



Minding the Baby®  
home visitation program

# **MTB DANMARK**

## **FORKORTET BEHANDLINGSMANUAL**

**Dansk indsats- og undervisningsvejledning**

*Baseret på MTB-behandlingsmanualen, femte udgave*

**Arietta Slade, PhD**  
**Lois Sadler, PhD, PNP-BC, FAAN**  
**Denise Webb, MSN, PNP**  
**Tanika Simpson, MSW**  
**Nancy Close, PhD**

Yale University  
New haven, Connecticut, USA  
Maj 2018

*Undervisningsmaterialet er udviklet med støtte fra  
Pritzker Early Childhood Foundation,  
Seedlings Foundation og FAR Fund.*

*Tilegnet til de mødre, babyer og familier, der har lært os så meget,  
og til kærligt minde om Katrina H. Clark, der troede på os fra starten.*

*Minding the Baby*® (MTB) startede som et samarbejde mellem Yale Child Study Center, Yale School of Nursing, Fair Haven Community Health Center og Cornell Scott-Hill Health Center i New haven, Connecticut.

**Medstiftere af MTB:** Lois S. Sadler, PhD, PNP-BC, FAAN og Arietta Slade, PhD

**Postadresse:** Crista Marchesseault, MTB Operations Director, Yale School of Nursing, P.O. Box 27399, West Haven, CT 06516-0972; [mindingthebaby@yale.edu](mailto:mindingthebaby@yale.edu)

Denne behandlingsmanual giver en grundig introduktion til de grundlæggende dele og protokoller i den kliniske model for *Minding the Baby*® (MTB), herunder retningslinjer for behandling og elementer i indsatsens træning. Den skal bruges sammen med undervisningen, der udbydes af personalet på Yale University. Der kræves både en specifik uddannelse og en løbende konsultation til steder, der begynder en MTB indsats i forhold til bedst mulig implementering af MTB-modellen.

©Copyright 2018 tilhørende *Minding the Baby*®. Det er ikke tilladt at citere, gengive eller på anden måde anvende indholdet i dette dokument uden forfatternes udtrykkelige tilladelse.

## Takord

Denne manual og *Minding the Baby*® ville ikke have været mulig uden følgende personers bidrag.

Jean Adnopo, PhD	Andrea Miller, BA
Katrina Clark, MPH	Patricia Miller, BS, Grad Dip Psych
Eileen Condon, PhD	Kate Mitcheom, CNM
Janice Currier Ezepchick, MSW	Monica Roosa Ordway, PhD, PNP
Cheryl de Dios Kenn, MSW, LCSW	Marina Peterson Pappas, BA
Bennie Finch, MSW, LCSW	Olga Poznansky, PhD
Sarah Fitzpatrick, MSW, LCSW	Rosie pris, BSC, RN, RM
Jessica Gorkin, MA	Holly Robinson, MPH
Dana Hoffman, MSW, LCSW	JoAnn Robinson, PhD
Betsy Houser, MSW	Laurel Shader, MD
Karen Klein, PNP	Helle Strouss, MPH
Linda Mayes, MD	Madeleine Terry, BA

*Minding the Baby*® startede som et samarbejde mellem Yale Child Study Center, Yale School of Nursing, Fair Haven Community Health Center og Cornell Scott-Hill Health Center i New Haven, Connecticut. Det nationale MTB-kontor blev udviklet med støtte fra vores generøse bidragydere.

### ***Finansieringsstøtte***

Det nationale center for *Minding the Baby*® (MTB) er støttet af bevillinger og gaver fra en bred vifte af bidragydere, herunder FAR fund, Donaghue Foundation, W.K. Kellogg Foundation og Grossman Family Foundation.

Det oprindelige MTB-undervisningsmateriale er udarbejdet med støtte fra Pritzker Early Childhood Foundation og Seedlings Foundation, 2010.

MTB's service og forskningsindsats i New Haven er i årenes løb blevet støttet af Irving B. Harris Foundation, FAR Fund, Stavros Niarchos Foundation, Child Welfare Fund, Annie E. Casey Foundation, Patrick and Catherine Weldon Donaghue Foundation, New York Community Trust, Edlow Family Foundation, Schneider-familien, NIH/NINR (P30NR08999), NIH/NICHD (R21HD048591), NIH/NICHD (RO1HD057947) og NIH/NCRR (UL1 RR024139).

Der er blevet givet yderligere finansieringsstøtte gennem introduktion og konsulentkontrakter med National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) i Storbritannien, Florida State University i USA og fra Danmark fra Center for Mentalisering, Frederikshavns Kommunes Center for Familie og Metodecentret i Aarhus.

**MINDING THE BABY®  
BEHANDLINGSMANUAL  
INDHOLDSFORTEGNELSE**

<b>DEL 1: TEORETISKE OG HISTORISKE PERSPEKTIVER: GENERELLE MÅL OG PRÆMISSER.....</b>	<b>4</b>
<b>KAPITEL 1: OVERBLIK OG INTRODUKTION.....</b>	<b>4</b>
INTRODUKTION.....	4
OVERBLIK OVER MINDING THE BABY®.....	4
<i>Modellen</i> .....	4
<i>Teoretiske fundament</i> .....	6
Tilknytningsteori.....	6
Mentalisering eller refleksiv funktionsteori.....	6
Teori om socialøkologi.....	7
Teori om troen på egen kunnen.....	7
<b>KAPITEL 2: HOVEDELEMENTER I MTB-MODELLEN.....</b>	<b>8</b>
INTRODUKTION.....	8
RELATIONSBASERET.....	8
TVÆRFAGLIG.....	9
OVERGANG TIL FORÆLDRESKAB.....	9
INKORPORERET HOS LOKALE MYNDIGHEDER.....	10
FLEKSIBEL OG INTENSIV SERVICEYDELSE.....	10
STYRET AF FORÆLDREKOMPETENCER OG BEGRÆNSNINGER.....	10
KULTURELT FØLSOM PRAKSIS.....	11
<b>KAPITEL 3: HVAD DET VIL SIGE AT VÆRE ET MENTALISERINGSBASERET, REFLEKSIVT FORÆLDREPROGRAM.....</b>	<b>12</b>
INTRODUKTION.....	12
AT ARBEJDE PÅ "RF-MÅDEN".....	12
STRATEGIER TIL FORBEDRING AF RF.....	14
<i>Selvevaluering</i> .....	14
NOGLE AF UDFORDRINGERNE VED AT ARBEJDE PÅ "RF-MÅDEN".....	17
MENTALISERING OG TRUSSEL.....	18
<b>KAPITEL 4: HVAD DET VIL SIGE AT VÆRE ET TRAUMEORIENTERET PROGRAM.....</b>	<b>19</b>
TRAUME OG MTB.....	19
<i>Traume-eksponering</i> .....	19
<i>Robusthedsfaktorer</i> .....	20
<i>Traumesymptomatologi</i> .....	20
<i>Traumevurdering</i> .....	21
TRAUMEARVEN.....	21
<i>Usikre tilknytningshistorikker</i> .....	21
<i>Relationsudfordringer</i> .....	22
<i>Toksisk stress</i> .....	22
TRAUME OG MTB-INDSATS.....	23
<b>DEL 2: INDSATSENS STRUKTUR OG FORMAT.....</b>	<b>27</b>
<b>KAPITEL 5: INDSATSENS FASER OG UDFØRELSEN AF ET HJEMMEBESØG.....</b>	<b>27</b>
OVERSIGT OVER INDSATSEN.....	27
<i>Rekruttering</i> .....	27
<i>Indledende engagement og afdækning</i> .....	27
<i>Fortrolighed og samtykke</i> .....	27
INDSATSENS FASER.....	28
<i>Den prænatale fase</i> .....	28

<i>Fødslen og den postnatale fase</i> .....	28
<i>Besøg det første år</i> .....	28
<i>Overgangsfasen</i> .....	28
<i>Besøg det andet år</i> .....	29
<i>Afskedsfasen</i> .....	29
GRUNDLÆGGENDE ELEMENTER I HJEMMEBESØGET.....	29
<i>Besøgsforberedelse</i> .....	29
Materialer til brug under hjemmebesøg.....	29
Materialer, der gives til familierne.....	29
Legetøjstaske.....	30
<i>Lokalitet for besøgene</i> .....	30
NÅR FORÆLDEREN IKKE ER HJEMME.....	31
<i>Varighed, tidsplan og deltagelse i hjemmebesøg</i> .....	31
<i>Kontakt mellem hjemmebesøg</i> .....	32
UDFØRELSE AF BESØGET.....	32
<i>Engagement, kliniker- og familiedagsordener</i> .....	32
<i>Forholdet mellem den hjemmebesøgende og barnet</i> .....	33
<i>At arbejde med familiemedlemmer</i> .....	33
<i>Afslutning på besøget</i> .....	33
EFTER BESØGET.....	34
<i>Selvevaluering</i> .....	34
<i>Møde med din partner</i> .....	34
<i>Brug af supervision</i> .....	34
<b>KAPITEL 6: TVÆRFAGLIG PRAKSIS STØTTE TIL BARNETS UDVIKLING, TILKNYTNING OG FORÆLDREOMSORG</b> .....	<b>35</b>
TVÆRFAGLIG PRAKSIS.....	35
<i>Fælles principper</i> .....	35
<i>Fælles mål</i> .....	36
Fremme af refleksiv funktion.....	36
Understøttelse af forholdet mellem forælder og barn og sikring af tilknytning.....	36
Udviklingsmæssig vejledning.....	37
Støtte til samarbejdende forældreskab.....	37
Støtte til troen på egen kunnen.....	37
Støtte til forældrenes livsmål.....	38
<i>Fælles teknikker</i> .....	38
UDFORDRINGER VED TVÆRFAGLIGT ARBEJDE.....	38
TVÆRFAGLIG PRAKSIS PÅ TVÆRS AF INDSATSEN: NIVEAUINDELING AF ARBEJDET MED SUNDHED OG MENTAL TRIVSEL.....	39
<i>Gøre plads til barnet</i> .....	39
<i>Tilpasning til rollen som forældre</i> .....	40
<i>Udvikling</i> .....	41
<i>Leg</i> .....	41
<i>Autonomi og udforskning</i> .....	41
ANVENDTE METODER:.....	43
<b>DEL 3: TVÆRFAGLIGE OG FAGSPECIFIKKE ROLLER</b> .....	<b>44</b>
<b>KAPITEL 7: SUNDHEDSPLEJERSKENS TILGANGE</b> .....	<b>44</b>
GENERELLE PRINCIPPER: SUNDHEDSPLEJERSKENS "MTB-STIL".....	44
<i>Sundhedsplejerskens kompetencer</i> .....	44
<i>Plejeplaner</i> .....	44
<i>Den reflekterende tilgang til pleje-og sundhedsundervisning</i> .....	44
SUNDHEDSPLEJERSKENS TILGANGE.....	45
<i>Forebyggende vejledning og foregribelse</i> .....	45
<i>Sagsadministration og henvisninger</i> .....	46
<i>Udviklingsmæssig screening</i> .....	46

<i>Neonatal vurdering</i> .....	<b>Fejl! Bogmærke er ikke defineret.</b>
<i>Fødselsplan</i> .....	46
<i>Motiverende samtaler</i> .....	47
<i>Støtte til troen på egen kunnen</i> .....	47
<i>Tilvejebringelse af konkrete ressourcer</i> .....	48
<i>Forandringsstadier eller tværteoretisk model</i> .....	48
<i>Stressreduktionsteknikker</i> .....	48
<i>Læringsøjeblikke</i> .....	49
SUNDHEDSRELATEREDE DOMÆNER.....	49
<i>Mødresundhed</i> .....	49
Graviditet.....	49
Efter fødslen.....	50
Reproduktiv sundhed og familieplanlægning.....	50
<i>Forælders mentale trivsel</i> .....	51
Humørsvingninger.....	51
<i>Barnets sundhed og udvikling</i> .....	51
Nyfødtes adfærd.....	51
Aflæsning af tegn.....	52
Søvn.....	52
Ernæring.....	53
Barnets udvikling.....	53
Sikkerhed.....	53
<i>Spædbarnets mentale trivsel</i> .....	53
Tilknytningsrelation.....	53
Fremme af behagelige øjeblikke.....	54
Opdragelse.....	54
FILMKLIP FRA SAGER: SUNDHEDSRELATEREDE HJEMMEBESØG.....	54
<b>KAPITEL 8: MENTAL TRIVSEL/FAMILIEBEHANDLERENS TILGANGE</b> .....	<b>58</b>
GENERELLE PRINCIPPER: FAMILIEBEHANDLERENS "MTB-STIL".....	58
<i>Familiebehandlerens kompetencer</i> .....	58
<i>Socialt arbejde, mental trivsel og reflekterende praksis: En hårfin balance</i> .....	58
DEN MENTALE TRIVSELSKOMponent.....	58
<i>Klinisk vurdering under graviditeten</i> .....	58
Den psykosociale afdækning.....	59
Genogrammet.....	60
Graviditetsinterviewet.....	60
Afdækning af den mentale tilstand.....	61
Gennemførelse af den psykosociale afdækning.....	61
<i>Mental trivselsindsats under graviditeten og efter fødslen</i> .....	61
<i>Behandlingstilgange under hele indsatsen</i> .....	62
<i>Psykotering i køkkenet (eller i sengen eller på en café)</i> .....	62
<i>Spædbarn-forælder-psykotering</i> .....	63
<i>Individuel psykotering</i> .....	64
<i>Understøttende psykotering og udviklingsmæssig vejledning</i> .....	65
<i>Familie- eller parindsats</i> .....	66
<i>At arbejde med psykiatriske lidelser</i> .....	66
Udredning og fokus.....	<b>Fejl! Bogmærke er ikke defineret.</b>
Psykiatrisk kriseindsats.....	67
<i>Miljøkriseindsats</i> .....	68
<i>Video-feedback</i> .....	68
<i>Stresshåndtering</i> .....	69
<i>Andre fokusområder</i> .....	69
Livsfærdigheder, uddannelse/beskæftigelse.....	69
Spædbarnets mentale trivsel.....	69
Forældreskab, børns sundhed og udvikling.....	70
DET SOCIALE ARBEJDE.....	70

<i>Social støtte og fællesskabsressourcer</i> .....	70
Ressourcer til øjeblikkelig mad og husly .....	70
<i>Miljøhygiejne og -sikkerhed</i> .....	70
Barnets sikkerhed .....	70
Familielkrise og vold i hjemmet .....	70
KONKLUSION .....	71
<b>KAPITEL 9: KLINIKERENS OPLEVELSE: SEKUNDÆR TRAUMATISERING, SUPERVISION OG EGENOMSORG</b> .....	<b>72</b>
INTRODUKTION .....	72
KLINIKERENS ERFARING: SEKUNDÆR TRAUMATISERING .....	72
<i>Teamwork</i> .....	73
<i>Supervision</i> .....	73
<i>Egenomsorg</i> .....	74
<b>KAPITEL 10: MONITORERING AF BEHANDLINGSFIDELITET FOR MTB: SELVEVALUERING AF INDSATSEN</b> .....	<b>76</b>
INTRODUKTION .....	76
INDSATSPROCEDURER .....	76
FAMILIEENGAGEMENT .....	76
OBSERVATION OG EVALUERING .....	77
OMSORGSROLLE .....	77
MENTAL TRIVSEL/FAMILIEBEHANDLERENS ROLLE .....	78
TVÆRFAGLIGT TEAMWORK .....	79
KLINISKE TILGANGE .....	79
BRUG AF KLINISK OG REFLEKSIV SUPERVISION .....	80
<b>KAPITEL 11: AFSLUTTENDE BEMÆRKNINGER</b> .....	<b>82</b>
<b>BILAG</b> .....	<b>83</b>
BILAG I: EVALUERINGER OG FORMULARER .....	84
<i>HVPV Emner for hjemmebesøg/Operationelle definitioner</i> .....	85
<i>Formular for mors psykosociale historie</i> .....	86
<i>MTB-sundhedsplejeplaner</i> .....	88
BILAG II: KLINISK ORIENTERING OG KOMPETENCER .....	98
<i>Klinisk orientering til MTB-hjemmebesøgende og -supervisorer</i> .....	98
<i>Kompetencer for MTB-socialmedarbejdere/klinikere for mental trivsel</i> .....	98
<i>Kompetencer for MTB-sundhedsplejersker</i> .....	101
<i>Kompetencer for MTB-supervisorer</i> .....	102
BILAG IV: ORDLISTE .....	105
<i>Ordlister over kliniske termer inden for pleje og mental trivsel</i> .....	105
<b>REFERENCER</b> .....	<b>108</b>

# DEL 1: TEORETISKE OG HISTORISKE PERSPEKTIVER: GENERELLE MÅL OG PRÆMISSER

## KAPITEL 1: OVERBLIK OG INTRODUKTION

### Introduktion

Formålet med denne manual er at vejlede klinikere og deres supervisorer i udførelsen af *Minding the Baby*® (MTB), et hjemmebesøgsprogram for spædbørn og deres familier. MTB opstod på baggrund af et tværfagligt samarbejde mellem klinikere og forskere fra Yale Child Study Center, Yale School of Nursing og Fair Haven Community Health Center. Det blev designet til at integrere tilgange fra sundhedspleje og socialt arbejde i forhold til hjemmebesøg for at imødegå forskellige og komplekse behov i forbindelse med sundhed, tilknytning og mental trivsel hos udsatte familier på en sammenhængende måde (se Ordway, Sadler, Holland, Slade, Close & Mayes, 2018; Ordway, Sadler, Slade, Close, Dixon & Mayes, 2014; Sadler, Slade, Close, Webb, Simpson, Fennie & Mayes, 2013; Slade & Sadler, 2018; Sadler, Slade & Mayes, 2006; Slade, Simpson, Webb, Albertson, Close & Sadler, 2017; Slade, Sadler, Close, Fitzpatrick, Simpson & Webb, 2017; Slade, Sadler & Mayes, 2005; Slade, Sadler, deDios-Kenn, Webb, Ezechick & Mayes, 2005).

Denne manual er opdelt i to dele. Del I (kapitel 1-4) giver et generelt overblik over den teori og historie, der ligger til grund for modellen, samt en beskrivelse af MTB's primære mål og præmisser. Del II (kapitel 5-11) giver et overblik over indsatsens struktur og udformning og beskrivelser af det enkelte hjemmebesøgs overordnede procedure og funktion. I del II specificeres kerneelementer i sundhedspleje- og familiebehandlingsbesøg. Endvidere opstilles procedurer for kliniske anliggender og den vigtige rolle, som supervision og teamstøtte spiller. Endelig skitseres procedurene for fidelitet, dvs. at implementeringen sker tættest mulig på modellens anbefalinger. Bilag IV omfatter en ordliste over termer.

Vi anbefaler, at klinikere og supervisorer læser Del I i begyndelsen af uddannelsen og vender tilbage til den efter behov, når de opnår mere viden om programmet. Del II vil være mest nyttig for klinikere, når de begynder deres daglige arbejde med familier, og for supervisorer i deres tilsyn med dette arbejde. Kapitel 9 er specifikt rettet mod supervision.

Manualen bruger ofte begrebet **mødre**. I en amerikansk kontekst giver det fin mening for MTB. **I dansk oversættelse** er det vigtigt at holde sig for øje, at på trods af at sproget ofte sigter på mødre i denne manual, så spiller **fædre/partnere** en vigtig rolle i MTB i Danmark.

### Overblik over *Minding the Baby*®

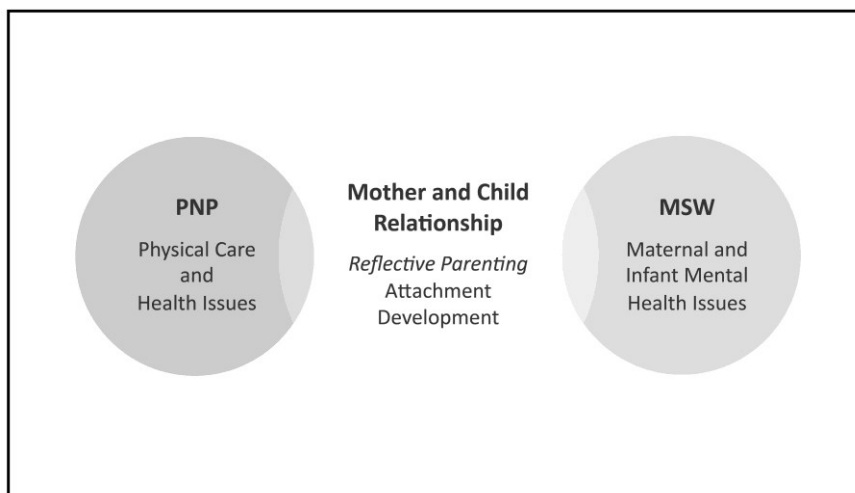
#### Modellen

MTB er en tværfaglig relationsbaseret hjemmebesøgsindsats, der sigter mod at understøtte positiv sundhed, tilknytning, og mental trivsel hos spædbørn, mødre og deres familier. MTB er enestående på to måder. For det første er programmet tværfagligt. Hver familie tilses af et team, der omfatter en sundhedsplejerske og en uddannet familiebehandler (hvor den professionelle baggrund kan være socialrådgiver, pædagog eller psykolog)<sup>1</sup>. Sundhedsplejersken og familiebehandleren yder hver i sær en særlig form for indsats, men de deler også en række principper, mål og teknikker, og det tværfaglige samarbejde er et fundament i metoden (se kapitel

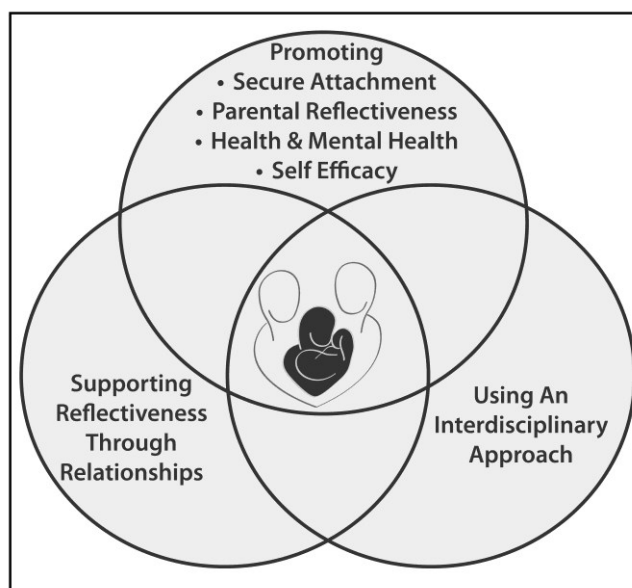
<sup>1</sup> Indsatsen udføres typisk af sundhedsplejersker med mindst et års pædiatrisk erfaring og med erfaring i at foretage familiebesøg. Ligeledes udføres familiebehandlerdelen af en socialrådgiver, psykolog eller en anden fagperson, som har en efteruddannelse i familiebehandling og erfaring med at foretage familiebesøg.



