) Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. F.D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, G. Siegel (Eds.), *Review of childhood development research*, Vol. 4, University of Chicago Press, Chicago, IL (1975), pp. 187–244
- Sameroff, A.J.** (1998) Environmental Risk Factors in Infancy. *Pediatrics*, 102; 1287–1292.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T., and CCC 2000 Study Team: Olsen, E. M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V. & Lichtenberg, A.** (2007). The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 62–70.
- Slade, A.** (2005). Parental Reflective Functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281
- Sundet, R. som ref Alicja Olkowska og Berit Landmark** (2016) *Miljøterapi: Prinsipper, perspektiver og praksis*, Fagbokforlaget.
- Squires, J., Bricker, D. & Potter, L.** (1997). Revision of a parent-completed developmental screening tool: Ages and Stages Questionnaires. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 313-328.
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E.** (2002). *The ASQ-SE user's guide: for The Ages & Stages Questionnaires, social-emotional*. Baltimore, MD, Paul H. Brookes Pub.

Van Doesum KT, 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 Development*, ;79(3):547-61.

Wichstrøm, L. Berg-Nielsen, TS. Angold, A. Egger, HL. Solheim, E.Sveen.TH: (2012) Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53:6, pp695-705.

Zeanah, C. H. (red.) (2009). *Handbook of Infant Mental Health* (3:a utg.). New York: Guilford Press.

Zeanah, C.H., Benoit, D., Barton, M., & Hirschberg, L. (1996). *Working Model of the Child Interview*. Opubl. man.

ZERO TO THREE (2005). *DC:0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (rev. ed.). Washington, DC: ZERO TO THREE/Nation