6). MTB er også enestående pga. sit fokus på refleksiv funktion (RF) eller mentalisering i forældreskabet (Slade, 2002, 2005, 2006).



MTB-ydelsen begynder, når mødre er gravide, og fortsætter indtil barnet fylder to år. Klinikerne skiftes til at aflægge besøgene ugentligt, indtil barnet fylder et år. Når barnet er blevet et år, skiftes klinikerne til at aflægge besøg hver anden uge, indtil barnet fylder to år. Dette skiftende mønster af besøg af en sundhedsplejerske og en familiebehandler giver mulighed for at monitorere og reagere fleksibelt på barnets, forælders og evt. den udvidede families komplekse behov. Vi mener, at de positive resultater mht. mental trivsel, sikker tilknytning, forældrerefleksion og morens tro på egen kunnen, muliggøres af *den relation*, der skabes mellem familien og sundhedsplejersken og familiebehandleren i løbet af indsatsen. Klinikerne bestræber sig på at opretholde et refleksivt standpunkt i alle aspekter af deres arbejde.



## **Teoretiske fundament**

MTB-indsatsen er funderet på teorier om tilknytning, mentalisering, økologisk udviklingsteori og troen på egen kunnen (Olds, Kitzman, Cole & Robinson, 1997; Olds, Sadler & Kitzman, 2007). Vi gennemgår disse ganske kort. Interesserede kan orientere sig yderligere ved hjælp af henvisninger til litteratur under ressourcer.

### ***Tilknytningsteori***

Den grundlæggende forudsætning inden for tilknytningsteori er, at barnets tidlige relationer med omsorgspersoner har en kraftig indvirkning på en række udviklingsmæssige, sundhedsmæssige, sociale, interpersonelle og kognitive egenskaber (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005). Selvom temperament, genetik og miljø også spiller en rolle, fokuserer tilknytningsteori på forældre-barn-relationens indflydelse. Særligt er det vigtigt i hvilken grad, at barnet føler sig trygt i forhold til forældrens tilgængelighed og føler sig understøttet i sin selvstændige udforskning af verden. Børn der føler, at de trygt kan søge trøst, når de har behov, og at deres følelser (glæde, sorg, vrede og frygt), og deres interesser (nysgerrighed, udforskning) anerkendes og reageres på af pårørende, er dem, der mest med højst sandsynlighed opnår en sikker tilknytning. De børn der føler sig usikre på deres forælders følelsesmæssige tilgængelighed – enten fordi forælderen ignorerer eller afviser barnets behov eller reagerer usammenhængende – er derimod tilbøjelige til at få en usikker tilknytning. Nogle forældre virker til at være skræmt af eller skræmmer barnet, når barnet forsøger at opnå nærhed og trøst (Main & Hesse, 1990; Lyons-Ruth, Bronfman & Parsons, 1999; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). Sådanne reaktioner sætter barnet i en "frygt uden løsning"-tilstand, fordi deres omsorgskilde (forælderen) også udløser barnets alarmberedskab (Main & Hesse, 1990). De bliver dermed årsag til adfærdsmæssig forvirring og desorientering, som er tegn på *desorganiseret* tilknytning (Main & Solomon, 1990). Både forældres historik i forhold til tab og traume (Lyons-Ruth, Yellin, Melnick & Atwood, 2005; Main & Hesse, 1990) og socioøkonomisk risiko (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2010) er blevet forbundet med desorganiseret tilknytning.

### ***Mentalisering eller refleksiv funktionsteori***

Hvad får nogle mødre til at opføre sig sensitivt og andre til at reagere usensitivt? Hvordan påvirker traumer deres reaktioner? Fonagy med flere (Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon & Target, 1995; Fonagy & Target, 1997) har antydnet, at nogle forældre har vanskeligheder i forhold til *at forudse/forestille sig/genkende/reflektere over* barnets ønsker, intentioner, tanker og følelser. Forældre, der forstår et barns intentioner og følelser (fx at barnet slår mig, fordi han er vred på mig), er mere tilbøjelige til at reagere sensitivt end forældre, der kun reagerer på adfærd (han slår mig, fordi han opfører sig dårligt, og han skal bare stoppe). Med andre ord *opfører* forældre sig forskelligt, dvs. mere eller mindre sensitivt, fordi deres evne til at forstå hvad der foregår i hovedet på barnet varierer. Fonagy og hans kolleger henviser til de psykologiske processer, der er involveret i at forstå ens egne eller en andens tanker og følelser som *mentalisering og refleksiv funktion (RF)*. **Disse termer bruges synonymt i denne manual.**

Forældres refleksive funktion er blevet defineret som forældrens evne til "have barnet på sinde", at få både spædbarnets og egne indre tilstande, følelser, tanker og intentioner til at give mening (Slade, 2002, 2005). Refleksiv funktion gør det muligt for en forælder at regulere barnets arousal og følelsesmæssige oplevelse, og det udgør kernen i at sikre barnets fysiske sundhed og sikkerhed ved at skabe grundlaget for udviklingen af trygge, gensidige og fleksible tilknytningsrelationer.

Det er meget sværere for en forælder at være reflekterende, når de selv har oplevet traumatiske eller afbrudte relationer med deres primære omsorgspersoner. Som følge af traumatiske relationer kan mødre have svært ved at regulere både deres egne og deres børns behov, og de bliver ofte overvældet af de fysiske og følelsesmæssige

krav, som forældreskabet stiller. Det er grunden til, at styrkelsen af reflektiv funktion i denne befolkningsgruppe synes særligt afgørende.

*Yderligere ressourcer:* Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon & Target, 1995; Fonagy & Target, 1997; Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Slade, 2002, 2005, 2006

### ***Teori om økologisk udviklingsteori***

Modeller for økologisk udviklingsteori hjælper med at forklare de mange påvirkningslag, som personer og familier oplever i dagligdagen. Hvert samspil mellem barn og forælder foregår i et dynamisk sæt af indlejrede systemer, der omfatter familie- og partnerrelationer. Men nære dynamiske processer er yderligere relateret til arbejde, skole, jævnaldrende og nabolag, som igen relaterer sig til fx lokale og nationale myndigheder og overordnede sociale og kulturelle påvirkninger (Bronfenbrenner, 1994). Inden for disse rammer er det vigtigt at bemærke, at i samspillet mellem forælder og barn har de nære processer (f.eks. de påvirkninger og interaktioner, der finder sted i husstanden eller med de nærmeste pårørende) som regel en større påvirkning end de mere fjerne processer (f.eks. det omgivende samfund) (Tudge, et al., 2009). I det perspektiv skal styrkelsen af tidlige tilknytningsrelationer udføres på niveauet for nære relationer og i forhold til det lidt bredere niveau for familie- og fællesskabsrelationer.

*Yderligere ressourcer:* Bronfenbrenner, 1994; Bronfenbrenner & Evans, 2000; Tudge, Mokrova, Hatfield & Karnik, 2009; <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/overview/social-ecologicalmodel.html>

### ***Teori om troen på egen kunnen***

Teorien om troen på egen kunnen beskriver de måder, som personer tænker om eller tror på deres evne til at få ting til at ske i deres liv; at handle og tage kontrol over, hvad der sker med dem (Bandura, 2000). Denne teori giver en nyttig ramme i forhold til, hvordan MTB hjælper forældre til at lære færdigheder, tilegne sig adfærd og opnå viden om forælderroller og egenomsorg. Alle er væsentlige elementer for et godt helbred på tværs af generationer (forælder og barn). MTB teamet lærer familier om vigtige elementer heri, og MTB teamet fungerer samtidig som rollemodeller for troen på egen kunnen, særligt med hensyn til forældrekompetence og selvtillid. Det er vores håb, at forældre ved programmets afslutning vil føle sig i stand til at håndtere deres livsansvar og -opgaver eller være i stand til at finde frem til, hvor de finder hjælp, når der er behov for det.

*Yderligere ressourcer:* Bandura, 2000; Olds, Kitzman, Cole & Robinson, 1997

## KAPITEL 2: HOVEDELEMENTER I MTB-MODELLEN

### Introduktion

Der findes mange kerneelementer i MTB-modellen. I dette kapitel vil vi behandle følgende: MTB er et *relationsbaseret, tværfagligt program, der implementeres i overgangen til forældreskab. Det gennemføres på en fleksibel og intensiv måde, som er tilpasses i relation til forældrekompetencer og -begrænsninger, og som følger en kulturelt sensitiv praksis.* Endelig er MTB *mentaliseringsbaseret og traumeorienteret*: De grundlæggende principper i MTB's reflektive forældretilgang er beskrevet i kapitel 3, og vores tilgang til traume er beskrevet i kapitel 4.

### Relationsbaseret

Vi betragter udviklingen af relationen mellem hjemmebesøgende og moren, faren, babyen og andre familiemedlemmer som helt centrale for indsatsens succes. Fra den tidligste kontakt mødes forældre med fokus på at skabe en relation, dvs. med medfølelse, nysgerrighed, varme og åbenhed. Forholdet mellem forælder og kliniker tjener som fundamentet for både tværfaglig og reflekterende praksis. Ud over at være en primær facilitator for forandring fungerer forholdet mellem kliniker og forælderen som en model for udviklingen af forælder-barn-relationen – en relation hvor der er tillid, respekt og nysgerrighed på begge sider. Relationsopbygningen begynder ved den allerførste kontakt med familien. Eftersom deres livsomstændigheder ofte har fået dem til at undgå nærhed, og gjort det svært at stole på andre, har mange af de unge mødre store vanskeligheder med at etablere positive nære relationer. Det betyder, at MTB-teamet kan være nødt til at arbejde særligt hårdt og vedholdende på at skabe tillid og udvikle åben kommunikation. Det er ofte en vedvarende kamp, der kræver dygtighed, tålmodighed og sensitivitet fra fagpersoner.

Hvis relationen mellem MTB klinikker og forældre trues, fx fordi noget som kliniker har sagt eller udefrakommende faktorer (fx at være en del af et dysfunktionelt hjem, have lavtlønsjob eller andet) 'trigget' moren, er det meget vigtigt at genskabe relationen. Hos nogle familier er kliniker nødt til at arbejde med at genetablere tillid og varme og åbenhed mange gange. Uanset at dette kan være udfordrende er MTB teamets evne til at opretholde relationen, reparere brud og stå til rådighed gennem perioder med betydelige forstyrrelser absolut afgørende. Selv de relationelt dygtigste hjemmebesøgende har brug for vedvarende og afgørende støtte fra teammedlemmer og supervisorer for at håndtere systemfejl, kaos og forstyrrelser, der er typiske hos mange familier (se kapitel 9).

Det bringer spørgsmål om *brud og reparation* på banen. Brud er uundgåelige i enhver relation, og det samme gælder forholdet mellem kliniker og forælder. Kliniker kan misforstå noget, som forælderen har fortalt, kan gå glip af en vigtig meddelelse, blive frustreret eller skuffe moren. Vigtigere er det, at kliniker kan være nødt til at underrette forhold til de sociale myndigheder. Brud kan også opstå på forælders side. Moderen kan forsvinde, nægte et besøg, lukke af for den hjemmebesøgendes bekymringer. *Alt dette giver mulighed for reparation.* Det vil sige, vi kan ikke forhindre brud, men vi reparerer dem. Vi kan vende tilbage til et skuffende øjeblik og drøfte det, vi kan undskylde for, at vi har en kort lunte, vi kan tage et skridt tilbage og erkende, at vi gik for vidt. Selv når vi truer moren (såsom underretning til de sociale myndigheder), kan vi være nærværende og håndtere det sammen med hende.

I MTB er der naturligvis to klinikere, og dermed to forælder-kliniker-relationer, to baby-kliniker-relationer, og to forælder-baby-kliniker-relationer. Vi betragter rammerne for forvaltningen af disse som forskellige, men som overlappende og understøttende relationer, der er gavnlig for og styrker udviklingen hos forældrene.

En række andre relationer skal også plejes: relationer med lokale partnere, herunder plejepersonale, støttepersonale og administratorer, relationer til andre fagpersoner samt medarbejdere hos de sociale

myndigheder, der har kontakt med familien. Forholdet mellem klinikere og deres supervisorer er også yderst vigtigt, for det er disse relationer, der giver klinikerne den "sikre base", hun har brug for, for at kunne engagere sig fuldt ud i arbejdet. Disse relationer (se kapitel 9) fastholder og nærer klinikerne og beskytter dem – i hvert fald til en vis grad – mod følelsesmæssigt nedbrydende og opslidende aspekter af arbejdet.

### **Tværfaglighed**

En tværfaglig model er afgørende for at imødekomme de komplekse behov, som vores familier står over for. Sundhedsplejersker har ofte den nemmeste adgang til familier, som kan være mistænksomme over for medarbejdere inden for det socialfaglige felt i almindelighed og socialrådgivere i særdeleshed. Desuden kan sundhedsplejersker yde den konkrete omsorg og viden, som unge førstegangsførelse har behov for. Familiebehandlere yder andre niveauer af omsorg: særligt fokus på eftervirkningerne af traumer og tab, herunder depression, angst og problemer i parforholdet, samt sagsrådgivning og konkret støtte til bolig, mad og uddannelse. Derudover er der som regel store overlap mellem helbredsproblemer og problemer med den mentale trivsel: få mødre har helbredsproblemer uden følelsesmæssige bekymringer, og toksisk stress og traumer kaster en lang skygge på kroppen og individets evne til at pleje og passe på sig selv. Selv forholdsvis enkle ting som amning og prævention er nært forbundet med en mors følelser om sig selv, hendes krop og hendes fornemmelse af selvstændighed og tro på egen kunnen. Vi forsøger således at sikre en ægte integration af de to discipliner ved at tilbyde fælles uddannelse og supervision og ved løbende at udveksle oplysninger og indsigt mellem teammedlemmerne.

I dag findes der er hel del forskning, der påpeger det tætte forhold mellem fysisk og mental trivsel. Det bedste eksempel er Anda og Fellittis *Adverse Childhood Experiences Study* (Felitti et al., 1998) (ACE), som dokumenterede, at ugunstige barndomsoplevelser (overgreb i barndommen, omsorgssvigt, dysfunktion) kan relateres til en negativ fysisk og psykisk sundhed hos 17.000 udvalgte voksne. (Se <https://acestoohigh.com>). ACE-resultaterne bakker også kraftigt op om stress-sårbarhedsmodellen (Shonkoff, 2012), som antyder, at alvorlig traumatisk eller toksisk stress har langsigtede negative indvirkninger på en række systemer i kroppen og hjernen.

Pleje og følsom forældreomsorg kan i væsentlig grad mindske virkningerne af toksisk stress. Nogle børn har, på trods af sårbarhedsfaktorer, haft forældre (eller andre omsorgspersoner) som var i stand til at skabe et trygt og nærende miljø og opretholde stabile familieforhold, som hjalp barnet til at føle sig elsket og beskyttet. Andre beskyttende faktorer handler om forældrenes beskæftigelse, stabil boligsituation og adgang til sundhedsvæsenet (Garner, 2013). Således arbejder det tværfaglige MTB-team på at styrke robusthed ved at hjælpe forældre med at opretholde en fysisk og følelsesmæssig sundhed hos dem selv og deres børn.

### **Overgang til forældreskab**

MTB implementeres under "overgangen til forældreskab". Det er en sensitiv periode, da hjernen skal reorganiseres både i fysisk, neuroendokrin, neurobiologisk, følelsesmæssig og social forstand. Der er tale om at klargøre "forælderhjernen" (Feldman, 2015) til det arbejde, der bogstaveligt skal sikre barnets overlevelse og adgang til den sociale verden (se Slade & Slade, 2018 for en gennemgang). Det omfatter fx aktivering af både neuroendokrine systemer (oxytocin), der sikrer tilknytning og tillid og regulerer stress (Feldman, 2015; Toepfer et al., 2017) samt belønningscentre i hjernen (dopaminsystemet), der sikrer velbehag i den tidlige mor-barn-relation (Strathearn, Montague, D'Amico & Fonagy, 2009). Både stress i barndommen på morens side og stress i perioden forud for fødslen (akutte miljø- eller interne stressfaktorer) påvirker "fosterudvikling samt kvaliteten af samspil mellem mor og barn efter fødslen" (Toepfer et al., 2017, s. 293).

Disse mange biologiske og miljømæssige processer har indvirkning på den gravide kvindes evne til at forestille sig, varetage og i sidste ende udvikle en relation til barnet. Faren gennemgår også psykologiske forandringer, når han forbereder sig på forældreskabet. Under graviditeten bestræber MTB-praktikeren sig på at tilbyde kendskab til og viden om graviditet, fødslen og spædbarnets udvikling, der kan hjælpe til at dæmpe nogle af kilderne til stress forud for fødslen hos begge forældre. De arbejder også med den kommende mor, far og andre nære familiemedlemmer i forhold til andre kilder til bekymring, dysregulering og vedvarende traumer. De arbejder på at gøre barnet virkeligt for moren og faren på en række forskellige måder, f.eks. ved at forestille sig spædbarnet i maven, foregribe fødslen, planlægge tilværelsen efter barnet er født. I denne fase har MTB teamet fokus på forældres evne til at reflektere over spædbarnets interne oplevelse og på udviklingen af positive forestillinger om livet som forældre.

### **Relation til lokale myndigheder**

MTB er ikke et "uafhængigt" program. Hvert enkelt lokalt partnerskab er en *relation*, der skal plejes og skabe gensidige fordele og respekt. Det betyder, at tilgangen til familierne, hvordan man indhenter journaler og formidler information på tværs af faggrupper, varierer fra sted til sted. Vi kan ikke understrege nok, hvor afgørende disse processer er for opbygning og opretholdelse af relationer, hvis lokalt samarbejde skal blomstre og gro.

### **Fleksibel og intensiv serviceydelse**

Selvom MTB har specifikke mål og er baseret på en udviklingsmæssig model med forskellige faser og indsatsprocedurer, *implementeres programmet bedst på en fleksibel måde*, så det tilpasses behov hos de enkelte forældre, spædbørn og familier. I den forstand introducerer manualen en række rammesætninger for programmet, men disse rammer fortolkes på en måde, der giver klinisk mening MTB teamet og deres samarbejdspartnere i relation til den enkelte familie. Der findes ingen opskrift på hver enkelt session eller fase af indsatsen, men snarere en række mål, strategier og principper, som er styrende for hjemmebesøg. Det giver klinikkerne mulighed for at fokusere på de ting, de anser som vigtigst, men inden for rammerne af en række overordnede målsætninger og mål.

Hos MTB er vi fleksible omkring, hvor besøgene udføres. Besøgene kan planlægges på klinikken, i en pårørendes hjem, på det lokale bibliotek eller i en park. Kontakt er det primære. Besøgene kan lejlighedsvis være ganske lange og intensive eller – hvis moren kun er villig til at have korte kontaktbesøg – kan det være nødvendigt med korte og fokuserede besøg. Nogle gange "forsvinder" mødre i et stykke tid, for eksempel lige efter fødslen, da de kan være for overvældede til at gøre brug af os efter fødslen. De kan også forsvinde af følelsesmæssige årsager. Til tider har mødre brug for flere besøg af sundhedsplejersken eller familiebehandleren. Det er heller ikke sikkert, de er klar til "overgangen" til besøg hver anden uge, når babyen fylder et år, eller til at afslutte programmet efter to år. Selvom vi forsøger at overholde MTB-tidsplanen så godt som muligt, forsøger vi også at forblive lydhøre over for den enkelte families individuelle behov. Når familier vælger at forlade programmet før barnets 2 års fødselsdag, forsøger vi at drøfte alle muligheder med dem og støtte op om deres beslutning, uanset hvad de vælger. Under alle omstændigheder opgiver vi dem ikke. Vi afslutter ikke samarbejdet med en familie, medmindre forælderen siger, at hun ønsker at trække sig ud af programmet.

### **Styret af forældrekompetencer og begrænsninger**

Der findes ikke et program, der passer til alle, og vores familiers kognitive, sociale og følelsesmæssige kompetencer varierer også meget. Det er ikke ualmindeligt for nogle af vores mødre at være svært kognitivt udfordret eller have alvorlige indlæringsvanskeligheder (hvis der er tale om en mor med alvorlig intellektuel

begrænsning, kan det dog være, at MTB ikke er det bedste tilbud). Vi skræddersyr programmet, så det passer til deres behov, samtidig med at vi fremmer mødrenes selvstændighed og udvikling. På samme måde har vi mødre, der er meget intelligente og ambitiøse, og som påtager sig meget ansvar i deres familier. Vi skræddersyr også vores ydelser til dem og forsøger at give dem muligheder og støtte i deres udvikling.

### **Kulturelt sensitiv praksis**

De kultur-, klasse- og raceforskelle, der ofte findes mellem en hjemmebesøgende og den familie, der tilses, udgør en særlig række udfordringer. Udviklingen af et terapeutisk forhold afhænger af, om de håndteres med sensitivitet og omhu. Bevidsthed om, nysgerrighed over for, og respekt for kulturelle forskelle i oplevelsen af familien og viljen til at være åben og fordomsfri er en vigtig del af den hjemmebesøgendes arbejde.

### KAPITEL 3: HVAD DET VIL SIGE AT VÆRE ET MENTALISERINGSBASERET, REFLEKSIVT FORÆLDREPROGRAM

#### Introduktion

Et af MTB's primære mål er at forbedre forælders evne til at mentalisere eller reflektere over barnets oplevelse og dermed anerkende, at barnet har tanker, følelser, ønsker og intentioner, der er forskellige fra hendes/hans egne. Vi bestræber os også på at hjælpe forældre til at kunne beskrive *deres egne* tanker og følelser og at bløde op for de forsvarsmekanismer, der beskytter dem mod stærke og uhåndterlige følelser. Terapeutiske relationer med sundhedsplejersken og familiebehandleren giver mulighed for at skabe rum til udforskning og overvejelse. Det giver med andre ord forælderen et rum til refleksion, så hun/han med tiden kan begynde at forundres over spædbarnet og dermed forstå barnets udtryk og adfærd – først med klinikerens hjælp og siden ved egen hjælp.

Begge klinikere bestræber sig på at arbejde – i så vid udstrækning som muligt – på en "RF-måde". RF-arbejde er ikke en "separat" del af dette arbejde. Det giver en tilgang, som indrammer alt, hvad vi gør: udarbejdelse af en fødeplan, løsning af boligkrise eller reaktion på en mors depression. Det er en proces, vi beskæftiger os med så meget, som vi kan, gennem hele processen. Herunder kommer nogle grundlæggende præmisser for at arbejde på "RF-måden" (se også Allen, 2012; Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Bateman & Fonagy, 2004, 2006; Fearon, Target, Sargent, Williams, McGregor, Bleiberg & Fonagy, 2006; Holmes & Slade, 2018).

#### At arbejde på "RF-måden"

Når vi møder forældrene, har de typisk ikke de ord eller blot en ramme, der hjælper med at give deres tanker og følelser mening. De er i stedet i de følelser og tankers vold, som de ikke kan genkende eller regulere. Vi vil således beskrive de fleste af de forældre, vi møder, som havende lav eller endda ganske lav RF, når de starter på programmet. Dette kan manifestere sig på en række måder: De kan være følelsesmæssigt utilgængelige og lukke ned, have tilbøjelighed til episoder med dysregulering og impulsivitet, eller de kan virke distancerede og følelsesmæssigt uorganiserede. I mange af de familier vi ser, er det sjældent, at de giver åbent udtryk for følelser og selvrefleksion, og stærke følelser udgør ofte en trussel, der fornægtes, tages afstand fra, projiceres eller udtrykkes i handling.

MTB har til formål at skabe en ramme, hvor forældrene kan reflektere over tanker og følelser. Det kræver, at klinikerne opretholder en *reflekterende eller mentaliserende position*. En reflekterende position er en, der anerkender, at ukendte eller unavngivne tanker og følelser ligger til grund for adfærd. Derfor tager vi ikke adfærd for *pålydende* (mor er manipulerende og pågående) eller *prøver at ændre den*. I stedet betragter vi problematisk adfærd som et tegn på underliggende følelser og tanker, som vi er nødt til at *opdage og forstå*. At opdage og navngive tanker og følelser er nøglen til at modulere dem og i sidste ende ændre adfærd. Ligesom vi derfor for eksempel håber, at mødre kan reagere på deres barns raserianfald ved først at tænke "hvad sker der lige her? Hvad gjorde ham så ked af det?", reagerer vi på samme måde over for forældrenes vanskeligheder ved at tænke det samme. MTB-forældre kan først begynde at overveje deres følelser og tanker, når de føler sig trygge og forstået.

Denne proces udvikler sig over en længere periode. I nogle tilfælde er det kun muligt at opnå meget få fremskridt. Udviklingen af RF understøttes af både en omsorgsfuld relation og igennem vedvarende konkret støtte. I forlængelse heraf kan vi begynde at forestille os, hvilke følelser og tanker der ligger til grund for en forælders forsvarsmekanisme, og hvilke følelsesoplevelser de har haft i barndommen. På grundlag af det, vi ved om mor og hendes historie, prøver vi at forestille os, hvad hun tænker og føler, og forsøger at italesætte det i et sprog, som hun kan forstå. Vi sætter os i hendes sted. På grundlag af det vi ved om spædbarnet og dets historie,



prøver vi ligeledes at forestille os, hvad spædbarnet/det lille barn tænker og føler, og forsøger at italesætte det i et sprog, som hun kan forstå. Vi kan så begynde at forestille os og måske meningsgøre det for forælderen, som hun/han ikke selv kan. Vi tilbyder disse forestillinger forsøgsvis, spekulativt. Det er den måde, hvorpå vi giver en stemme til det, som forælderen ikke selv har ord for. Det betyder, at nogle af deres oplevelser bliver forståelige og sammenhængende, selvom de kun lytter.

"At undre sig" eller at være nysgerrig over for en forælders indre oplevelse betyder ikke nødvendigvis, at vi spørger hende, hvad hun føler. Det kan føles krænkende eller skamfuldt. De har tilpasset sig en måde, hvor de lukker andre ude, og forsvaret mod at dele indre oplevelser er en sikkerhedsmekanisme. Så vi forsøger at være forsigtige i vores spørgsmål om tanker og følelser, hvis vi overhovedet spørger. Vi ønsker at bløde op for forsvarsmekanismen, ikke at skærpe den (undvigelse, fornægtelse, aggressivitet, panik, osv.). Der kommer et tidspunkt, hvor vi kan undre os højlydt, men først forsøger vi at være følelsesmæssigt til stede og undre os *indvendigt*. Når vi kan mærke, at de hører det, vi siger, eller måske endda når de ikke gør, kan vi begynde at undre os højt og tilbyde vores hypoteser om årsagerne til deres smerte eller u hensigtsmæssige adfærd. At føle sig forstået i stedet for kritiseret hjælper forældrene til at føle sig trygge. Alligevel kan de opfatte klinikerne som truende og påtrængende, og deres forsvarsmekanismer kan let blive aktiveret. Vi undrer os på måder, der er hypotetiske og åbne for ændringer, og vi er opmærksomme på små trinvis ændringer i deres åbenhed over for selv korte drøftelser om deres tanker og følelser. Vi holder det enkelt og funderet i observationer af adfærd.

Det er ofte nødvendigt for den hjemmebesøgende først at fokusere på morens oplevelse, selv på bekostning af barnets, for at kunne skabe rum til morens undren over sit barn. For at moren kan tage sig af barnet og blive bevidst om og nysgerrig over for barnets oplevelse, skal moren selv holdes i hånden og næres af sin relation til den hjemmebesøgende. Dette kan kræve, at den hjemmebesøgende tilsidesætter sine bekymringer om babyen, mens hun bekymrer sig om moren med den hensigt at hjælpe moren med at falde så meget til ro, at hun får plads til babyen.

Hvis den hjemmebesøgende springer trinnet over, hvor hun har mor på sinde, og vender sig direkte mod barnet (måske pga. sin egen bekymring eller ængstelse), har hun ikke plejet morens evner til at have barnet på sinde, men har overtaget hendes rolle (i nogle tilfælde kan det naturligvis være absolut nødvendigt). Hvad vi i sidste ende forsøger at gøre er at skabe tilstrækkelig tryghed for moren, så hun kan lytte til sit barn (Close, 2001). Et af vores foretrukne ordsprog er Sally Provences påmindelse: "Du skal ikke bare *gøre* noget. Stå der, og vær opmærksom. Dit barn forsøger at fortælle dig noget!" Når mødre kan være opmærksomme og lytte, vil barnet blomstre.

- Prøv at tænke på refleksion – ikke som et *resultat* (dvs. noget moren skal gøre) – men som en *proces*, som *klinikerne* tager foringen i. Hvis klinikerne kan forblive reflekterende, følger forælderen forhåbentlig trop på et tidspunkt. Du skal ikke bekymre dig om at forbedre en mors refleksion. Prøv i stedet selv at forblive reflekterende.
- Forsøg at bruge ikke-truende, grundlæggende observationer af en mors følelsesmæssige tilstand. Forestil dig, hvordan det mon er at være hende eller barnet, og italesæt det i det mest enkle sprog for hende. Vær altid bevidst om, at din hypotese er netop det: en hypotese (ikke en sandhed): "Jeg spekulerer på, om det føles lidt skræmmende at skulle klare alt det her alene." "Jeg kan tage fejl, men gjorde det dig lidt vred?"
- Det er DIG, der sætter ord på hendes oplevelse. Hvis hun kunne, ville hun gøre det. Prøv at undgå at bede hende om at gøre, hvad hun sandsynligvis ikke kan. Det vil sige, du skal ikke presse moren, hvis moren har problemer med at beskrive sine følelser. Giv nænsomme forslag i stedet. Når hun kan sætte ord på sine følelser, skal du bifalde det!

## Strategier til forbedring af RF

Nedenfor finder du nogle af de grundlæggende strategier for en reflekterende kliniker.

Opbyg relationen:

1. Vær støttende, empatisk og beroligende
2. Fremhæv og ros kompetencer (i RF og andre områder)
3. Fremhæv moren og babyens forbindelse

Oprethold en reflekterende position:

1. Forsøg at opmuntre til nysgerrighed og forundring i forhold til egne og andres (ukendte) følelser eller tanker
2. Brug "hvad nu hvis?"-eksempler for at tilskynde familien til at lege med nye ideer
3. Valider morens oplevelse, før du tilbyder alternativer
4. Generér flere perspektiver – hvad kan der ellers være tale om?
5. Brug humor med omhu, og anlæg en munter tone, når det føles rigtigt
6. Bed moren om at afklare og uddybe, og anvend en udfordrende tilgang, når det synes passende
7. Knyt følelserne sammen med moren og barnets adfærd
8. Vær et spejl for morens følelser, så de reflekteres for hende, og forsøg at identificere og sætte ord på skjulte følelsesmæssige tilstande
9. Tal på morens vegne – mødre har ind imellem et begrænset ordforråd om følelser eller kun begrænset erfaring med at sætte ord på deres egne følelser
10. Tal på barnets vegne – sæt ord på barnets perspektiv, tal til barnet, beskriv barnets verden og oplevelse af samspillet
11. Bliv i nuet – stop, lyt, se, stop, spol tilbage, udforsk

Udnyt dine egne erfaringer:

1. Bliv bevidst om dig selv, dine reaktioner og dine følelser
2. Udnyt din baggrund som kliniker, dine egne følelser og dine erfaringer
3. Del dine følelser, når det er terapeutisk relevant
4. Stå ved det, når du som kliniker ikke ved, hvad du skal sige eller gøre
5. Anerkend fejltagelser, når de opstår, og vær opmærksom på brud i relationen
6. Hvis du bliver overvældet af følelser eller indhold, skal du forsøge at komme dig ved at sætte ord på dine følelser og tanker

### Selvevaluering

At arbejde reflekterende kan være meget svært, da trangen til at *gøre noget* kan være så kraftfuld.

Hjemmebesøgende skal beherske "dansen, der reflekterer og styrer" og finde den rette balance igen og igen. En måde at hjælpe hjemmebesøgende med at forblive reflekterende er at opfordre til rutinemæssig selvevaluering ved hjælp af de følgende retningslinjer, som er tilpasset fra Allen, et al. (2008).

#### ***Til enhver tid:***

Indtager jeg en position, hvor jeg ikke kender moren eller babyens oplevelse, og jeg er interesseret i at finde ud af det.

*Eksempel: "Fortæl mig mere. Jeg vil gerne forstå, hvordan det var for dig, og hvad du tænkte om det."*

Jeg stiller spørgsmål for at fremme udforskning og klarhed snarere end at tage svarene for pålydende, eller ikke følge op, eller formode, at jeg forstår.

*Eksempel: "Hvordan opfatter du det, når hun råber og smider sig på gulvet? Hvordan opfatter du den adfærd?"*

Jeg opmuntrer til at være nysgerrig.

*Eksempel: "Hvad tror du, han tænkte om det store brag?"*

Jeg validerer morens oplevelse, før jeg tilbyder alternative perspektiver eller omfortolkning.

*Eksempel: "Wauw! Det lyder, som om det gjorde dig rasende at læse hendes kommentarer på Facebook."*

Jeg forsøger altid at have barnet i tankerne, selv om det ikke indgår i vores samtale i en given session. Når jeg kan, forsøger jeg at bringe barnet ind i samtalen. Når jeg ikke kan, respekterer jeg det faktum, at moren for øjeblikket har brug for min udelte opmærksomhed.

Jeg fremhæver og roser refleksive kompetencer og andre områder.

*Eksempel: "Du har virkelig fundet ud af, hvad hun havde behov for, og nu kan jeg se, at hun smiler og er afslappet!"*

Jeg hjælper moren med at forestille sig "Hvad nu hvis?"

*Eksempel: "Hvad nu hvis du tog ham med ind i køkkenet, imens du laver mad?"*

Jeg spørger moren, hvordan hun opfatter sit barns eller sine familiemedlemmers motivation.

*Eksempel: "Hvorfor tror du, hun gjorde det? Hvad tror du, hun føler, når hun gør det?"*

Når jeg kan, forsøger jeg at tale på morens vegne og sætter ord på en kompliceret oplevelse.

*Eksempel: "Så da din mor sagde, at babyen græd, fordi han var sulten, og din tante tog ud for at købe modermælkserstatning, lyder det som om, du var bekymret for din mælkeforsyning, og over at babyen ikke spiste, og alting gik så hurtigt, at det var svært at tænke over, hvad babyen virkelig havde brug for på lige det tidspunkt."*

Jeg forsøger at tale på babyens vegne, hvis moren tilskriver babyen noget fejlagtigt eller ikke er engageret, når jeg observerer adfærd.

*Eksempel: "Åh mor, jeg græder så voldsomt, fordi du forlod lokalet, og jeg vidste ikke, hvor du gik hen!"*

Jeg forsøger at uddybe på tidspunkter, hvor moren kan overveje alternative perspektiver.

*Eksempel: "Ah... Det virker som om, du tænkte på, om hans gråd betød, at han virkelig var sulten, eller om det betød, at han prøvede at fortælle dig noget andet. Hvad tænkte du ellers, at gråden betød lige netop der?"*

Jeg spejler morens følelser, så de falder tilbage på hende i en modificeret form, dvs. på en reguleret, behersket og organiseret måde.

*Eksempel: "Babyens gråd kan være så svær at håndtere! Den gråd rammer dig bare, og man bliver på en gang bekymret, frustreret og ked af det. Det er svært at vide, hvad man skal gøre, når man har så mange følelser på en gang."*

Jeg fremhæver regelmæssigt morens og babyens bånd.

*Eksempel: "Se! Han kigger dig virkelig i øjnene. Når du kigger tilbage i hans, virker han så kærlig og fredfyldt!"*

***Når mødre gør modstand eller er negative:***

Når en mor kun kan anskue tingene på én måde eller på en negativ måde, forsøger jeg at iværksætte flere perspektiver.

*Eksempel: "Kan du forestille dig andre grunde til, at hun græder så voldsomt?"*

Jeg forsøger at omfortolke morens opfattelse af babyen eller af sig selv.

*Eksempel: "Tror du, vi kan tænke på det på en anden måde? Når han laver det ansigt og ser ud som om, han er vred, spekulerer jeg på, om han i virkeligheden er ked af det."*

Jeg udfordrer nænsomt en mors overbevisning om mig, sig selv eller andre.

*Eksempel: "I din erfaring med andre socialarbejdere virker det som om, de bare ville snage i dit liv. Spekulerer du på, om jeg vil være på samme måde?"*

Jeg bliver i nuet og hos morens aktuelle tanker og følelser.

*Eksempel: "Du virker virkelig vred." "Det lyder som om, det føles virkelig skræmmende for dig."*

Jeg afholder mig fra komplekse forklaringer på hendes og hendes barns følelser. Jeg har for vane ikke at bringe hendes tidligere historie op som en forklaring på hendes nuværende reaktion.

*Eksempel: Jeg undgår at sige ting som, "Åh, grunden til, at du føler dig så vred på dit barn, er, fordi din mor plejede at føle sig vred på dig."*

Når en mor ser tingene i sort/hvid og med absolut sikkerhed, konfronterer jeg hende ikke, men bruger teknikker så som udforskning, fælles overvejelse af alternativerne og deltagelse i aktuelle følelser.

*Eksempel: Moren siger: "Min søster er en møgunge. Hun får altid, hvad hun vil have, og jeg hader hende." Jeg svarer: "Hvordan går det for sig? Hvordan får din søster, hvad hun vil have?"*

Under et følelsesmæssigt udbrud fastholder jeg vores dialog, og jeg kommenterer ikke årsagerne til udbruddet. Jeg forsøger at afklare, hvad moren føler uden at tolke på det.

Jeg overvejer kun bagvedliggende årsager, når moren ikke længere er ekstremt ked af det.

Jeg forsøger at identificere udløsende faktorer i nyere interpersonelle oplevelser, herunder interaktioner med mig.

Når tingene bliver for "ophidsede", forsøger jeg at stoppe op, se, lytte, spole tilbage, udforske.

*Eksempel: "Du blev lige så oprevet ... kan vi stoppe et øjeblik og tænke over, hvad der skete lige der?"*

***Støtte mig selv som kliniker ved at være opmærksom på min egen oplevelse:***

Jeg er opmærksom på mine egne reaktioner og følelser, særligt når jeg bliver oprevet under et hjemmebesøg.

Jeg er opmærksom på brud i mit samspil med moren, og forsøger at sortere det fra, som på begge sider førte til bruddet.

*Eksempel: "Måske prøvede du at fortælle mig, at du ikke ville tale om det emne længere, og jeg forstod ikke, hvad du fortalte mig."*

Jeg bruger min egen erfaring under hjemmebesøget til at hjælpe med at forestille mig, hvad moren eller babyen kan føle.

Jeg deler mine følelser, når det er terapeutisk relevant.

*Eksempel: "Jeg er bekymret for dig. Hvis du beslutter at tæve den pige, der gjorde dig så vred, kunne du komme til skade, blive arresteret eller endda komme i fængsel."*

Når jeg føler mig overvældet af følelser eller indhold, sætter jeg ord på mine følelser og tanker.

*Eksempel: "Det her er virkelig svært at snakke om. Det bringer så mange følelser til overfladen. Lad os tage en dyb indånding og tale om, hvad der ville hjælpe dig til at føle, at der støttes op om dig."*

### **Nogle af udfordringerne ved at arbejde på "RF-måden"**

Der er en række intense og tilbagevendende udfordringer forbundet med at arbejde med personer, der har svært ved at mentalisere, eller som det ofte er tilfældet, er tilbøjelige til at være reaktive, impulsive og ude af trit med deres følelsesliv. Disse forsvarsmekanismer har været afgørende for forælderenes følelsesmæssige overlevelse. Derfor viger overlevelsesmekanismerne ikke hurtigt eller let, og faktisk betyder kliniske fremskridt ofte, at de kun skifter en lille smule. Vi minder ofte klinikere om at "glæde sig over de små skridt", fordi selvom forældre muligvis afslutter programmet og kun flygtigt er i stand til at navngive følelser og beherske deres adfærd, er de små skridt enorme skridt i forhold til deres egen og babyens udvikling.

Et af de begreber, der er nyttigt, når vi tænker over, hvad der så nemt kan ske klinisk, er det, som Fonagy og hans kolleger kalder "ikke-mentaliserende samspilsforløb" (Fearon et al., 2006).

#### **Et eksempel på et ikke-mentaliserende samspil mellem mor og barn**

*Moren forsøger at få sit lille barn til at sove. Han ønsker mere kontakt, og efter lidt tids klynken står han ud af sengen og går tilbage til sin mor. I det øjeblik oplever hun en intens følelse: "Jeg har brug for lidt tid for mig selv efter en lang dags arbejde med to job, ingen støtte, og jeg vil overhovedet ikke se på dig!" Da hendes søn kommer ind i lokalet, bliver hun vred, kan ikke forestille sig, hvad han er oppe imod, og hvad han kan have behov for i dette øjeblik. Hun reagerer prompte og uden refleksion (dvs. hun tænker ikke: "Han har ikke set mig hele dagen, måske har han bare behov for lidt opmærksomhed, måske lagde jeg ham i seng for hurtigt, fordi jeg er så udmattet, og jeg er nødt til at blive lidt hos ham og berolige ham osv.") og råber, at han skal gå tilbage i seng. Måske bevæger hun sig strengt mod ham og kræver, at han forlader lokalet. Måske tager hun hårdt fat i ham. Barnet, hvis ønske om kontakt er blevet underkendt (og i virkeligheden nægtet), føler nu sandsynligvis en række kraftfulde følelser: frygt (hun truer ham), vrede, tristhed osv. Og han føler sig sandsynligvis ude af kontrol.*

*Som følge deraf er han nødsaget til at handle og smider sig skrigende på gulvet. Han tænker (som et lille barn) ikke på sin mors behov for lidt ro, og hans bestræbelser på at styre moren med sin adfærd fører til en yderligere optrapning og til en indgribende, smertefuld og skræmmende interaktion. Det er let at forestille sig, at både mor og barn er meget dysregulerede og er i høj arousal nu. Søvn for barnet og fredfyldt alenetid for moren er nu helt umuligt.*

Et af vores vigtigste mål, rent klinisk, er at kortslutte overgangen fra voldsomme følelser til indgribende interaktion, tilskynde forældre med høj arousal til at overveje "hvad har han behov for? Hvordan får jeg ham tilbage i seng og til at falde til ro, så jeg kan få den alenetid, jeg har brug for?" Med andre ord, hvad prøver han at fortælle hende? Vi mener også, at begrebet ikke-mentaliserende samspil er yderst relevant for samspillet mellem moren og klinikerens.

#### **Et eksempel på et ikke-mentaliserende samspil mellem moren og klinikerens**

*Klinikeren (enten sundhedsplejerske eller familiebehandler) og moren diskuterer morens tilbagevenden til en voldelig kæreste. Moren har netop fortalt klinikerens, at hun tilbragte weekenden med kæresten, og tog barnet med. Dette til trods for, at der har været indgreb fra myndighedernes side og et krav om, at moren skal holde barnet væk fra faren. I det øjeblik føler klinikerens sig sandsynligvis både frustreret og bange på morens og barnets vegne, og bekymret over de juridiske konsekvenser, hvis dette kommer de sociale myndigheder for øre.*

*Klinikerens selv har skærpet underretningspligt, og hun er nødt til at overveje, om denne hændelse er underretningspligtig. Hun har gennemgået dette så mange gange med moren. Og nu er moren igen sammen med kæresten. I det øjeblik kan klinikerens (eftersom klinikere er mennesker!) begynde at minde moren om, hvor farligt dette er, fortælle hende, at hun har gjort noget risikabelt, brugt dårlig dømmekraft, udsat sin baby for fare osv. Alt dette kan faktisk være sandt. Moren er allerede holdt op med at lytte pga. klinikerens tone. Hun føler sig udsat for tvang og dømt og begynder at lukke ned. Muligheden for at få hende til at undre sig over, hvad det er, der trækker hende tilbage i forholdet, og undre sig over indvirkningen af dette forhold på babyen, går tabt. På grund af sin (fuldt forståelige) ængstelse har klinikerens mistet blikket for, hvad der sandsynligvis er meget gældende for moren: Hun er knyttet til denne mand, sikkert af alle mulige uheldige årsager, men hun er knyttet til ham.*

Dette er også et ikke-mentaliseringsspil, hvor begge parter forsøger (implicit, hvis ikke eksplicit) at styre og tvinge den anden: Klinikerens forsøger at få moren til at "se lyset", og moren forsøger at skubbe klinikerens og hendes egne bekymringer for sin egen og babyens sikkerhed væk. Der opstår et brud i den kliniske relation. Som det vil blive uddybet nedenfor, findes der en række teknikker, der kan bruges til at hjælpe moren med at reflektere over sine livsvalg uden at indtage en position, der får moren til at føle sig belært, bedømt, kontrolleret, eller skaber konflikt i forhold til partnerens ønsker og krav. Klinikerens vil give hende plads til at se alle mulighederne og udforske hendes egne ønsker og behov.

Ofte tilskyndes vi af forældrenes presserende problemer til at forsøge at fikse tingene. Andre gange føler vi, at vi er nødt til at reagere på deres krav, selvom de tydeligvis er anti-reflekterende (dvs. vi reagerer på og styrker dermed deres impulser). Selvom vi naturligvis ofte skal tage hånd om presserende situationer, og vi skal reagere på morens krav, er det virkelig vigtigt ikke at opgive en reflekterende position, selv når vi handler helt konkret.

For nu at ændre Sally Provinces ord en lille smule: "Du skal ikke gøre noget. Stå der, og vær opmærksom. Moren/faren forsøger at fortælle dig noget!" Det vil sige, vi forsøger (og det er ofte meget vanskeligt) at opretholde opmærksomheden på det, der sker for forældrene, hvad der udløser deres reaktioner, og om de udløsende faktorer findes i barndommen eller i øjeblikket. Når vi glemmer at have blik for forældrenes mentale tilstande i disse situationer, men i stedet reagerer på deres impulser (og vores egne), kan vi komme til at gentage og endda styrke utilpassede relations- og samspilsmønstre.

### **Mentalisering og trussel**

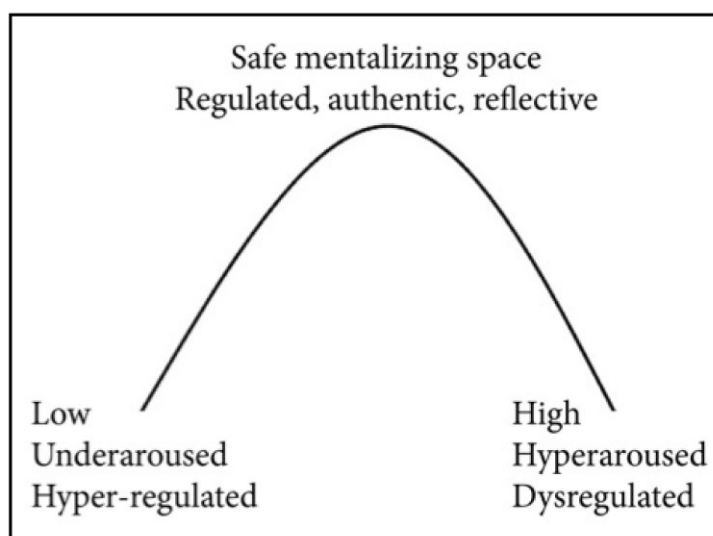
Evnen til at reflektere er mest nødvendig på tidspunkter med stærke følelser. Det giver mulighed for at skabe afstand, perspektiv og hjælper med regulering. Så hvis moren i eksemplet ovenfor kan have sit barns behov i tankerne, selv når hun er irriteret og overvældet, vil hun sandsynligvis kunne forblive forholdsvis reguleret og undgå at optrappe situationen. Og han vil føle sig forstået. Men tidspunkter med stærke følelser, og i særdeleshed tidspunkter, hvor der udløses traumatiske oplevelser, er samtidigt de tidspunkter, hvor det er mest vanskeligt at mentalisere.

Hos mødre, der har svært ved at reflektere på tidspunkter med stærke følelser, som føler sig truet af vrede, tristhed og andre potentielt traumatiske udløsende faktorer, aktiveres forsvarsmekanismerne hurtigt. Således

lukker en mor ned og bliver følelsesmæssigt distanceret og glemmer både sin egen og den andens mentale tilstande, bliver aktiveret og følelsesladet eller uorganiseret og potentielt skræmmende eller distanceret. Disse forsvarsmekanismer er forståelige sikkerhedsforanstaltninger, som hurtigt aktiveres af en trussel. Refleksion gør moren i stand til at regulere truslen på en anden måde. Det er grunden til, at det er særlig vigtigt at være opmærksom på, om forælderen føler sig truet og forsvarer sig, og at forsøge at forblive så tæt som muligt på forældrens oplevelse på disse tidspunkter.

Som nævnt ovenfor kan forældre kun udvikle evnen til at reflektere, snarere end at reagere, hvis de føler, de har tillid til os, og til at vi kan skabe en tryk ramme til svære følelser, at vi kan tåle disse følelser, navngive dem og acceptere dem. De skal også have tillid til, at vi ikke reagerer ved, at vi selv bliver truende: dømmes dem, frygter dem, vil styre dem, hvorved vi også bliver udløsende faktorer. Men mange elementer kan dog aktivere klinikerne: frygt for en forælders sikkerhed, for et barns sikkerhed, for en mors sundhed eller en barnets sundhed. Klinikere kan også føle sig truet, når forældre trodser dem eller ikke formår at ændre sig på den måde, som klinikerne ville ønske, de gjorde, eller føler, de burde. Når en kliniker er truet, kan hun også blive defensiv, kontrollerende, have fokus på at prædike eller at "gøre", eller være ikke-reflekterende. Når både klinikerne og forældrene er truet, er brud uundgåelige. Det vigtigste er, at klinikerne indser og anerkender, når hun er blevet aktiveret, og træder et skridt tilbage og forsøger at reetablere sin egen refleksionsevne.

Det, vi stræber efter (og som ofte kan være svært at opnå), er, at forælderen forbliver reflekterende, hvor hun kan opleve sine følelser, men samtidig tænke over og regulere dem.



## KAPITEL 4: HVAD DET VIL SIGE AT VÆRE ET TRAUMEORIENTERET PROGRAM

### Traume og MTB

#### Traume-eksponering

Mange af de familier, vi ser i MTB, herunder mødre, fædre og bedsteforældre, har oplevet svære traumer eller en høj grad af traume-eksponering, herunder seksuelt og voldeligt misbrug, forladthed, stofmisbrug hos en forælder og andre former for forstyrrelser i familien. Ud over flere former for traume-eksponering i barndommen bor mange MTB-familier også i traumatiserende miljøer. Det kan betyde, at moren er i et voldeligt forhold med sin partner eller familien er involveret i kriminalitet. Indvirkningerne af psykosocial modgang og fattigdom spiller også en rolle i alle henseender af forældres liv (Shonkoff, 2012). Uanset om det manifesterer sig i mangel på mad, tøj, bolig, tilfredsstillende uddannelsesmuligheder eller i hyppigheden af vold i lokalsamfundet eller i klassediskrimination og racisme inden for sociale systemer, er tilværelsen vanskelig for MTB-familier. De er ofte socialt isoleret og har ofte få muligheder.

## Robusthedsfaktorer

Der findes en række beskyttende faktorer eller robusthedsfaktorer, som kan afbøde de langsigtede virkninger af traumer. En afgørende og central beskyttende faktor er tilgængeligheden af en kærlig omsorgsfuld tilknytningsperson, som får barnet til at føle sig elsket, støttet og vigtigt. Lieberman og hendes kolleger (Lieberman, Padron, Van Horn og Harris, 2005) henviser til disse personer som "engle i børneværelset", centrale barndoms personer, som man får trygge og intime og glædesfyldte oplevelser med" (2005, s. 506-7). Andre vigtige faktorer omfatter at have en sammenhængende familiestruktur, hvor grænserne er klare og vedligeholdes på en fleksibel måde, loyalitet over for ens kære er intakt, kommunikationen er åben, og familietraditioner holdes i hævd og fejres. Andre forskere har understreget betydningen af dispositionsfaktorer såsom intelligens eller et let temperament, relationelle faktorer såsom en let tilgang til mennesker og en evne til at opsøge venner og støttende mentorer samt fleksibilitet, udholdenhed og kreativitet og indstillinger som håb og tro. Det ser vi også hos MTB-familier, og vi arbejder på at skabe gode barndomsoplevelser (Narayan, Rivera, Bernstein, Harris & Lieberman, 2017) i MTB-spædbørnenes liv (Se også Davies, 2010; Walsh, 2002).

## Traumesymptomatologi

Forældrenes eksponering for traumer er forskellig fra den måde, en sådan eksponering påvirker deres funktion. Traume-eksponering er i sig selv ikke ensbetydende med symptomatologi eller psykopatologi, det er snarere dybden og bredden af eksponering, der forbindes med mere alvorlige symptomer og funktionsnedsættelse. I mange år blev psykopatologien ved traumer dårligt forstået, og faktisk var den eneste traumerelaterede diagnose i DSM-5 eller ICD-10 posttraumatisk stress-syndrom eller PTSD. Denne diagnose beskriver ikke i tilstrækkelig grad de vanskeligheder, vi oplever i vores familier. Diagnosen udviklingsmæssig eller kompleks traumeforstyrrelse (C-PTSD) er mere nyttig (se Courtois, 2004; Courtois & Ford, 2013; Slade et al., 2017; Van der Kolk, 2014).

Courtois' (2004) undersøgelse om komplekse traumer hos voksne bør være obligatorisk læsning for en MTB-praktiker, da den på fin vis beskriver de ting, som traumatiserede forældre kæmper med. Courtois definerer *komplekse* traumer som "en type traumer, der opstår gentagne gange og på en kumulativ måde, som regel over en periode og inden for bestemte relationer og sammenhænge. [Udtrykket] omfatter alle former for vold i hjemmet og tilknytningstraumer, der opstår i familiesammenhæng og andre nære relationer. Disse former for overgreb i den nære familie/hjemmet finder ofte sted over længere tidsperioder, hvor ofret er indfanget og tilvænnet på en række forskellige måder." (2004, s. 412). En sådan eksponering forstyrrer den psykiske udvikling, udviklingen af krop og hjerne, og fratager mødrene den slags oplevelser, de har behov for, for at kunne bygge et stærkt fundament for senere læring, relationsopbygning og regulering på tværs af forskellige sfærer.

Symptomerne på kompleks traumeforstyrrelse er forskellige fra "enkel" PTSD, som typisk defineres som en reaktion på et akut traume eller en række af forbundne traumatiske begivenheder. Det er i modsætning til "personer, der er eksponeret for traumer over en række forskellige tids- og udviklingsperioder", som lider "af en række psykiske problemer, der ikke er indbefattet i PTSD-diagnosen, herunder depression, angst, selvhad, dissociering, stofmisbrug, selvdestruktiv og risikofyldt adfærd, problemer med interpersonelle og nære relationer (*herunder forældreskab*) og somatiske problemer samt fortvivlelse." (2004, s. 413). Denne beskrivelse indfanger mange MTB-forældre.

Courtois gør opmærksom på, at alle disse symptomer IKKE er symptomer på en række forskellige, samtidigt forekommende lidelser (dvs. moren har ikke angst og depression og en impulsforstyrrelse). Hvert symptom er snarere en del af underliggende "komplicerede posttraumatiske belastningstilpasninger." (2004, s. 414). De posttraumatiske belastningstilpasninger omfatter ændringer af 1) reguleringen af affektive impulser (impulsiv



uhensigtsmæssig adfærd), 2) opmærksomhed og bevidsthed (tendens til dissociering), 3) selvopfattelse (ekstrem skam, skyld og selvhad), 4) opfattelser af gerningsmanden (opfatter sig selv som slem og gerningsmanden som berettiget), 5) relationer (manglende evne til at opfatte andre som troværdige) og endelig 6) en tendens til at udtrykke det med kroppen, som ikke er til at holde ud følelsesmæssigt eller kan udtrykkes med ord.

Ved diagnosticering og behandling af kompleks traumeforstyrrelse er det disse *posttraumatiske belastningstilpasninger*, og ikke blot depression, angst eller endda PTSD i sig selv, der skal tages hånd om. Desværre bliver elementerne af posttraumatiske belastningstilpasninger, som Courtois (2004) beskriver, ofte fejl-diagnosticeret (og fejlbehandlet) som f.eks. depression eller angst, når de i virkeligheden bør betragtes som en del af en længere række tilpasninger, som i sig selv bør være behandlingens fokus.

### **Traumevurdering**

Typisk søger MTB-forældre ikke behandling for deres traumer, de indgår snarere i MTB for at modtage støtte under overgangen til forældreskabet. Således kan det tage måneder og nogle gange årevis at bestemme beskaffenheden af forælders traume-eksponering. Selv i de tilfælde hvor klinikere har adgang til traumehistorier via journaler, tager det ofte meget lang tid for forældrene at føle sig trygge nok til at tale om, hvad der er hændt dem. Det er vores erfaring, at de ofte åbner op i ryk eller på de mindst tænkelige tidspunkter. Det kan komme i takt med, at moren er ved at afslutte programmet, og mulighederne for skam minimeres. I nogle tilfælde vil mødre fortælle om deres oplevelser til neutrale forskningsassistenter, som indsamler data, når programmets afslutning nærmer sig. Nogle gange åbner de overhovedet ikke op, og vi står tilbage med vores tanker og mange, mange antydninger, men ingen beviser. Vi bliver ofte klar over omfanget af deres traumer – ikke gennem det, de fortæller os, men gennem dem de *er*, deres adfærd, deres tilbagetrækning, de skræmmende egenskaber de tillægger babyen, deres fragmenterede bevidsthedstilstand. Vi ser det også i deres forhold til deres krop, der ofte tjener som midlet for traumesymptomer. Som van der Kolk så rammende har observeret (2014) i sit arbejde om traumer, "kroppen holder regnskab."

Da man kan have brug for at forsvare sig kraftigt mod traumatiske oplevelser, vil forældrene ofte benægte, at en åbenlyst skræmmende begivenhed (fx at blive seksuelt misbrugt af ens egen forælder) har haft nogen indflydelse overhovedet. Det er vigtigt at huske, at traumets mest markante indvirkning er, at tanker, følelser og erindring kan være forvrængede. Kognition og hukommelse kan være fragmenteret, ulogisk og kaotisk, og følelser kan dæmpes, dysreguleres eller være utilgængelige. Både eksponering og afdækning af symptomer skal håndteres med stor omhu, da de kan udløse stor smerte og skam hos forældre. Det er meget vigtigt at holde øje med eventuelle brud, der stammer fra samtaler omkring sådanne emner, og at håndtere dem med det samme.

### **Traumearven**

#### **Usikre tilknytningshistorikker**

Mange, men ikke alle MTB-forældre, har lidt under forstyrrelser i deres tidlige omsorgsrelationer. Få har haft mødre og fædre, der var vedvarende tilgængelige og kunne give dem et trygt, forudsigeligt og kærligt miljø, hvor de kunne blomstre. I nogle tilfælde er dette kommet til udtryk i adskillelse og forladthed, hvor det i andre er kommet til udtryk på en mere ondsindet måde i kraft af fysiske og seksuelle overgreb. De fleste MTB-forældre er også vokset op under forhold med betydelig socioøkonomisk risiko, hvilket kan relateres til usikker tilknytning (Cyr, et al., 2010).

Mange (men ikke alle) MTB-forældre vil sandsynligvis klassificeres som "utrygge" i forbindelse med tilknytning, og af dem klassificeres mange som desorganiserede eller uafklarede i forhold til tilknytning. Utryghed kommer i tre former: undgåelse (hvor stærke følelser fornægtes), ængsteligt optagethed (hvor personen er optaget af deres negative tilknytningsoplevelser) og – mest alvorligt – desorganiseret tilknytning.

Desorganiseret tilknytning kan komme til udtryk på to måder hos voksne: Uafklarede eller hjælpeløst/fjendtlige forestillinger af tilknytning. Uafklaret tilknytning kommer til udtryk som fragmenteret, kaotisk, idyllisering omkring traumat, tab af tidsfornemmelse og fornemmelse af rum og retning og svigt i forhold til udtryksevne. Dette kan ofte gøre det meget svært at få en fornemmelse af, hvad der egentlig skete. Fjendtligt/hjælpeløse forestillinger kan vise sig under graviditeten (Terry, 2018) fx i identifikationer med en fjendtlig eller hjælpeløs omsorgsperson, i narrativer om frygt, ved at grine af smerte, ved blokering, og i en manglende evne til at reflektere over barndommens traumer (se Lyon-Ruth et al., 2005).

Sådanne signaler øger sandsynligheden for, at mor-barn-relationen vil blive forstyrret. Når man har en traumehistorie, er de intense følelser og længsler, der fremkaldes ved at blive forældre, tilbøjelige til at udløse adskillelse og tilbagetrækning, behov og afhængighed eller desorganiserede og dysregulerede bestræbelser på at regulere nærhed. Alt dette er adfærd som kan true barnets psykiske udvikling. Derfor er det meget vigtigt for klinikere at være opmærksomme på de typer af adfærd, og de måder de påvirker arbejdet med familierne.

Morens forhold til sin krop, hendes fysiske sundhed og barnets er også dybt påvirket af hendes tidlige tilknytningsoplevelser. Selvom det typisk får meget lille opmærksomhed i tilknytningslitteraturen, har usikker tilknytning, som starter i den fysiske relation mellem en mor og et spædbarn, en dyb indvirkning på den voksne kvindes evne til at lytte til sin krop eller til at anerkende sit barns fysiske behov og signaler. På samme måde forvrænger traumer forholdet mellem kroppen og dens "sprog". Når kroppen, som en mor udtrykte det, er "gerningsstedet", er den ikke længere kilde til selverkendelse og selvfølelse, men snarere et tegn på fjenden og på stor fare. Derfor kan traumeofret være hæmmet eller forhindret i evnen til at lytte til kroppen og dens signaler. Utrygt tilknyttede voksne har ofte et komplekst forhold til fysisk sygdom og sundhedspleje. De giver for eksempel udtryk for flere forskellige fysiske problemer, men finder meget lidt tilfredsstillelse i at søge hjælp, og de kan i stedet modarbejde mulig hjælp (Slade, 2004; Slade, et al., 2005b). At klage over noget somatisk kan blive en måde at udtrykke uudholdelige eller farlige behov og ønsker på.

### **Relationsudfordringer**

Afhængigt af de typer af traumer, man har oplevet, kan det være meget svært at etablere og opretholde trygge, kærlige interpersonelle relationer. Således ser vi ofte, at mange af de forældre, vi arbejder med, er i konflikt med eller helt fremmedgjort fra barnets far, eller har utilfredsstillende og ofte destruktive forhold til partnere, og finder ringe trøst eller omsorg hos deres oprindelige familier. Nogle har påtaget sig rollen som forsørger i deres egne familier og er nødt til at arbejde mange timer for at sørge for bolig og mad til slægtninge. Dette lover ikke godt for deres evne til at skabe en tryk base for deres børns behov for både nærhed og selvstændighed. Forældre, der har haft traumatiske tilknytninger, er mere tilbøjelige til at skræmme eller trække sig fra deres børn, at håne deres smerte eller bytte roller, så barnet tvinges ind i en omsorgsgivende rolle. Forestil dig, hvor svært det ville være at finde tryk og sikkerhed hos en forælder, der dissocierer, er følelsesmæssigt dysreguleret, selvhadende og fjernet fra sin kropslige erfaring. En historie med utryk tilknytning og i særdeleshed traumatisk tilknytning har også en mærkbar indvirkning på morens evne til at udvikle terapeutiske og tillidsfulde relationer med de hjemmebesøgende. Når man lever med et tilknytningstraume, er det særligt svært for forældre at engagere sig på en vedholdende måde med den hjemmebesøgende, og det kan føre til perioder med tilbagetrækning, mistænksomhed, splitting, overafhængighed og vanskeligheder. Disse perioder kan være meget stressende for klinikerne og skal håndteres jævnlige i supervision (se kapitel 9).

### **Toksisk stress**

En af de kraftigste virkninger af vedvarende traumer er den kroniske forhøjelse af stresshormoner, som kan føre til en række fysiologiske, neurobiologiske, hormonelle og epigenetiske forandringer samt forringede udviklingen af eksekutive funktioner (Shonkoff, 2012). En forsinkelse i udviklingen af de eksekutive funktioner betyder

blandt andet, at børn vil få svært ved at lære, møde op, aflæse sociale signaler, gennemtænke deres beslutninger og udvikle følelsesmæssig kontrol. En model, der anvendes til at beskrive disse virkninger, er den toksiske stressmodel (Shonkoff, 2012). Denne model skelner mellem tre niveauer af stress og miljømæssig reaktion: positivt stress (en sund og normal del af udviklingen, ledsaget af et støttende miljø), tåleligt stress (alvorlige og længerevarende stressfaktorer, der ikke desto mindre afhjælpes af støttende voksne), og toksisk stress (voldsom og hyppig/langvarig modgang uden voksenstøtte). Inden for denne model omfatter modgang ikke kun personlige traumer, men også samfundsmæssige traumer. Længerevarende toksisk stress forringer i høj grad udviklingen af stabile stressreguleringsmekanismer, og den udsatte står tilbage med varige tilstande af under- eller overarousal, og er enten i en mærkbar forsvarstilstand, nedlukkede og endda dissocierede eller dysregulerede, stærkt ophidsede, labile, og er prisgivet overfor stærke følelser. Disse skift mellem under- og overarousal udsætter forældrene for de skadelige virkninger af kronisk høje niveauer af kortisol og andre biologiske indikatorer på deres belastningsreaktion. Afdækning af biologiske markører for belastning gør det muligt for forskere at spore virkningen af belastning på biologiske systemer, samt at målrette indsatser for at sænke belastningspåvirkningen (Johnson, Riley, Granger & Riis, 2013).

## Traume og MTB-indsats

De grundlæggende elementer af MTB's traumeorienterede tilgang er følgende:

### **1. Vi arbejder på at hjælpe forælderen med at føle sig trygge i relationen til os.**

Bessel van der Kolk (2014) er en af verdens førende traumeteoretikere. Efter hans opfattelse er en to-spors tilgang nødvendig for behandlingen af traumer. Det første spor handler om etableringen af en tillidsfuld terapeutisk relation. Den mest rodfæstede traumeerfaring er manglen på en grundlæggende følelse af tillid til andre.

Den første fase i håndteringen af traumer er etableringen af tillid og tryghed. Selv om vi kan opfatte os selv som generelt venlige og pålidelige, er det ikke nødvendigvis forældrens opfattelse af os, og før de får en rodfæstet oplevelse af deres relation til os som tryk, er det terapeutiske arbejde reelt ikke muligt. I MTB kan etableringen af tryghed være det eneste, der udrettes på de 27 måneders arbejde med forælderen. For nogle forældre er dette et enormt fremskridt i deres oplevelse af sig selv og andre. Forhåbentlig vil det også få dem til at åbne op for andre positive livserfaringer i de kommende år, og øge deres villighed for senere udforskning af deres traumatiske oplevelser.

### **2. Vi arbejder på at hjælpe forældrene med at udvikle måder at løse op for overdreven vagtsomhed, ved at afspænde kroppen.**

Det andet spor i van der Kols tilgang er at udvikle strategier til at afspænde kroppen og i højere grad afstemme kropslige fornemmelser. Dette er et vigtigt skridt i at hjælpe med at regulere tilstande for hyper- og hypoarousal, som udelukker kognitiv og følelsesmæssig bearbejdning. I tråd med dette hjælper vi forældrene med brugen af en række mindfulness- og kropsafspændingsteknikker til at fokusere følelser og hjælpe med at slappe af (se kapitel 7 og 8).

### **3. Hvis vi er opmærksomme på traumatiske oplevelser i forældrenes historie, men ikke hører om dem fra forælderen, nævner vi dem kun, når vi kan sikre forældrens følelsesmæssige tryghed. Vi har forståelse for, at hun ikke desto mindre kan vælge ikke at drøfte dem yderligere.**

Det kan være meget frustrerende at have indsigt i en mors eller fars historie, blot for at opdage, at forælderen ikke ønsker at tale om den eller aldrig nævner den. Vores opgave er, at gøre alt hvad vi kan, for at sikre følelsesmæssige tryghed og derefter forsigtigt se om forælderen er mere åben over for at fortælle historien. Desværre kan der i traumelitteratur være for stor vægt på vigtigheden af at få en forælders traumefortælling frem i lyset. Dette er nogle gange et *sidste skridt* i MTB. Som vi nævnte tidligere, opfatter mødre ikke nødvendigvis MTB som et program, hvor man skal drøfte deres traumer. Ud fra deres perspektiv kan de

muligvis ikke engang se, hvordan deres traumer er relevante for deres erfaringer som forældre. Selvom vi kunne ønske, at de når til det punkt, deler forældre sjældent den opfattelse, når de starter på programmet.

**4. Vi anerkender, at forældrenes "historie" sandsynligvis kommer til overfladen på måder, der kan forvirre os eller ikke giver meget mening. Dissociering, blokering og panik er naturlige forsvarsmekanismer til håndtering af ubærlig smerte.**

Personer, der lider af traumer, gør hvad de kan for at blokere for smerten og rædslen. De erfarer praktisk talt deres oplevelser sammen på måder, så de ikke virker så levende og truende. Jo yngre de var, da de traumatiske oplevelser fandt sted, des tydeligere er virvaret. Det, vi ser, er primitive forsvar, irrationelle tanker, fornægtelse, usammenhængende historier og uoverensstemmende erindringer. Vi skal huske, at disse er selvbeskyttende strategier, der har deres helt egen funktion og betydning i håndteringen af stor smerte. Der er ikke tale om forsætlige eller bevidste afledningsmanøvrer. Traumeofre har ofte meget svært ved at se det "store billede", for hvis de gør det, bliver de konfronteret med uudholdelige følelser og bekymringer. Derfor leves livet i nuet på et håndgribeligt niveau. Der skal handles på impulser, og det er svært at affinde sig med frustration. Mere modne copingstrategier, der ville bane vejen for en højere grad af organisering og regulering, er enten helt fraværende eller fungerer kun i ringe grad og periodisk. Mens vi arbejder på at bløde disse forsvarsmekanismer op og hjælper mødre med at stole på os og deres egne følelser, må vi ikke miste forståelsen for de bagvedliggende årsager til deres frygt for vores venlige tilstedeværelse i deres liv, samt deres frygt for deres egne og barnets følelser og tanker.

**5. Vi holder øje med tegn på posttraumatiske belastningstilpasninger og forsøger at håndtere dem (i stedet for at håndtere traumat direkte). Det vil sige, at selv når adgangen til traumerne er blokeret eller fornægtet, forbliver vi opmærksomme på deres manifestering i andre former og forsøger at reagere på dem klinisk.**

Når en forælder ikke kan fortælle sin historie, eller når historien kun er fragmenteret og diffus, har vi mange måder at være opmærksomme på virkningerne af traumatiske oplevelser. Vi har ikke behov for eksplicite historier for at vide, at der har været traumer. Vi kan være opmærksomme på de posttraumatiske belastningstilpasninger, beskrevet af Courtois ovenfor. Når forældre dissocierer, bliver massivt dysregulerede, føler at de ikke kan bevæge sig eller drukner i fortvivlelse, idealiserer deres voldelige partnere eller familiemedlemmer, eller ser sig selv i gerningsmandens lys (fx at de har fortjent overgrebet), ser vi det som tegn på traumer.

**6. Hvis forælderen er villig til at tale om sine traumatiske oplevelser, anerkender vi, hvor stort det er for hende at gøre det, og fortsætter forsigtigt, åbent og respektfuldt.**

Dette punkt burde være selvindlysende, men er det nogle gange ikke. Selv når begivenhederne har fundet sted i en fjern fortid, kan det være meget svært at drøfte dem med en anden – både pga. smerten, der følger med at åbne op for begravede følelser, og pga. frygten for ydmygelse som så ofte følger i kølvandet af afsløringen af skamfulde og mørke dele af ens fortid.

**7. Vi forstår, at selv når en traumefortælling er blevet italesat, kan forælderenes evne til at tænke på sin historie og reflektere over sine følelsesmæssige oplevelser være ret begrænset. Når det er muligt, vil processen med at vende tilbage til denne fortælling over tid medføre forløsning.**

At sætte ord på sine oplevelser og fortælle historien i så klare vendinger som muligt er en enorm bedrift. Men det er kun ét skridt i en livslang proces. Over tid og i kraft af genfortællinger begynder følelserne og minderne i forhold til vigtige barndomsbegivenheder – ofte med centrale tilknytningspersoner – at dukke langsomt op, og historien begynder at give mening på en dybere måde. Først da kan forælderen begynde at reflektere over oplevelsernes indvirkning på forældreskabet og andre centrale relationer i hendes liv. Vi ved, at mødre der har oplevet traumer som børn ofte har fået at vide af andre, at de skal "komme over det, ikke tænke på det, glemme det, komme ud af følelserne", eller at de "er skøre". De har brug for vores tilladelse og trygheden i den

terapeutiske relation til at udforske dem.

### **8. Vi holder øje med, hvordan traumatiske oplevelser gentages i forhold til barnet.**

Selma Fraiberg har forfattet følgende vigtige udsagn: "I hvert et børneværelse er der spøgelser. De er de besøgende fra forældrenes glemte fortid, de ubudne gæster til barnedåben. Under alle gunstige forhold forvises de uvenlige og ubudne gæster fra børneværelset og vender tilbage til deres underjordiske bolig. Barnet gør sit eget nødvendige krav på forældrenes kærlighed og i lighed med eventyrene, beskytter kærlighedens bånd barnet og dets forældre mod ubudne gæster, de ondsindede spøgelser"(Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975, s. 387). Forfatterne beskriver indblandinger fra de milde spøgelser, der dukker op, når normale udviklingsmæssige problemer udløser gamle konflikter, som løses let til indblandinger fra de meget alvorligere spøgelser, som ikke blot truer udviklingen men også trygheden. Når det sker, betragtes spædbarnet ikke som en person i sig selv men gennem øjnene af spøgelserne fra morens fortid. På tragisk vis bringer moren fortiden ind i nutiden. Tragedien gentages hovedsageligt, fordi mødrenes barndomsfølelser var for svære at rumme eller anerkende. De husker muligvis fortiden, men ikke de følelser der fulgte med, især ikke frygten. Denne gamle frygt vækkes til live i relationen til barnet, men hvor moren "identificerer sig med aggressoren" og vækker følelser i barnet, som hun ikke selv kunne føle (Fraiberg et al., 1975).

Det er vores erfaring, at mange af MTB-familierne kæmper med spøgelser fra fortiden, som med stor kraft har taget bo i børneværelset. Uanset om vi kender historien er der fingerpeg om, hvad nogle af spøgelserne består af, og hvordan de manifesterer sig. Klinikerens skal vende tilbage til dem igen og igen enten ved at optrælle historien langsomt sammen med moren, eller blot ved at observere spøgelserne og bemærke deres tilstedeværelse i morens hverdag. Dette er en måde at tænke på *betydningerne* bag en mors følelser om sig selv, sin baby og andre, der er tæt på hende. "Hvorfor" vender denne mor sig væk fra sit barn, "hvorfor" føler hun ikke, at hun har et andet valg end at få et nyt barn osv. Ofte giver svaret på "hvorfor" ikke nogen fornuftig mening, men samtidig giver det i høj grad *psykologisk* mening (hvorfor skulle jeg være berettiget til at leve et anderledes liv end min mor?)

### **9. Selv når aktuelle relationer tydeligvis er farlige for forældrene, anerkender vi kompleksiteten af deres bånd og forsøger at forstå dem. Hvis vi direkte truer disse relationer, risikerer vi at skade den terapeutiske alliance.**

Forældrene er ofte involveret i vold i hjemmet og relationel vold. Under disse omstændigheder er klinikerens mål at beskytte både moren og babyen (eller i nogle tilfælde beskytte faren og babyen). Som følge deraf kan klinikerens mene, at moren burde forlade sin partner. I disse tilfælde kan klinikerens opfattelse være i konflikt med morens tilknytning (uanset hvor usikker og farlig den er) til sin partner eller et andet familiemedlem, og hendes håb for familielivet. De hjemmebesøgendes ængstelse og endda insisteren på, at moren tager afstand fra sin voldelige partner, kan uværgeligt rykke moren tættere på sin partner, medmindre der tages hånd om hendes tilknytning til partneren og hendes følelse af at være uværdig og håbløs. Dybt inde er hun muligvis slet ikke i stand til at forestille sig nogen anden form for tilknytning, eller hun synes ikke, hun har fortjent bedre.

### **10. Vi holder øje med, hvordan traumatiske oplevelser gentages i forhold til begge klinikere.**

Hvordan påvirker fortidens traumer kliniker-forælder-relationen? Hvordan påvirker fremstillinger af tilknytning og tilknytningstraumer forælderens evne til at skabe det der bedst kan kaldes en terapeutisk alliance? Som vi nævnte tidligere, er det tydeligt, at det kan være svært for forældrene at have tillid til os. Men ofte påvirker andre mere subtile virkninger af fortiden klinikerens-forælder-relationen. Forældrene kan finde på ikke at bede om hjælp, bliver mistænksomme, manipulerende, vrede, splidskabende osv. Den slags forestillinger om klinikerens, som forhåbentlig er forbigående, betegner psykodynamiske terapeuter som overføring. Enhver hjælpende person i en omsorgsgivende rolle er tilbøjelig til at blive set gennem en række forskellige øjne, og mange af dem er resultatet af tidligere erfaringer. Jo mere en kliniker er forberedt på dette og kan anerkende det

som en meningsfuld kommunikation fra forælderen og ikke en personlig fornærmelse eller et bevidst kneb jo bedre. Når klinikerer reagerer på disse budskaber som "virkelige" i stedet et ekko fra fortiden, er den kliniske alliance og det kliniske arbejde i fare. Sådanne hændelser skal håndteres under supervision.

### **11. Vi anerkender og bekræfter tegn på robusthed og styrke.**

Selvom MTB-familier ofte har vanskelige liv, kan der være skjulte reserver af styrke og nærvær i hver familie. Disse kan komme til udtryk på forskellige måder, fx at unge mødre vender tilbage til arbejde og skole, at de løsriver sig fra destruktive partnere, og – måske mest væsentligt – ved at byde teamet af hjemmebesøgende velkommen i deres hjem og hjerter. Deres engagement i programmet vokser med tiden, hvilket aktiverer flere positive fremstillinger af at blive næret og draget omsorg for, når der kommer engle frem for spøgelse (Lieberman, et al., 2005). Således giver positive forældre-erfaringer (eller bedsteforældre eller nærtstående voksne) inden for behandlingens rammer en "udviklingsfremmende kraft, der er lige så vigtig for terapeutisk arbejde som at kunne rumme, tæmme og uddrive spøgelse"(s. 506). Og på den måde ser vi efter engle og spøgelse, uanset i hvilken form de manifesterer sig i forhold til barnet.

**DEL 2:**  
**INDSATSENS STRUKTUR OG FORMAT**  
**KAPITEL 5:**  
**INDSATSENS FASER OG**  
**UDFØRELSEN AF ET HJEMMEBESØG**

**Oversigt over indsatsen**

I dette og de følgende kapitler introduceres MTB-indsatsen ud fra en række synsvinkler: Indsatsens struktur og processen med både indsatsen og et individuelt hjemmebesøg. Det er vigtigt huske på tre ting under læsningen af dette afsnit. For det første er der ingen opskrift på et hjemmebesøg. Som det bliver tydeliggjort gennem de følgende kapitler, skal den hjemmebesøgende opretholde en fleksibilitet i forhold til forventninger og mål. Det er denne fleksibilitet, der vil gøre det muligt at yde den mest hensigtsmæssige og følsomme omsorg for familien. For det andet: På trods af at klinikerer har viden om familien og på den baggrund kan opstille mål for det første hjemmebesøg, skal disse mål revideres løbende i takt med situationer i hjemmet. Derfor indeholder denne manual ikke forskrifter men snarere retningslinjer for håndtering af en række problemer og forhold.

Endelig, og dette kan ikke understreges nok, er afdækning en løbende proces på tværs af alle besøg. De hjemmebesøgende har altid fokus på forælders styrker og konfliktområder, udviklingsmæssige fremskridt og tilbageslag. Det at se og lytte er afgørende for at yde den type omsorg, der vil gavne og hjælpe mødre mest, og som beskytter barnet og dets udvikling mest.

**Rekruttering**

I forbindelse med henvisning af familier til MTB er det vores anbefaling, at begge MTB professionelle møder familien sammen første gang, og beskriver MTB-programmet. Det er ved dette besøg, at de første indtryk af indsatsens art og fokus bliver skabt. Som en del af rekrutteringsprocessen uddeler de hjemmebesøgende information, som giver en fornemmelse af, hvad MTB har at tilbyde.

**Indledende engagement og afdækning**

Denne fase varer typisk ca. 5 besøg, selvom dele af familiebehandlerens afdækning kan fortsætte frem til fødslen. Sundhedsplejerskens første besøg sigter mod at foretage en sundhedsvurdering af moren (se kapitel 7). De besøg, der udføres af familiebehandleren, sigter mod at indhente en psykosocial historie (se kapitel 8). Omkring det tredje til femte besøg udføres graviditetsinterviewet af familiebehandleren i samarbejde med sundhedsplejerske (som observatør). Når disse besøg er afsluttet, begynder indsatsen formelt. Selvom denne fases formelle fokus er på afdækningen af morens fysiske og mentale trivselstilstand, betragtes den også som et indledende og vigtigt skridt i at engagere familierne og i at give dem en fornemmelse af den hjemmebesøgendes mulighed for at hjælpe. Dette er klinikerens mulighed for at formidle sin interesse og tilstedeværelse på en måde, der udgør det første skridt i udviklingen af terapeutiske og tillidsfulde relationer.

**Fortrolighed og samtykke**

Mens de er i MTB, modtager familierne næsten altid andre ydelser: sundhedspleje eller lægehjælp, sociale indsatser m.m. I aftale- og afdækningsfasen skal klinikerne afdække, hvilke andre sociale indsatser familien modtager, så de kan arbejde sammen *med familien* om at samarbejde med sundhedspersoner og lokale myndigheder. Det er vigtigt at være opmærksom på, om der skal indhentes informeret samtykke, når oplysninger deles på tværs af sociale indsatser.

Familierne har brug for at vide, hvem klinikerer vil tale med, hvilke slags oplysninger der vil blive udvekslet, formålet eller årsagen til udvekslingen og det eventuelle resultat. Familierne skal også forsikres om, at deres

oplysninger ikke bliver delt med andre end den eller de personer, de har givet klinikerne samtykke til at kommunikere med. I krisetider eller nødsituationer, hvor politiet eller de sociale myndigheders indgriben er påkrævet, og der ikke er mulighed for skriftlig samtykke, *arbejder MTB-klinikerne stadig sammen med familien* om at nå det bedst mulige resultat. Tydelig og omsorgsfuld kommunikation om sikkerhed, vold, børnemishandling eller en hvilken som helst anden bekymring, der peger på overhængende fare, er afgørende for beskyttelsen af relationen mellem klinikerteamet og familien.

## **Indsatsens faser**

### **Den prænatale fase**

De hjemmebesøgende besøger familierne hver anden uge. Således får familierne besøg af sundhedsplejersken i uge 1, familiebehandleren i uge 2, sundhedsplejersken i uge 3 og så videre. Hyppigheden af besøg vedrørende sundhed eller mental trivsel kan øges efter behov. Når fødslen nærmer sig, kan besøgene øges i takt med, at ængstelsen bygger op. Mødrene kan have behov for bestemte former for hjælp fra de hjemmebesøgende, herunder fødeplaner og konkrete tjenesteydelser.

### **Fødslen og den postnatale fase**

Hvis det er muligt, besøger MTB-klinikerne hospitalet, når barnet er født. Dette er et kort, venskabeligt besøg med et lykønskingskort og en lille gave. Der foretages i denne periode afdækninger af behovet for støtte til amning, sundhedsproblematikker vedrørende den nyfødte eller moren, nødvendig beklædning, babyudstyr osv. Vedvarende støtte og besøg er påkrævet, hvis babyen ligger på intensivafdelingen for nyfødte. Begge de hjemmebesøgende forsøger, at besøge familien i hjemmet i løbet af den første uge efter familien er udskrevet fra hospitalet. I perioden umiddelbart efter fødslen vurderer klinikerne, hvor meget omsorg og støtte den nye mor og familien har brug for. Nogle forældre ønsker privat tid med deres familier og foretrækker ikke at have en masse hjemmebesøg. I det tilfælde er klinikerne nogle gange nødt til at finde måder at få aftaler med familien på igen efter den første tilpasningsperiode. Hvis en sundhedsplejerske også kommer i hjemmet, kan det tage tid for forældrene at føle sig tilpas med de forskellige klinikere i hjemmet. Denne situation kræver samarbejde og koordinering mellem sundhedsplejeren og MTB-klinikerne.

### **Besøg det første år**

Familier besøges ugentligt hele det første år af barnets liv. Sundhedsplejersken og familiebehandleren skiftes til at aflægge besøg og ser derfor typisk moren to gange om måneden. Hyppigheden og typen af besøg vurderes dog løbende og tilpasses familiens behov. Hvis der er en medicinsk krise, øges sundhedsplejerskens besøg, selvom dette ikke nødvendigvis betyder, at familiebehandlers besøg aftager. På samme måde kan antallet af besøg af familiebehandleren øges, hvis der er en krise i den mentale trivsel. Alle beslutningerne træffes konkret i hvert enkelt tilfælde og uge efter uge.

### **Overgangsfasen**

Nogle måneder inden barnet fylder ét år, vurderer klinikerne, om det er hensigtsmæssigt at ændre hyppigheden af familiens besøg til hver anden uge. Beslutningen træffes på grundlag af en afdækning af familiens ressourcer og parathed. Når antallet af hjemmebesøg reduceres, ændrer hver kliniker sine besøg fra to gange om måneden til én gang om måneden. Timing af dette skift er individuel. Nogle forældre er tydeligt klar til at skifte, når deres barn fylder et år, mens andre har brug for, at det første års intensive tidsplan opretholdes i adskillige måneder eller mere. Der kan for eksempel være en medicinsk eller udviklingsmæssig ustabilitet hos babyen, eller moren kan være for følelsesmæssigt eller socialt skrøbelig til at håndtere skiftet. Teamet træffer denne beslutning løbende, og hvis de vurderer, at skiftet til besøg hver anden uge ser ud til at efterlade moren med mindre støtte, end hun har brug for, genoptages de ugentlige besøg.



## **Besøg det andet år**

Der aflægges typisk besøg hos familierne hver anden uge i løbet af det andet år, så familierne kun ser sundhedsplejersken og familiebehandleren en gang om måneden. Der bruges SMS-beskeder til at minde mødre om den nye tidsplan, som oplyser hvem der aflægger besøg den følgende uge.

### **Afskedsfasen**

Målet er at afslutte familierne lige efter barnets anden fødselsdag. Familierne bliver mindet om den kommende afslutning *tre til fire måneder inden afslutningsdatoen*, så de har tilstrækkelig tid til at tage afsked med begge de hjemmebesøgende. Afskedsfasen sker over en række sessioner, hvor de mange skridt, som forælderen har taget, og de ændringer, der er foretaget, gennemgås på en positiv måde. Dette er en mulighed for den hjemmebesøgende til at styrke den indsigt, familien har opnået, og understøtte den spirende og stadig mere komplekse forståelse af deres barn. Den hjemmebesøgende gennemgår de forandringer, der har været i barnets udvikling, fra nyfødt til blomstrende barn. Begge hjemmebesøgende deltager sammen i det sidste besøg i hjemmet. Det er altid vigtigt at huske, at afskedsperioden kan være meget svær for forældrene, særligt de forældre, der har kæmpet med tilknytningstab og -forstyrrelser.

### **Grundlæggende elementer i hjemmebesøget**

Der er en grundlæggende struktur og proces for alle hjemmebesøg, uanset om de aflægges af sundhedsplejersken, familiebehandleren eller dem begge. Den generelle ramme for hjemmebesøg følger fire faser, der omfatter forberedelse, engagement, udførelse af hjemmebesøg og afslutning af besøget. I de følgende afsnit beskrives en generel skabelon for hjemmebesøg.

#### **Besøgsforberedelse**

Som forberedelse til hjemmebesøget tager klinikerne barnet og forælders udviklingsstadiet i betragtning. Dette efterfølges af en gennemgang af de sandsynlige temaer, der vedrører sundhed, tryghed, barnets udvikling og forældreskab. Afhængigt af besøgets fokus (sundhedspleje eller mental trivsel/socialrådgivning) omfatter denne gennemgang også sundhedsspørgsmål, mentale trivselsproblemer, familie- og husholdningsspørgsmål og andre anliggender, der er blevet fastlagt for familien tidligere.

#### **Materialer til brug under hjemmebesøg**

Det tager tid og omtanke at vælge materialer til udlevering. Overvej niveauet for læsefærdighed og udleveringsmaterialets appel. Farvedigrammer og billeder er nyttige til at forklare nye begreber. Interaktive videoer eller spørgeskemaer kan bryde ensformigheden i jeres tid sammen. Forældre er travle mennesker og ordrige udleveringsmaterialer bliver måske aldrig læst. Nogle gange kan klinikerne være nødt til at udvikle deres eget materiale.

#### **Materialer der gives til familierne**

Bøger og legetøj gives til familierne under hele indsatsen.

- Til at markere særlige lejligheder såsom fødsler og fødselsdage
- Til at fremme samspillet mellem forælder og barn
- Til at demonstrere barnets voksende færdigheder, såsom at ryste en rangle, kaste en bold eller vende sider i en bog
- Til at fremme udforskning og eksperimenter med de genstande, der tages med til hjemmet
- Til at fremme læsning – fra fødslen.

Det er nyttigt at give legetøj, der er robust og ikke for dyrt eller luksuriøst, og som kan stå fremme, så barnet kan bruge det regelmæssigt.

## ***Legetøjstaske***

Ud over det materiale der gives til familierne, medbringer klinikerne deres eget legetøj, som de kan bruge sammen med babyen under besøget. Som regel medbringer de hjemmebesøgende legetøjet i en stor, farvestrålende taske. Efterhånden som babyer udvikler sig til småbørn, begynder de at forbinde denne legetøjstaske med sjove aktiviteter og legetøj. Nogle gange vil forældrene også gerne lege med legetøjet, og i de situationer kan det være nyttigt at medbringe dubletter. Legetøjet tjener mange formål: at aflede en grædende baby, tilskynde til udtryksfuld og opfindsom leg, beskæftige et lille barn, mens forælderen fortæller en lang historie om en nylig familiehændelse, og demonstrere et barns nye færdigheder.

Indholdet af legetøjstasken omfatter typisk:

- stableringe
- stablekopper
- en dukke og sutteflaske
- plastikdyr og -mennesker
- puslespil
- klodser
- bøger
- plastikkopper og -mad
- biler og lastbiler

Andre overvejelser er legetøjssikkerheden, alder, pris og enkel rengøring efter brug. Af disse grunde kan det være nødvendigt at genopfylde tasken med nyt legetøj ind i mellem.

## **Lokalitet for besøgene**

Selvom størstedelen af hjemmebesøgene finder sted i MTB-familiernes hjem, kan der være omstændigheder, hvor forældrene ikke ønsker, at de hjemmebesøgende kommer i hjemmet (fx når der er besøgende, eller familien befinder sig i en midlertidig boligsituation). I disse tilfælde kan besøget være på offentlige steder såsom børnenes legerum på et offentligt bibliotek, en kaffebar eller et andet neutralt sted, der er aftalt med familien.

Når mødrene har særligt travlt og har svært ved at planlægge hjemmebesøg, kan klinikerne være kreative ved at mødes med mødrene i en frokostpause på arbejdet eller skolen, eller udføre besøget, mens de kører moren til en aftale eller hjem fra arbejde eller skole. Denne slags besøg kan være nyttige og tillidsskabende. Typisk er de omstændigheder der begrænser muligheder for besøg midlertidige, og så kan de regelmæssige besøg i hjemmet genoptages.

Mange af de måder, som klinikerne engagerer og opbygger relationer med MTB-familierne på, er ikke traditionelle kliniske interventionsmetoder. Det er ikke usædvanligt for en kliniker at ledsage en mor til en aftale eller hjælpe med at foretage telefonopkald for at få adgang til ressourcer eller lave aftaler. Der er tilfælde, hvor en hjemmebesøgende kan blive bedt om at køre en mor til en lægeaftale, hente hende på skolen eller give hende et lift til en aftale vedrørende socialrådgivning. Familierne kan mangle adgang til biler og bo i kvarterer, hvor der er meget lidt offentlig transport. Derfor kan det være en relevant del af indsatsen at tilbyde transport, og ofte finder nogle af de bedste samtaler sted i bilen. Traditionelle behandlingstilgange kan opfatte disse interventioner som uhensigtsmæssige og uselvstændiggørende. Men vi har konstateret, at når vi hjælper mødrene på en måde, der kan virke som simple opgaver, er det en integreret del af det kliniske arbejde og en konkret måde at opbygge forældrens tillid på. Det er også tale om en rollemodelfunktion her, som forbereder forældrene på øget selvstændighed og tro på egen kunnen.

## Når forælderen ikke er hjemme

Der er blevet identificeret tre almindelige situationer, hvor det kan være nødvendigt at arbejde med at vække familiens engagement til live igen.

- Mod slutningen af graviditeten oplever mange mødre irritabilitet og et ønske om at vende blikket indad.
- Umiddelbart efter at barnet er født, hvor mødrene forlader hospitalet, er et vigtigt tidspunkt. Familieme kan have et ønske om at opleve de første par uger med deres baby som en privat tid. Hvis kontakten begynder at gå tabt i løbet af disse to perioder, kan der skabes en positiv forbindelse til programmet ved at lave korte besøg og medbringe nyttige genstande. Efter et par uger kan der som regel genetableres regelmæssige besøg.
- Når de første besøg to gange om måneden indledes, kan det igen være svært at engagere familierne. Der er mange grunde til dette, som kan spænde fra ændringer i forældrenes liv til de vanskeligheder, som nogle familier har ved at etablere en ny rutine.

Det bør ikke antages, at en mor er utilgængelig blot fordi, hun ikke besvarer telefonopkald eller SMS-beskeder. Der bør stadig gøres forsøg på at foretage et hjemmebesøg. Der er en balance mellem at gøre opmærksom på klinikerens tilgængelighed og pålidelighed og på at være påtrængende. Nogle gange er der blot behov for at give mødrene en kort 'ferie' fra MTB. Nogle gange er det uklart, om moren ønsker at fortsætte med programmet. Efter et rimeligt stykke tid kan det være nyttigt at sende hende en SMS-besked for at fortælle, at klinikerne tænker på hende og minde hende om klinikernes telefonnumre. Hvis der ses mønstre med mange aflysninger og vanskeligheder med at aftale besøg, vurderer klinikerne og supervisionsteamet mulige årsager og løsninger. MTB giver ikke slip på familier på grund af udeblivelser. Udeblivelser har ofte rod i vanskelige omstændigheder i forbindelse med et kaotisk familieliv, og når kontakten er genetableret, er mødrene taknemmelige over at få en mulighed for at drøfte, hvad der er sket, og igen fokusere på det arbejde, de udfører sammen de hjemmebesøgende. Hvis en forælder siger, at hun ikke længere ønsker at deltage i MTB, respekterer vi selvfølgelig det.

### Varighed, tidsplan og deltagelse i hjemmebesøg

Hjemmebesøg varer typisk omkring en time. Der er dog tilfælde, hvor hjemmebesøg kan vare flere timer eller kan forkortes. Længere hjemmebesøg er naturligvis påkrævet, når der er en krise, eller når mødrene bliver ledsaget af den hjemmebesøgende til en lægeaftale eller en aftale med de sociale myndigheder. Modsat synes nogle familier, at en time er "for meget", og kan have behov for kortere og muligvis hyppigere besøg. På trods af en fleksibel tidsplan kan det være en fordel at forsøge at lave regelmæssige aftaler med mødrene. Dette gør det muligt for familien at regne med tidspunktet (og dermed udvikle en fornemmelse af den hjemmebesøgendes pålidelighed), og det gør det muligt for den hjemmebesøgende at skabe en rimelig sammenhængende og regelmæssig tidsplan.

Tidsplaner er udfordrende for mange MTB-forældre. Forældre, der arbejder eller går i skole, omlægges eller aflyser ofte, fordi de muligvis ikke har kontrol over deres kalender. En anden overvejelse er den erfaring, en forælder kan have med at lave og overholde aftaler. Forældrene kan have svært ved at forstå, hvordan en ændring i deres planer påvirker den hjemmebesøgende. Det kan være nyttigt at hjælpe forældrene med at oprette en kalender eller beskeder på deres telefon, så de husker aftaler hos lægen og andre steder, samt hjemmebesøgene. Nogle gange udebliver en forælder fra aftaler af følelsesmæssige årsager, herunder frygt for at blive forladt eller afvist af klinikerne eller forlegenhed og skamfuldhed over en nylig krise. Således er udeblivelser fra aftaler, aflysninger og ændring af aftaler almindeligt og normalt. Selvom det er bydende

nødvendigt at have en fornemmelse af sammenhæng, når familierne engageres, skal den altid afvejes mod fleksibilitet, som kompleksiteten af deres behov kræver.

### **Kontakt mellem hjemmebesøg**

Til tider ringer forældrene til den hjemmebesøgende mellem besøgene. Der kan være spørgsmål, eller de har brug for råd. Klinikerne kan også ringe eller sende en SMS-besked for at følge op på et problem, der kom op under det sidste hjemmebesøg. Ved at holde kontakten på denne måde erfarer forældrene, at de hjemmebesøgende er til stede og tilgængelige. Dog yder MTB ikke døgnassistance. Det er vigtigt at informere forældrene om begge klinikers arbejdsdage og -tider, og oplyse forældrene om den rette måde at kontakte andre ressourcer på, når klinikerne ikke kan træffes.

### **Udførelse af besøget**

#### **Engagement, kliniker- og familiedagsordener**

Besøget begynder med en hilsen, der tager højde for den enkelte families kulturelle og sociale situation. Når den hjemmebesøgende har hilst på alle tilstedeværende, begynder hun typisk med spørgsmål om, hvordan familien har det. Ved at lytte til morens bekymringer fra starten giver klinikerens udtryk for, at hun er vigtig som person såvel som mor. Målet for hvert besøg varierer i indhold. Samtidig varierer det overordnede mål om at hjælpe moren med at tænke på sig selv og sit barn ikke – uanset om udgangspunktet er sundhed, udvikling, mental trivsel eller fremtidsplaner. Det første skridt mod realiseringen af disse mål er at have fokus på, om familien er åben for at deltage i besøget.

Morens evne til at engagere sig med klinikerens er central for besøgets succes, fordi relationen er den primære drivkraft til forandring. Klinikerens skal derefter vurdere, om der er et terapeutisk eller reflekterende "rum", hvor hun kan beskæftige sig med moren og barnet. Med "rum" mener vi både et bogstaveligt rum – et sted, hvor det er rimeligt stille og ideelt set privat – og et metaforisk "rum", hvor moren kan være åben og klar til at engagere sig med den hjemmebesøgende. Hvis der ikke findes et terapeutisk rum at arbejde i, forsøger klinikerens at skabe det. Klinikerens kan være nødt til at hjælpe moren med de mest basale ting, såsom at børnesikre lokalet, eller at tale med andre husstandsmedlemmer om at forlade lokalet midlertidigt, så mor og barn ikke distraheres for meget under besøget.

Den hjemmebesøgende begynder med at overveje den kliniske situation. Er hendes "plan" for besøget realistisk? Er moren klar til at tænke på sin egen fysiske sundhed eller følelsesmæssige oplevelse, på babyen og på relationen? Er hun åben for de materialer og spørgsmål, som den hjemmebesøgende håber på at tage op? Er der et problem, der tilsidesætter alt det, den hjemmebesøgende havde i tankerne? Når klinikerens har vurderet, "hvor" besøget starter, og hvor hun håber, det vil føre hen, arbejder hun på at opnå, at det bliver afstemt i forhold til moren. Dette indebærer at se efter forælders interesse for emnet og dets relevans. Der kan være en spænding mellem den hjemmebesøgendes afdækning af de kliniske problemstillinger og familiens dagsorden.

Klinikerens følger morens initiativ og forsøger at hjælpe hende med at finde ud af, hvad der trykker hende i øjeblikket, og ændrer planen efter behov. Det kan optage en stor del af besøget at få moren til at tænke på babyen her og nu, men selv dette lille opmærksomhedsskift er vigtigt. Den hjemmebesøgende søger efter måder at øge morens bevidsthed om sig selv, sit spædbarn og relationen på.

- Er der en krise, der kan "bruges" til at hjælpe moren til at reflektere over sig selv, hendes baby eller deres relation, eller skal det håndteres for sig selv?
- Er der et konkret behov hos moren, som ikke bør ignoreres?
- Er der en måde at hjælpe moren med at lege med og nyde hendes barn på, mens hun klarer det kedelige ved et besøg hos lægen?

- Er der en måde at hjælpe moren med at bemærke sit barns voksende frustrationstolerance, mens den hjemmebesøgende og moren taler sammen?

Der er ingen plan, der passer til alle. Der skal løbende laves individuelle tilpasninger. Fokus på engagementet fortsætter gennem hele besøget. Når tiden er inde, eller når moren ikke længere kan engageres og motiveres, skal den hjemmebesøgende gøre klar til at afslutte besøget.

### **Forholdet mellem den hjemmebesøgende og barnet**

I løbet af hjemmebesøgene interagerer klinikerne også enkeltvis med babyerne og etablerer relationer. Babyer har muligvis oplevelser med MTB-hjemmebesøgende, som kan være helt anderledes end alle andre relationer, de har med andre voksne. De hjemmebesøgende er engagerede, taler stille og reflekterende og beskriver deres følelser, handlinger osv. De ser børnene som individer med deres egne behov og følelser. De forsøger hele tiden at være opmærksomme på deres signaler. Disse interaktioner ændrer sig i takt med, at babyen bliver et barn. I starten kan babyen finde på at hive i den hjemmebesøgendes id-kort. Senere nyder de at udforske den MTB-hjemmebesøgendes legetøjstasker, tømmer dem, bærer rundt på dem, imiterer klinikerne og søger deres opmærksomhed og accept.

Når babyer bliver til småbørn, kræver de mere af klinikernes tid og opmærksomhed under et hjemmebesøg. Ofte forsøger de at afbryde samtalen mellem den hjemmebesøgende og moren med et nyt spil, eller, hvis alt andet fejler, bevidst at skubbe alle grænserne for at trække morens opmærksomhed tilbage til sig. Dette er en måde at teste de hjemmebesøgende på – er de til at stole på? Har de husket at tænke på en? Der opstår andre test, hvis et barn slår en kliniker, eller hvis der skal sættes en grænse (f. eks. må man ikke kaste med brillerne). Dette kan igen være en ny erfaring, hvor barnet (og moren) oplever en rolig, følsom og konsekvent form for opdragelse.

### **At arbejde med familiemedlemmer**

Det afgørende for MTB's arbejde med mødre er den kliniske evne til at navigere i det familiesystem, som MTB-mødrene lever i. Klinikerne kan opfattes som en stor hjælp eller en forstyrrelse for morens partner, bedsteforældre, tanter, onkler og venner. Undertiden kan opfattelsen af klinikerens svinge mellem positiv og negativ fra uge til uge afhængigt af et familiemedlems overbevisning eller frygt. Familiemedlemmer har mange grunde til at være med under et hjemmebesøg. Det kan hjælpe klinikerens at være opmærksom på det andet familiemedlems formål med at deltage i mødet. Som det gør sig gældende med mødre, vokser accepten, når familiemedlemmerne føler sig hørt og forsikret om, at MTB-klinikerne kommer i hjemmet for støtte babyen og forældrenes følelsesmæssige og fysiske sundhed.

### **Afslutning på besøget**

Når klinikerens beslutter, at det er tid til at afslutte besøget, bruger hun ofte afslutningen som en model eller demonstration af, hvordan forælderen kunne håndtere overgange sammen med barnet. Cirka ti minutter inden besøget egentlig ender, signalerer klinikerens, at det er tid til at afslutte besøget. Småbørn har det sværere, når et hjemmebesøg er ved at nå sin afslutning. De er ofte meget trætte, fordi de har leget ekstra meget under besøget. De protesterer mod afskeden og vil holdes af de hjemmebesøgende, eller de vil måske gerne gå ud ad døren sammen med dem (i håb om at mor også går med). Også her får vi en fantastisk (nogle gange støjende og tårevædet) mulighed for at modellere adfærd og skabe sunde rutiner, f.eks. afskedsritualer, som tager hensyn til barnets underliggende følelser. Det viser også moren, hvor vigtigt det er at anerkende tristhed og vrede, også selvom (eller særligt når) disse følelser er forstyrrende. Når den besøgende begynder at pakke sammen og gøre klar til at tage af sted, kan det være nyttigt at tænke tilbage på besøget sammen og opsummere, hvad der kom ud af det, og notere positive øjeblikke. Den hjemmebesøgende bør derefter gennemgå eventuelle opgaver, som moren skal udføre, f.eks. lave en lægeaftale eller prøve en ny type adfærd. Det er nyttigt at minde forælderen

om, hvem der kommer på besøg den efterfølgende uge og hvornår.

## **Efter besøget**

### **Selvevaluering**

Efter et hjemmebesøg skal klinikerne bruge et par minutter på at reflektere over besøget hos familien. Det er en oplagt mulighed for i fred og ro at vurdere det arbejde, I har udrettet sammen. Det er også en god idé at gennemgå det selvevalueringsmateriale, der er beskrevet i kapitel 3 med jævne mellemrum.

### **Møde med din partner**

På det næste ugentlige møde mellem klinikerne opdaterer hver hjemmebesøgende sin makker om særlige udfordringer eller problemer for familien, som er dukket op under hjemmebesøget, og de udarbejder i fællesskab en plan for de næste skridt. Den hjemmebesøgende kan også have brug for at rådføre sig med en kliniker fra det lokale sundhedscenter eller en anden social myndighed eller sundhedsmyndighed.

### **Brug af supervision**

Efter afslutningen på særligt vanskelige besøg kan den besøgende også have brug for at rådføre sig med en eller flere kliniske supervisorer for at afklare spørgsmål og træffe beslutninger om kliniske problemer. Nogle hjemmebesøg er stressende for klinikerne, fordi de bliver vidner til og bliver inddraget i alvorlige traumer, kaos og andre stressfaktorer i familien eller hos barnet. Af disse og andre årsager er regelmæssige kliniske supervisionssessioner meget vigtige, ikke kun for kvaliteten af det kliniske arbejde, men også for at reducere stress og forebygge udbrændthed blandt klinikere (se kapitel 9).

## **KAPITEL 6: TVÆRFAGLIG PRAKSIS: STØTTE TIL BARNETS UDVIKLING, TILKNYTNING OG FORÆLDREMSORG**

### **Tværfaglig praksis**

Et vigtigt karakteristisk træk ved MTB-modellen er, at den er tværfaglig. Selvom den enkelte kliniker arbejder ud fra sin egen faglighed, er MTB-modellens styrende princip at *integrere* disse perspektiver og skabe det kliniske grundlag for indsatsen. Teamets succes afhænger ikke kun af, hvor gode teammedlemmerne er til at implementere deres "del" af indsatsen, men også af, hvor gode de er til at *afstemme* deres tilgang til familierne med de andre i teamet. Sundhedsplejersken og familiebehandleren er ligeværdige partnere og arbejder tæt sammen på mange forskellige måder. De deler de samme principper og værdier, mål og teknikker. De arbejder konsekvent sammen på en gensidigt støttende og forstærkende måde.

Så selvom familierne får to typer faglig indsat (sundhedspleje og familiebehandling), overlapper sundhedsplejerskens og familiebehandlerens roller på mange måder hinanden. (Se figuren på side 2). Efterhånden som teammedlemmerne lærer hinanden bedre at kende og udvikler deres egen samarbejdsrytme, bliver deres roller mere fælles og overlappende. For mange praktikere kan denne nye tilgang til at arbejde føles uvant og forvirrende lige i starten. Over tid oplever klinikerne dog, at deres arbejde bliver beriget i takt med, at de deler værdifulde perspektiver og lærer af hinanden.

Hver profession har sit ekspertiseområde og dækker muligvis de samme emner ud fra forskellige perspektiver, idet mange emner hænger naturligt sammen og bygger på hinanden. Samtidig med at klinikerne har fokus på familiens styrker, overvejer de også potentielle risici for mishandling. Begge klinikere fastholder derfor deres opmærksomhed på mulige tegn på vold i hjemmet og er parate til at tage de nødvendige skridt for at hjælpe forældrene.

Denne form for komplekst samarbejde drøftes og planlægges på de ugentlige møder mellem partnerne og på de ugentlige møder for hele teamet. Kommunikation mellem teammedlemmer er afgørende for et velfungerende tværfagligt samarbejde. Ud over de ugentlige møder udveksler partnerne efter behov også vigtige oplysninger over telefonen eller via sms eller e-mail: Partnerne holder hinanden opdaterede om den aktuelle situation i hjemmet med fokus på familiens åbenhed over for at arbejde med klinikerne og deres evne til at forholde sig til et bestemt emne samt observationer af forældrenes adfærd og humør og barnets sundhed og udvikling.

Familiebehandlerens og sundhedsplejerskens arbejde flettes yderligere sammen i løbet af indsatsen. Hjemmebesøg bygger videre på partnerens indsats, og interventionen indrettes, så den understøtter det tidligere besøg og uddyber det. Teammedlemmer er således på udkig efter en indgangsvinkel og genoptager tråden fra deres partners seneste besøg ved hjælp af metaforer, der er relevante i forhold til vedkommendes profession og stil. Denne tilgang bidrager til at give forældrene en oplevelse af afstemthed i indsatsen.

### **Fælles principper**

Klinikerne deler disse grundprincipper:

- Alle familier har en "historie". Det er værdifuldt at lytte til denne historie, forstå familiens genvordigheder, validere effekterne af den og hjælpe med at integrere den i familiens nuværende situation.
- Det tager tid at lære historien at kende, og arbejdet foregår tålmodigt og i etaper.
- Inden for hver familie vil der være specifikke temaer, som dominerer det kliniske arbejde. Temaerne udgør en væsentlig baggrund for indsatsen.
- En ikke-dømmende, accepterende og reflekterende tilgang er afgørende.

- Reflekterende øjeblikke skal fremhæves og valideres, i takt med at de opstår.
- Alle hjemmebesøgende (og supervisorer) påvirkes af, hvad de oplever i hjemmet og af deres relationer med familiemedlemmerne. Disse oplevelser skal bearbejdes og forstås.
- De kulturelle aspekter, som påvirker forældreomsorgen, skal forstås og udforskes respektfuldt i sammenhæng med indsatsen.
- Der findes mere end én metode til at overvinde en hindring. Løbende overvejelser og feedback fra familien gør det muligt at undersøge alternative strategier.

### **Fælles mål**

De hjemmebesøgende har en række fælles mål i forhold til familier og børn: fremme reflektiv funktion, støtte en positiv forælder-barn-relation og sikre tilknytning, vejlede om barnets udvikling, hjælpe forældre med at formulere og realisere livsmål, herunder familieplanlægningsaspekter og forebyggelse af hurtige efterfølgende graviditeter, og har fokus på familiens behov.

### ***Fremme af reflektiv funktion***

Både sundhedsplejersken og familiebehandleren fokuserer på at forbedre forældrenes refleksive funktion og hjælpe dem med at blive mere bevidste om barnets kropslige signaler og fysiske tilstand, barnets sindsstemning og mentale tilstand, og udvikle forståelser af barnets adfærd i lyset af intentioner og mentale tilstande. Mens klinikerne forsøger at udvikle forældrenes refleksive funktion i forskellige sammenhænge, forsøger de også at finde måder at organisere, regulere og tænke på forældrenes og barnets tanker og følelser.

### ***Understøttelse af forholdet mellem forælder og barn og sikring af tilknytning***

Hjemmebesøgende forsøger på mange forskellige måder at støtte forældrenes positive interaktioner med barnet. Klinikere bruger barnet som en værdifuld partner i deres bestræbelser på at anvende "læringsøjeblikke" under et hjemmebesøg til at demonstrere positive forældrekompetencer gennem instruktion, gentagelse og modellering. Disse former for indsats er afgørende for at udvikle forældrenes evne til at læse barnets signaler og intentioner. Klinikerne er dog omhyggelige med ikke at tage over for forælderen medmindre, vedkommende har brug for hjælp, og de er hurtige til at forstærke positive øjeblikke mellem forælderen og barnet for bevidst at støtte forælderens spirende følelse af at være kompetent i forælderrollen. En vellykket interaktion med barnet afspejler, at man hjælper forældrenes "engle" frem for "spøgelse" frem i lyset, så de gennem den nyudviklede relation med klinikerne bliver mindet om oplevelser af kærlighed og omsorg fra deres egen barndom (Lieberman, et al., 2005; Narayan, et al., 2017).

Begge klinikerne observerer og kommenterer spædbarnets tilknytningsskabende adfærd, f.eks. når den nyfødte stirrer fascineret på sin mors ansigt, eller når et større barn jævnlige vender sig om mod faren på sin kravletur. I takt med at barnet vokser, omsætter klinikerne barnets forsøg på at søge nærhed og opretholde kontakt og forstærker dem i et positivt lys, så forældrene får en oplevelse af, hvor meget de betyder for barnet. Klinikerne forsøger på denne måde at forklare angst for fremmede, separationsangst og andre udviklingsmæssige stadier set ud fra barnets synspunkt. En stor del af teamets arbejde i de første seks måneder af barnets liv (og sandsynligvis længere endnu) består i at hjælpe forælderen med at regulere barnet. De mest oplagte og tilbagevendende bekymringer vedrører mad og søvn. Kontrolkampe er ofte forholdsvis håndgribelige, og forældrene har brug for hjælp både til at være fleksible og forstå barnets skiftende behov. Klinikerne yder en stor indsats for at formidle en idé om, at udvikling er noget, der sker i etaper, og at forståelse af barnets særlige udviklingsmæssige behov gør relationen mere håndterbar og nemmere at forstå.

Begge klinikerne forsøger også at styrke tilknytningen mellem mor og barn ved at opmuntre moren til at amme



sit barn. Amning er en fantastisk kilde til næring for babyer og er samtidig med til at fremme nærhed, intimitet og tilknytning til barnet. I familier, hvor moren ikke ønsker at amme eller har kropsrelaterede bekymringer, hjælper de hjemmebesøgende moren med at give barnet mad på andre måder, som fremmer tilknytningen til barnet, f.eks. ved at tilskynde dem til at holde barnet tæt ind til sig og opretholde en god øjenkontakt under flaskegivningen.

### ***Udviklingsmæssig vejledning***

Udvikling af forældrens refleksive funktion er uløseligt forbundet med en grundlæggende forståelse af barnets udvikling. Når klinikere arbejder med at hjælpe forældre med at læse deres børns adfærd og mentale tilstande præcist, bruger de også løbende interaktioner mellem forælder og barn som et middel til at lære forælderen om udvikling. Ideelt set har begge hjemmebesøgende omfattende viden om spædbørns og små børns udvikling, som de kan anvende i deres indsats for at støtte barnets udvikling. I tilfælde hvor vidensgrundlaget ikke er så stærkt, er det vigtigt at overveje, om der er behov for at samarbejde med andre fagfolk inden for barnepleje og deltage i uddannelsesinitiativer, som kan fremme forståelsen af spædbørns og små børns udvikling. Dette er ikke mindst relevant inden for områder som temperament, grænsesætning, sikkerhed og leg.

### ***Støtte til samarbejdende forældreskab***

Samarbejdende forældreskab eller forældreomsorg er et begreb, som begge klinikere drøfter med forældrene inden barnets fødsel. Formålet er ikke at antyde, at begge forældre skal dele ansvaret ligeligt, men at de skal samarbejde om at finde fælles fodslag og træffe beslutninger baseret på, hvad der er bedst for barnet. Det er vigtigt, at forældre lærer at samarbejde, også selvom de ikke bor sammen. Selvom der i hele denne håndbog bruges begrebet "far", er det vigtigt at bemærke, at en anden end den biologiske far kan udfylde denne rolle. "Socialt faderskab" (Coley, R, 2001) beskriver de forskellige familiemedlemmer og andre personer, som kan udfylde den rolle, herunder en ny kæreste eller ægtefælle, en partner af samme køn, en bedstefar eller et andet familiemedlem eller en anden relevant person.

Formålet med samarbejdende forældreskab er ikke, at forældrene skal være enige om alle aspekter af barnets opdragelse. Forældre kan være bekymrede for, at et spædbarn kun kan knytte sig til en enkelt person og har brug for at blive bekræftet i, at de begge er vigtige for barnet. Børn lærer hurtigt, at forældre udtrykker omsorg forskelligt, og er ikke forvirrede over, at mor og far ikke leger, trøster eller viser hengivenhed på samme måde. Klinikere kan støtte samarbejdende forældreomsorgsroller ved at opfordre moren og faren til at fortælle hinanden om deres barndom: Hvem var vigtige for dem, hvad er deres familietraditioner og -værdier, og hvad vil det sige for dem, at deres barn er lykkeligt og veltilpasset? Familiebehandleren kan vælge at inddrage den anden forælder i graviditetsinterviewet for at forstå vedkommendes perspektiv og forventninger til det at skulle være forælder. Det kan være et frugtbart format til at starte forskellige diskussioner mellem forældrene.

Hindringer for samarbejdende forældreskab er den træthed og isolation, der kendetegner forældreskabets første måneder, manglende viden om hvordan man samarbejder som forældre, konkurrence om hvem der er den bedste forælder, samt "dørvogtning" hvor et familiemedlem forsøger at holde den ene forælder, typisk faren, væk fra barnet. Klinikere kan adressere disse hindringer ved at fremhæve morens og farens fælles værdier, modellere opmærksom lytning, forhandle kompromiser og respektere meningsforskelle. Familiebehandleren og sundhedsplejersken sørger hele tiden for at få forældrene til at overveje, hvordan deres handlinger påvirker barnet.

### ***Støtte til troen på egen kunnen***

Forældre, der deltager i MTB-programmet, står ofte over for at skulle håndtere modstridende udviklingsmæssige udfordringer på deres vej mod at blive voksne og være forældre. Sundhedsplejersken og

familiebehandleren spiller ofte en central rolle i at modellere og hjælpe forældrene med at udvikle grundlæggende livsfærdigheder. MTB-klinikerteamet kan spille en central rolle i forhold til at give familierne en større følelse af autonomi og dermed en større følelse af selvtilid og kompetence. Udvikling og støtte til troen på egen formåen før fødslen sætter forældrene i stand til at navigere bedre i komplekse systemer og være gode rådgivere for sig selv og deres børn.

### ***Støtte til forældrenes livsmål***

Samtidig med at de hjemmebesøgende støtter forældrenes bestræbelser på at kende og forstå deres barn, hjælper de dem også med at realisere deres egne personlige mål og ambitioner. Mange forældre har et ønske om at færdiggøre deres skolegang, udvikle sunde og produktive relationer til deres partnere og familier, finde meningsfuldt arbejde og yde et produktivt bidrag til samfundet. Vejen til disse mål kan være kompleks for mange forældre, der ofte selv har modtaget begrænset følelsesmæssig støtte til denne type ambitioner i deres egen opvækst. Både sundhedsplejersken og familiebehandleren forsøger i forbindelse med deres besøg at få italesat disse mål ud fra en erkendelse af, at farens og morens evne til at nå målene ikke blot vil give dem større selvværd og kompetence men også have vidtrækkende positive effekter på barnet.

### **Fælles teknikker**

Hjemmebesøgende anvender forskellige tværfaglige teknikker til at nå deres fælles mål. De deler de mentaliseringsbaserede teknikker, der er beskrevet i kapitel 3, og fokuserer på at fastholde og styrke relationen med forældrene og barnet. Andre teknikker omfatter:

- Forbedre forældrenes evne til at se og forstå deres barn gennem:
  - *Direkte instruktion/psykoundervisning*: "Børn i denne alder er først lige begyndt at lære at gribe ordentligt fast i ting og styre deres bevægelser. Hvis han nu havde noget at lege med, som ikke går så nemt i stykker, ville han måske være mindre interesseret i dine spændende, farverige figurer." "Mange forældre føler sig nedtrykte efter fødslen. Det er virkelig hårdt. Hvordan har du selv oplevet det?"
  - *Gentagelse*: "Lad os lige vende tilbage til det, du forsøgte i sidste uge, hvor du oplevede, at hun var mere interesseret i at lege med dig, hvis du gjorde som hende. Skal vi prøve at se, hvad det kan udvikle sig til, hvis vi laver det om til en leg?"
  - *Hjælpe forælderen med at fastholde øjenkontakten, så hun kan opleve glæde i forhold til barnet*: "Se lige hvordan han falder til ro bare du kigger på ham. Og nu smiler han også! Er det ikke bare en fantastisk følelse?"
  - *Tilskynde forælderen til at lære og bruge afspændingsteknikker*: "Lad os bruge et minut på at tage et par dybe indåndinger og se, hvad der sker."
  - *Brainstorm*: "OK lad os se om vi kan komme i tanke om grunde til, at han vågner grædende op om natten."

### **Udfordringer ved tværfagligt arbejde**

Selvom klinikere deler tilgange om at samarbejde med forældre på en reflekterende og støttende måde, har de også forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, fagsprog, paradigmer og praktisk erfaring. Det er afgørende at finde et fælles sprog med gensidig respekt og støtte. Nogle typiske hindringer for et godt samarbejde som tværfagligt team er:

- Oplever adfærd forskelligt eller hører forskellige "historier" og tror, at kun den ene kliniker har alle de

korrekte oplysninger

- Overvælder partneren med reaktioner på hændelser
- Konkurrence mellem klinikere, f.eks. hvem synes klienten bedst om? Hvem er "mest hjælpsom" i forhold til klienten?
- Klinikernes egen modoverføring eller de følelser familier kan fremkalde hos klinikere
- Forskelle i personlige grænser, f.eks. hvis en af klinikerne mener, at begge klinikere skal have det samme komfortniveau og de samme grænser, selvom dette ikke er tilfældet
- Modvilje mod at udtrykke forskellige idéer og holdninger
- Forælderen forsøger at spille klinikerne ud mod hinanden
- Indtager en fordømmende holdning eller bebrejder den kliniske partner, når der opstår problemer i en familie

Samarbejdsprocessen bliver lettere efterhånden som begge klinikere udvikler mere viden og tillid til deres egne og hinandens faglige færdigheder og evner. Det er vigtigt hele tiden at være opmærksom på disse problemstillinger.

### **Tværfaglig praksis på tværs af indsatsen: Niveauiddeling sundhed og mental trivsel**

#### **At skabe rum for barnet**

Hjemmebesøgende har løbende fokus på forældrenes følelsesmæssige og fysiske parathed i relation til barnet. Hvad er deres forståelse af, hvad det vil sige at have en baby? Hvordan forestiller de sig, det vil være at passe en baby? Hvor realistiske er disse forventninger? Hvordan vil moren og faren varetage forældreopgaven i fællesskab? Hvilken slags støtte kan forventes fra den udvidede familie? Klinikere bruger aktiv lytning til at hjælpe forældre med at forudse, hvad deres behov vil være, når barnet er født. Nogle hjemmebesøgende opfatter derfor deres arbejde med at hjælpe forældrene med at "skabe rum for barnet" som et af deres vigtigste mål i denne periode af indsatsen. Det gør de på en række forskellige måder. At skabe rum for barnet er både fysisk og psykisk. Børn har brug for et sted at sove og lege, og hvor de føler sig trygge. Hjemmebesøgende hjælper med at skabe et rum, som er fysisk sikkert og så vidt muligt fri for udefrakommende forstyrrelser. De hjælper med at skabe gode fysiske rammer med ren luft, herunder meget gerne et røgfrit miljø for både barnet og moren. Mange vordende forældre har vanskeligt ved at overskue, hvad barnet har brug for, når de kommer hjem med det for første gang.

Forældre har forskellige slags forventninger til det at blive forældre. For nogle, som kun har begrænset erfaring med spædbørn, kan forventningerne være vage, diffuse og idealiserede. Disse forældre kan have begrænset reel føling med, hvad det vil sige at være en mor eller far, og have behov for støtte til at begynde at opleve sig selv som vordende forældre. Andre har derimod stor erfaring med spædbørn (fra søskende, nevøer/nieces osv.) og dermed en mere reel opfattelse af de udfordringer og krav, der er forbundet med at opfostre et barn. De hjemmebesøgende kan begynde at skabe et psykologisk rum for barnet ved at adressere disse forventninger direkte. Klinikerne begynder sammen med forældrene at forestille sig, hvordan barnets første dage og uger kan se ud, og tænke på, hvad der er vigtigst og mest betydningsfuldt for dem i denne periode. Klinikerne kan overveje følgende sammen med familien: Hvilke tanker gør de sig om børnepasning, amning, søvn, og egenomsorg? Hvordan tænker de, at barnet passer ind i forhold til deres egne mål og ambitioner? Klinikerne arbejder for at hjælpe forældrene med at udvikle en mere realistisk og nuanceret holdning til deres nye barn og de krav, det stiller.

I takt med at forældrene føler et stadigt større "ejerskab" i forhold til forældreskabet, får de også større selvtillid og forståelse af, at de kommer til at spille en afgørende rolle i udformningen af barnets liv. Dette er vigtige

skridt til at begynde at se sig selv som en forælder. Udviklingen af en ægte fornemmelse for barnet og en begyndende evne til at "tage ejerskab" over forældreskabet understøttes i stor udstrækning af, at de kommende forældre får større viden om nyfødte og deres særlige behov. Denne viden formidles på baggrund af praktisk erfaring, og de hjemmebesøgende viser billeder af nyfødte, hjælper forældrene med at bade en nyfødt babydukke og give den tøj på og hjælper dem med at forestille sig, hvordan det føles, hvis barnet græder eller ikke vil sove. De hjemmebesøgende begynder også at undervise forældrene i nyfødtes udvikling, f.eks. hvordan man kan hjælpe spædbørn til en bedre søvn og med at trøste sig selv. Klinikerne introducerer idéer som at læse barnets signaler og følge barnets eksempel, så forælderen gradvist vænner sig til tanken om, at barnet er en virkelig person med virkelige tanker og følelser, samt hvilken fundamental rolle forælderen spiller i forhold til at forme den person, som barnet vil udvikle sig til.

### **Tilpasning til rollen som forældre**

Efter fødslen lytter begge klinikere til forældrenes oplevelse af fødselsveerne og selve fødslen. Mødre kan opleve stor stolthed over, hvordan de har håndteret fødselsveerne og fødslen af barnet. Denne positive selvevaluering er en vidunderlig oplevelse at uddybe og forstærke. Klinikerne kan påpege den styrke og de indvendige ressourcer, moren udviste under fødslen, og bruge det som eksempel på hendes styrke, når der opstår nye udfordringer. Andre mødre kan udtrykke skuffelse over fødselsoplevelsen og fortælle teamet, at de føler sig svigtet af barnet eller er utilfredse med sig selv. Hvis de f.eks. har fået foretaget et kejsersnit, kan de føle, at de har "fejlet" som mor. Hvis barnet har gulsot eller er for tidligt født, kan moren tilsvarende bilde sig ind, at der er noget galt med barnet, eller at det er særligt sårbart. Disse situationer kræver omhyggelig opmærksomhed fra begge teammedlemmer, så de kan understøtte starten på en tryk tilknytning mellem moren og barnet. Hvis barnet er helbredsmæssigt skrøbeligt eller fødes med kroniske tilstande, planlægger klinikerteamet indsatser, som er tilpasset til familiens særlige behov.

De første seks uger af barnets liv er præget af store krav og udfordringer og er typisk en meget stressende, spændende og trættende periode for forældrene. Den store udviklingsmæssige opgave i denne periode er at etablere homeostatisk regulering: regulering af søvn, måltider, differentiering mellem dag/nat og begyndende forskellige bevidsthedstilstande (fra søvn til fuld vågenhed). Barnets evne til at blive reguleret vokser i takt med, at det modnes og understøttes af det plejegyvende miljø, når forældrene etablerer konsekvente rutiner og mønstre i denne periode.

Klinikerne hjælper forældrene med at begynde at forstå og regulere barnet på forskellige måder ved at støtte dem i at justere deres forventninger til barnet i overensstemmelse med barnets bevidsthedstilstand (barnet skal f.eks. have en vis grad af vågenhed, før det er i stand til at spise eller være social). Nogle mødre og fædre synes meget optagede af deres nyfødte barn og er opmærksomme på barnets signaler. Andre har brug for hjælp til at genkende barnets grundlæggende signaler for sult, søvn og mæthed og til at finde måder at berolige og trøste barnet på. Teamet adresserer også regulering i forhold til barnets miljø og lærer forældrene om passende berørings- og lyd niveauer (f.eks. høje fjernsynslyde og musik). Alle disse enkle indsatser har til formål at normalisere barnets fremtræden og adfærd over for forælderen.

Teamet er også opmærksomme på forældrenes behov i denne periode. Får de nok søvn? Spiser moren hensigtsmæssigt? Forstår faren at tilpasse sig til familiens nye behov? Hvordan reagerer forældrene som par? Dette er ofte en tid med betydelig tilpasning for forældrene, og teamet fokuserer løbende op forældrenes fysiske og psykiske tilstand og er opmærksomme på tegn på risiko for fødselsdepression, vold i parforholdet eller øget risiko for børnemishandling, f.eks. ruskevold. Planer som er udarbejdet under graviditeten for disse situationer gennemgås. Klinikerne genintroducerer enkle stressreduktionsteknikker og tilskynder til hjælp fra familiemedlemmer, hvis og når det er relevant.

## Udvikling

Det første år er en tid med ekstraordinær udvikling og forandring. Begge klinikere bruger meget tid på at lære forældrene, hvad de kan forvente af deres barn på forskellige stadier. Barnet bliver gradvist mere lydhørt og socialt indstillet, begynder at smile, er fuldstændig bevidst om sine omsorgspersoner og reagerer forskelligt på de vigtige personer i sit liv. Med hensyn til barnets sociale og følelsesmæssige udvikling etableres de varige tilknytningsmønstre også i det første år. Det er også en tid med enorm fysisk udvikling. Børn kan rulle, kravle og måske endda gå i 12-måneders alderen. De er også typisk begyndt at bruge enkelte ord, pege og give udtryk for, hvad de tænker og føler, og udvikle sig til selvstændige, autonome personer. Det stiller krav til behovet for struktur, regulering og gensidighed på den ene side og til øget støtte til autonomi på den anden side. Begge klinikere er opmærksomme på eventuelle udviklingsmæssige forsinkelser og samarbejder med familien om, at forbedre barnets færdigheder og henviser til eksterne ressourcer efter behov.

## Leg

Mange forældre har vanskeligt ved at forstå værdien og betydningen af leg i forhold til spædbørn og små børn. De kan finde det truende at slippe tøjlerne og overgive sig til at lege eller afvise det som "tidsspilde". Men leg er afgørende for en række af de kognitive, affektive og sociale udviklinger, som MTB søger at understøtte (Close, 2001; Slade, 1994). At hjælpe forældre med at lære at lege og værdsætte deres børns leg er centralt for begge hjemmebesøgendes arbejde. Klinikkerne hjælper mødre og fædre med at få øje på muligheder for leg, modellerer leg og sjov, opmuntrer til gulvtid og medbringer legetøj i forbindelse med hjemmebesøg.

## Autonomi og udforskning

Når børn runder deres første fødselsdag, udtrykker de deres ønske om autonomi stadig tydeligere (samtidig med at de udtrykker et lige så stærkt ønske om nærhed), hvilket stiller forældrene over for en række modsætningsforhold og en højere grad af kompleksitet. Nogle forældre føler sig truede af deres børns stræben efter autonomi og tyr ind imellem til straffende reaktioner på, hvad der kan omfattes som "mangel på respekt" eller – modsat – passivitet. Teamet anvender udviklingsmæssige principper til at reformulere og normalisere disse typer adfærd og fremhæver den glæde og stimulering, som barnets frie udforskning vækker. Det hjælper med at minimere konflikter omkring barnets udforskning, og giver forælderen en oplevelse af glæde og gensidighed ved at støtte op om barnets udforskning.

Efterhånden som barnet bliver mere mobilt, melder spørgsmål om grænsesætning sig i forbindelse med mange hjemmebesøg. Forældrenes indsats for at sætter grænser for deres børn stammer ofte fra deres egne barndomsoplevelser og i mindre grad fra en præcis læsning af barnets intentioner. Fortolkningen af "forkert" adfærd og behovet for at korrigere en sådan adfærd medfører ofte brud i forælder-barn-relationen. Refleksioner med forældrene giver dem tid til at tænke over deres rolle som model for et lille barn, der lærer igennem imitation. Forældre har ofte ikke haft mulighed for at reflektere over deres egen opdragelse eller for at formulere relevante adfærdsmæssige mål for deres børns udvikling.

Grænsesætning eller vejledning har både historiske og kulturelle kontekster for familier og udgør dermed forskellige udfordringer. Hvis de ikke sætter grænser, er de så med til at "ødelægge" barnet? Hvis de skræmmer barnet, er det så ikke det, han eller hun har brug for at lære? Alle disse spørgsmål skal undersøges under hensyntagen til de unge forældres udviklingsmæssige viden, kulturelle overbevisning og barndomsoplevelser. Mange MTB-forældre har selv været udsat for en streng opdragelse som børn og har brug for støtte til at forbinde den frygt, de følte i barndommen, med den frygt, deres barn føler i nuet.

Afsnittet nedenfor beskriver et eksempel på, hvordan praktikere samarbejder om at håndtere humørsvingninger efter fødslen. De anvendte metoder er angivet efter casen.

## Tværfaglig praksis: Humørsvingninger efter fødslen

Janice på 22 og hendes mand Hector på 25 glædede sig til at få besøg af begge klinikere. De var ivrige efter at lære og forstå så meget som muligt om forældreomsorg inden, deres datter blev født. Da Janice blev bedt om at nævne tre ønsker, hun havde for sit barn, sagde hun, at hun ønskede, hendes barn skulle være sundt, få en "rigtig" barndom og føle at hendes mor altid var der for hende. Som led i uddannelsen af forældrene inden fødslen og som forberedelse til deres overgang til forældreskab havde både familiebehandleren og sundhedsplejersken talt med Janice og Hector om perinatale humørsvingninger. Der blev informeret om typiske hormonelle forandringer efter fødslen og effekten af søvnmangel. Risikofaktorer, symptomer og symptomhåndtering blev også beskrevet med vægt på at forklare, at fødselsdepression og angst er almindelige lidelser og ikke udtryk for, at man er en dårlig forælder. Janice var interesseret i at udarbejde en plan for fødslen sammen med sundhedsplejersken, men var ikke i stand til at uddybe sine bekymringer ud over, at hendes familie havde fortalt hende, at hun skulle sige nej tak til et eventuelt tilbud om en epiduralblokade, fordi det ikke var godt for barnet. Forældrene håbede, at det ville blive muligt at amme deres datter, fordi de følte, at det var vigtigt, for at hun kunne vokse sig stærk og sund. Under familiebehandlers afdækning af forhistorie fortæller Janice, at hendes mor ofte var væk hjemmefra pga. stofmisbrug, og at det var hendes bedstemor, som opfostrede hende, og som hun havde et meget tæt forhold til. Da Janice var 15 døde hendes bedstemor, og Janice blev deprimeret.

Tiffany var en sund fuldbåren baby, og fødslen gik godt, selvom Janice berettede, at hun havde bedt om smertelindring, så snart fødslen gik i gang, fordi smerterne var for store. Janice stoppede med at amme efter en uge med en begrundelse om, at datteren "ikke kunne lide hendes mælk" Klinikerne fulgte med i barnets udvikling og udforskning af verden. I forbindelse med et hjemmebesøg bemærkede familiebehandleren, at Tiffany virkede godt tilpas og legesyg sammen med sin far, men undgik morens blik, når moren tog hende op. Det forekom som en markant ændring i mor-barn-relationen sammenlignet med de første måneder efter fødslen. Familiebehandleren fortalte sundhedsplejersken om sine bekymringer på deres ugentlige møde. De reflekterede sammen over alvorsgraden af morens symptomer og mulige årsager, herunder sundhedsmæssige problemer. De udelukkede bekymringer om morens eller barnets sikkerhed, herunder vold i hjemmet, og overvejede adgangen til andre omsorgspersoner og hele familiens støttenetværk. Teamet drøftede deres bekymringer under den ugentlige supervision og blev enige om, at hyppigere besøg ville være en god idé. Supervisoren overvejede effekten af at øge intensiteten af teamets indsats over for Janice og Hector i forhold til deres arbejdsbyrde og stressniveau. Hun mindede dem om alt det, de allerede havde opnået med denne familie, og opfordrede dem til at huske at tænke på sig selv i denne periode. Teamet udarbejdede en plan for individuelle evalueringer af familien og for at genintroducere emnet fødselsdepression på en omsorgsfuld måde. Familien hilste den ekstra støtte velkommen, og Hector var i stand til at indtræde som primær omsorgsperson for deres datter under Janices bedring. Janice var som udgangspunkt ikke interesseret i medicinsk behandling, så teamet indvilgede i at afprøve ikke-farmakologiske metoder, herunder individuelle samtaler med familiebehandleren.

Selvom sundhedsplejersken og familiebehandleren begge behandlede morens depression ud fra deres eget faglige perspektiv, var de begge på udkig efter muligheder for at integrere partnerens arbejde under hjemmebesøget. Da sundhedsplejersken f.eks. hjalp Janice og Hector med at overveje, hvordan moren kunne få mere søvn, motion og sollys, fulgte familiebehandleren op på det i forbindelse med det næste hjemmebesøg ved at spørge ind til morens søvnmønster og introducere en kort mindfulness-øvelse for begge forældre. Hvert hjemmebesøg rummede forslag til, hvordan Hector kunne trøste og lege med barnet

*for at stimulere en optimal udvikling. Begge klinikere støttede Hector og mindede ham om, at han var nødt til at tænke på både sig selv og Tiffany.*

*Efter flere ugers samarbejde var Janice interesseret i at mødes med sin læge for at drøfte muligheden for medicinsk behandling, og sundhedsplejersken hjalp med at etablere forbindelsen. Med tiden blev Janices humør mere stabilt, og hun begyndte langsomt at nyde den tid, hun tilbragte sammen med sin datter. Den lille pige blev mere engageret i forhold til moderen, efterhånden som Janices humør blev bedre, og Hector fortsatte sin vigtige rolle som støtte for sin kone og kærlig, legende far for sin lille pige.*

#### **Anvendte metoder:**

- Omsorg for familien som en helhed
- Regelmæssige møder og kommunikation mellem partnerne
- Brug af supervision
- Flexibilitet til at øge hyppigheden af hjemmebesøg
- Udkig efter en indgangsvinkel til partnerens arbejde
- Brug af afspændingsteknikker sammen med familien
- Respekt for familiens rolle som partner i indsatsen (moren blev foreslået men ikke pålagt medicinsk behandling før, hun var parat til det)
- Formidling af kontakt mellem forælderen og den relevante læge.

## **DEL 3:**

### **TVÆRFAGLIGE OG FAGSPECIFIKKE ROLLER**

#### **KAPITEL 7:**

#### **SUNDHEDSPLEJERSKENS TILGANGE**

#### **Generelle principper: Sundhedsplejerskens "MTB-stil"**

Sundhedsplejerskens vigtigste rolle i MTB er at have fokus på og undervise forældre i deres egen sundhed og deres børns sundhed og udvikling. Det omfatter at samle sundhedsrelaterede oplysninger, sikkerhedsvejledning og vejledning om børneopdragelse i hjemmebesøget for at støtte barnets udvikling og tilknytningen mellem mor og barn. Hvis en forælder klager over eller er bekymret over barnets sundhed eller udvikling, vil sundhedsplejersken afhængigt af sine beføjelser som praktiker henvise familien til relevant lægehjælp. Det er vigtigt at opretholde en stærk tilknytning mellem familien og familiens egen læge. Afsnittene nedenfor indeholder gode råd om sundhedskompetencer, plejeplaner, tilgange og temaer, som sundhedsplejersken kan inddrage i dette arbejde. Efter dette afsnit følger flere almindelige temaer og filmklip, som illustrerer tilgange til sundhedsplejerskens arbejde i hjemmet.

#### **Sundhedsplejerskens kompetencer**

Hjemmebesøgende MTB-sundhedsplejersker er involveret i mange aspekter af den enkelte families trivsel. MTB-sundhedsplejerskernes kompetencer er udarbejdet som en hjælp for nye klinikere til at vurdere, hvilke områder de har brug for yderligere viden om. Bilag II indeholder en oversigt over disse kompetencer. Sundhedsplejersken forventes endvidere at holde sig opdateret om evidensbaserede retningslinjer for almindelige sundhedsspørgsmål, herunder ernæring og fedme, søvnanbefalinger, forsinket udvikling i barndommen, mistrivsel, astma, allergier og migræne samt uddannelse i brug af medicin, bivirkninger, og sikkerhedsmæssige ændringer, der skal gennemføres i hjemmet.

#### **Plejeplaner**

Sundhedsplejerskens arbejde i MTB-programmet svarer til beskrivelsen i *Bright Futures* (Green & Palfrey, 2008):

- Støtte til barnets og familiens sundhed
- Vigtigheden af udviklingsmæssig og afstemt sundhedspleje, der sikrer, at familien har en fast kontaktflade til sundhedspleje
- Støtte til partnerskaber mellem familien og klinikere for optimal sundhedspleje
- Integration af sundhedspleje med lokale og kulturelle behov og præferencer
- Tilknytning af familien til andre nødvendige ressourcer i lokalsamfundet

Pædiatrisk sundhedspleje til den nye familie omfatter fokus på styrker, behov, forældrens og barnets sundhedsstatus som individer, i samspil og i familiekontekst. Altså opmærksomhed på familiens unikke styrker, støtter og eventuelle behov for sundhedspleje, sociale ydelser eller andre basale behov.

Opmærksomhedspunkterne anvendes af sundhedsplejersken, når hun udarbejder en individuel plejeplan for den enkelte familie. Plejeplaner (se bilag I) indeholder de emner, der skal drøftes i løbet af indsatsen. Der findes en tjekliste, som sundhedsplejersken kan bruge til at holde styr på, hvad hun har drøftet, og hvilke planer hun vil udarbejde. Af hensyn til fleksibiliteten er tjeklisterne inddelt i intervaller à tre måneder (f.eks. den prænatale fase, 0-3 måneder, 3-6 måneder).

#### **Den reflekterende tilgang til pleje-og sundhedsundervisning**

MTB-sundhedsplejersken udvikler typisk et tæt partnerskab med familien, idet de to månedlige besøg giver



mulighed for gradvist at lære familiens historie at kende over tid. Det langsommere tempo og fleksibiliteten kan føles ubehageligt til at begynde med. Derudover anvendes der sjældent tjeklister i hjemmet, og noter skrives typisk først efter og ikke under besøget i hjemmet.

Sundhedsplejersker er typisk fremragende observatører og fagpersoner med erfaring i at udvikle en terapeutisk alliance med patienter. Hjemmebesøget er en fremragende ramme til at lære af familierne. Sundhedsplejersker opdager ofte, at det er nemmere at indsamle nyttige oplysninger, hvis besøgene har en mere uformel karakter og gør det muligt gradvist at opbygge tillid.

Familien er omsorgsenheden på en meget håndgribelig måde. Vi arbejder i familiens hjem, og nøglen til et vellykket besøg er, at sundhedsplejersken accepterer, at forskellige personer eller familiemedlemmer kommer og går i hjemmet i løbet af et besøg. Nogle emner bliver til nyttige samtaler, som alle bør høre på én gang, især omkring sygdom og forebyggelse af personskader. Andre emner kan være vanskeligere at håndtere. Familier bliver ofte misinformeret om sundhed og forældreskab af velmenende familiemedlemmer og venner. Sundhedsplejersken bliver en fagperson, man kan spørge til råds, og en person, man kan henvende sig til for at få faktuelle oplysninger om ernæring, normal adfærd og udvikling for spædbørn eller små børn osv. Forældre kan også få modstridende råd om, hvordan de skal drage omsorg for deres barn. Nye mødre og fædre ønsker måske at udforske andre tilgange til forældreskab end dem, de selv er vokset op med. Det kræver, at sundhedsplejersken er taktfuld, så der ikke opstår konflikt i forhold til den udvidede familie.

Anvendelse af en reflekterende tilgang til at lære forældre om sundhed er en kompleks færdighed, som bliver nemmere med tiden. Denne tilknytningsbaserede tilgang anerkender forældrenes ekspertise, støtter forældrens perspektiv og formidler en følelse af gensidighed mellem forælderen, barnet og den hjemmebesøgende.

Anvendelse af mange af de teknikker, der er beskrevet i kapitel 3 – hjælpe forældre med at sætte ord på deres bekymringer og ønsker, modellere konstruktive interaktioner mellem forælder og barn, være talerør for barnet osv. – kan hjælpe sundhedsplejersken med at fremme sundhed og positive interaktioner mellem forælder og barn. Sundhedsplejersken kan f.eks. benytte en drøftelse af barnets temperament til at tilskynde forældrene til at se tingene fra barnets side og dermed udvise en mere følsom og lydhør forældreomsorg.

Hvis der er tale om et presserende sundheds- eller sikkerhedsmæssigt problem, kan sundhedsplejersken dog være nødt til at ændre taktik og anvende en mere styrende tilgang. Hvis en forælder f.eks. blander modernælkserstatning forkert, er der behov for direkte instruktion. Det er derefter muligt at vende tilbage til en mere reflekterende drøftelse af forælders ønske om at give barnet den rigtige ernæring og se det vokse og udvikle sig.

### **Sundhedsplejerskens tilgange**

Følgende alfabetiske liste over didaktiske og teoretiske tilgange er ikke udtømmende, men kan give en idé om, hvordan sundhedsplejersken tilrettelægger arbejdet under hjemmebesøg. Selvom tilgangene ikke er specifikke for MTB-programmet, er de særligt nyttige til at fremme forældrerefleksion hos nye mødre.

#### **Forebyggende vejledning**

En vigtig del af sundhedsplejerskens rolle med at forberede forældre på almindelig udvikling og vækst hos deres børn består i at yde forebyggende vejledning, som er rettidig, passende og relevant (Hagan, Shaw & Duncan, s. 263). En forælder, der ved, at barnets vækst aftager efter de enorme ændringer, der sker i de første måneder af barnets liv, vil f.eks. være mindre bekymret over barnets mindre appetit. Forælderen kan derfor guides til at være opmærksom på barnets signaler på mæthed og blive mindre tilbøjelig til at presse barnet til at spise, når det ikke er sultent.

Forebyggelse indebærer at lære forælderen om de udviklingsmæssige ændringer i en normal barndom - før barnet har nået det pågældende udviklingsstadium. Fordelen er, at forælderen hører de nye oplysninger flere gange, før barnet når den alder, hvor oplysningerne skal bruges. Sundhedsplejersken og forælderen kan f.eks. drøfte de mange milepæle, barnet vil nå i løbet af det første leveår, umiddelbart efter fødslen. Mødre og fædre udtrykker ofte ønske om at se deres barn lære at gå. Sundhedsplejersken forklarer det morsomme i, at barnet faktisk begynder at vågne af sig selv om natten for at øve sig i at gå, når det er omkring et år gammelt. Når forældrene så efterfølgende undrer sig over, at barnet pludselig vågner flere gange om natten og hiver sig op i armene og går rundt langs kanten af sengen, kan de blive mindet om med en vis empati og humor, at "det øjeblik, I har ventet på, endelig er kommet! Jeres barn viser tegn på, at det snart begynder at gå." Det er med til at reformulere barnets opvågning om natten som en ny færdighed, forældrene har ventet på. Forebyggelse hjælper også med at introducere forældre til nye idéer om børneopdragelsesprincipper, før de selv skal træffe valget. Sundhedsplejersken drøfter f.eks. normale mønstre for gråd for spædbørn, og hvordan man kan trøste et grædende barn kort før barnets fødsel. Så når forældrene oplever, at barnet græder, og hører modstridende råd fra familiemedlemmer om, at det er sundt for barnet at bruge sine lunger, kan de tænke tilbage på det, de har hørt om at trøste et grædende barn.

### **Sagsadministration og henvisninger**

MTB-familier kan have mange behov, der involverer flere myndigheder og fagfolk inden for sundhed og inden for sociale indsatser. Som led i en holistisk plejefilosofi har sundhedsplejersken ofte ansvar for at facilitere og koordinere henvisninger til læger, terapeuter, tandlæger og fysioterapeuter – og eventuelt også til pædagoger og dagplejere, skolevejledere osv. Begge MTB-hjemmebesøgende arbejder ofte med de samme myndigheder eller fagfolk og kommunikerer og koordinerer arbejdet efter behov til fordel for familien. Denne koordinering er afgørende for den tværfaglige indsats for at planlægge familiens trivsel.

### **Udviklingsmæssig vurdering**

Hvert hjemmebesøg giver sundhedsplejersken en naturlig mulighed for at overveje barnets kognitive, fin- og grovmotoriske, sociale, følelsesmæssige samt sproglige og adfærdsmæssige udvikling. Der foretages en periodisk udviklingsmæssig vurdering med udgangspunkt i udfyldning af et Ages and Stages Questionnaire®-spørgeskema (Squires & Bricker, 2009) sammen med forælderen og barnet. Hvis der er mindre forsinkelser, kan forælderen blive instrueret i at ændre sin interaktion med barnet for at forbedre barnets sprog og kognitive eller motoriske færdigheder. En forsinkelse i et barns motoriske udvikling kan f.eks. skyldes manglende erfaring, fordi forælderen har været tilbageholdende med at lege med barnet på gulvet. Den udviklingsmæssige vurdering hjælper forælderen med at se behovet for mere "mavetid", og sundhedsplejersken kan hjælpe forælderen med at overveje, hvordan det kan gøres til en behagelig aktivitet for hele familien.

### **Fødselsplan**

Vordende mødre begynder ofte at bekymre sig om veerne og fødslen, efterhånden som graviditeten skrider frem. For nogle kvinder udvikler disse almindelige bekymringer sig til komplekse traumesymptomer relateret til historier om seksuelt misbrug. Kvinder, der ikke har været udsat for misbrug, kan have fået andre traumer under deres opvækst relateret til fattigdom og vold, som kan have efterladt dem med en følelse af magtesløshed og krænkelser. Efterhånden som fødslen nærmer sig, kan disse tanker dukke op igen. MTB-formatet giver sundhedsplejersken mulighed for at undersøge gravide kvinders følelser og bekymringer og give dem konkrete oplysninger om hospitalet og fødselsoplevelsen, samtidig med at de får mulighed for at træffe deres egne valg i forhold til aspekter af fødslen. Det giver kvinderne en følelse af kontrol på et tidspunkt, hvor mange aspekter af tilværelsen synes ude af kontrol. Fødselsplanen kan udleveres til kvindens støttepartner og til personalet på

fødestuen i forbindelse med selve fødslen.

### **Motiverende samtaler**

Motiverende samtaler er en metode til at hjælpe forældre med at foretage vanskelige ændringer i deres liv. Selvom klinikerne har stor viden om eksempelvis kost, søvn, forældrekompetencer eller højrisikoadfærd, er deling af denne viden med forældrene typisk ikke tilstrækkeligt til at fremkalde en ændret adfærd eller resultater. Forældre kan føle sig ambivalente og se både de positive og de negative effekter af at foretage ændringen. Sundhedsplejersken anvender motiverende samtaleteknikker til at anerkende, at forandring er en personlig beslutning. Ellers kan forælderen føle sig presset til at gennemføre en forandring, som kan føles truende og potentielt nedbryde tilliden mellem sundhedsplejersken og forælderen. Sundhedsplejersken kan bede forældrene om at bedømme deres parathed eller motivation til at ændre en bestemt type adfærd på en skala fra 1 til 10, før der udleveres materiale om eksempelvis rygestop, vægttab eller ændret omsorgsadfærd for forældrene. Åbne spørgsmål og aktiv lytning tilskynder mødre eller fædre til at formulere personlige mål, som hjælper dem med at føle sig forstået og støttet, mens de overvejer at gennemføre ændringen.

#### **Hjælp til en forælder med at tage ejerskab for en beslutning**

*Sundhedsplejersken observerer en forælder, som giver sit 18 måneder gamle barn en sut, hver gang barnet er ked af det. Forælderen har udtrykt ønske om, at barnet skal bruge mere sprog, og sundhedsplejersken foreslår at vænne barnet af med sutten for at tilskynde det til at tale. Moren siger, at hun vil have barnet til at stoppe med at bruge sut, men kan ikke berolige det uden sut. Sundhedsplejersken foreslår forskellige måder at lære barnet at trøste sig selv på, men moren har indvendinger mod dem alle sammen.*

*På dette tidspunkt bemærker sundhedsplejersken måske, at det ikke er det rigtige tidspunkt til denne ændring, men hun er sikker på, at moren vil træffe en beslutning, når hun er klar til det. En måned senere fortæller moren, at hun er træt af at barnet beder om sutten hele dagen, og hun har ikke haft held til at skjule sutten for barnet. Sundhedsplejersken kan derefter stille spørgsmål om morens parathed til at vænne barnet fra at bruge sut, hvilket fører til en opremsning af fordele og ulemper ved ændringen og morens input til, hvordan hun kan få forandringen til at virke for både hende og barnet. Diskussionen flytter beslutningen og tilgangene til at foretage ændringen over på moderen, og denne engagerede proces øger sandsynligheden for at opnå vellykkede resultater.*

I situationer, som påvirker barnets sundhed og sikkerhed direkte, f.eks. hvis moren eller faren ryger, holder sundhedsplejersken fast i at lære forældrene om, hvor skadelig passiv rygning er for barnet, og har fokus på forældrenes motivation til at holde op med at ryge af hensyn til deres egen og barnets sundhed.

#### **Støtte til troen på egen kunnen**

Som beskrevet i kapitel 6 er støtte til troen på egen kunnen et nøgleelement i MTB-praktikerens arbejde. I løbet af de første uger efter fødslen overvejer sundhedsplejersken forældrenes viden om deres barns behov samt om morens sundhed, hendes træthedsniveau, hendes følelser af kompetence og hendes evne til at klare sig. Hvis moren f.eks. har brug for hjælp med amningen, hjælper sundhedsplejersken moren med problemer som ømme brystvorter og blokerede mælkekanaler og forsøger at give hende en positiv ammeoplevelse. Kvinderne opfordres også til at tjekke bleen (antal våde og snavsede bleer pr. dag) for at vurdere, om barnet får tilstrækkelig næring. Oplysningerne er samtidig nyttige i forbindelse med børneundersøgelser hos lægen. Nye forældre er ofte overraskede og en smule overvældede over antallet og typen af spørgsmål, som lægen stiller i forbindelse med børneundersøgelser, og oplysningerne er med til at styrke deres selvtilid, mens de lærer at gøre rede for deres barns sygehistorie. Undervisning i at fremme sundhed og forebygge sygdom støtter familiernes

trivsel og styrker forældrenes *opfattelse* af, at de har de nødvendige færdigheder til at tage vare på deres barns sikkerhed og sundhed.

Sundhedsplejersken kan gennem hele indsatsen lægge mærke til områder, hvor forældrene har brug for oplysning og rådgivning i forhold til at lære at beherske disse og andre livsfærdigheder. Hvad der kan fremstå som ligegyldighed eller glemsomhed, kan rent faktisk være mangel på viden, undertiden kombineret med forlegenhed eller skam.

### **Tilvejebringelse af konkrete ressourcer**

Eftersom MTB-klinikerne kommer i hjemmet, vil de sandsynligvis nemt kunne observere familiens behov for ressourcer. Mangel på mad, en lille lejlighed med få eller ingen møbler, en mangelfuld eller ødelagt autostol eller usikre levevilkår bliver synlige under hjemmebesøg. Hver gang et nyt konkret behov melder sig, har sundhedsplejersken mulighed for at have fokus på forælders forståelse af barnets sundhed, sikkerhed og udvikling samt familiens generelle sociale situation. Hvis en forælder synes ude af stand til at lykkes med et bestemt sundhedsrelateret emne uanset grund (manglende økonomiske midler, ingen adgang til transport, omorganisering, utilstrækkelig forståelse af behovet), kan sundhedsplejersken levere ressourcen til familien og demonstrere brugen af ressourcen med planlagte opfølgingsbesøg. Hvis en forælder f.eks. ikke følger de medicinske anvisninger for barnet, har sundhedsplejersken mulighed for at overveje forælders økonomiske situation, boglige færdigheder, familiesystemer, sundhedsoverbevisninger, dynamikker mellem barnet og forælderen og forælders kognitive færdigheder. Disse oplysninger kan være nyttige for sundhedsplejersken i arbejdet med at hjælpe forælderen med at holde fokus på barnet. Som med almindelig sagsbehandling drøfter og samarbejder sundhedsplejersken og familiebehandleren altid om familiens behov.

### **Forandringsstadier**

Sundhedsplejersken kan under hensyntagen til forældrenes sundhedsoverbevisninger og parathed til at foretage livsstilsændringer udarbejde planer, som skal forbedre familiens sundhedsmæssige adfærd og tro på egen kunnen. Ud over at bruge motiverende samtaleteknikker har sundhedsplejersken også fokus på barrierer for forandring, yder støtte under forandringsforløbet og bruger trin fra forandringscirklen (Prochaska & DiClemente, 1986). Denne model beskriver forandring som en cirkel med forskellige faser, herunder før-overvejelse (ikke klar), overvejelse (ved at blive klar), planlægning (klar), handling (begyndende forandring), vedligeholdelse (fastholdelse af forandringen) og afslutning (forandringen er fuldført, eller det besluttes ikke at fortsætte den). Når man taler med forældre om forandring, kan det ofte være nyttigt at tegne cirklen for dem startende med før-overvejselsesfasen som indgangspunktet til den cirkulære proces. Det hjælper med at gøre forandringsprocessens faser mere konkrete og nemmere at forstå for forælderen.

En forælder kan udtrykke ønske om en forandring, f.eks. at tabe sig, men ved ikke, hvor vedkommende skal starte, eller siger, at han eller hun har prøvet det flere gange før uden at det lykkedes. Forælderen kan ofte udpege den aktuelle fase, han eller hun befinder sig i, og med sundhedsplejerskens hjælp angive, hvad der kan gøres som det næste skridt. Forælderen kan derefter beslutte blot at læse de nye oplysninger og ikke foretage nogen forandring eller vælge at begynde at købe sundere madvarer. Sundhedsplejersken kan efterfølgende følge op med flere drøftelser om ernæring og spørge ind til, hvordan forælderen har det med den forandring, han eller hun har gennemført.

### **Stressreduktionsteknikker**

Mindfulness og stressreduktion er to koncepter, som minder om hinanden. Mindfulness-teknikker hjælper forældrene med at stoppe op og blive opmærksomme på deres tanker, impulser og følelser (Kabat-Zinn, 2011). Denne bevidsthed kan føre til forståelse af de reaktioner, som udløser årsager til stress. Ofte kan et simpelt

diagram over de kropssystemer og -organer, som påvirkes af stress, hjælpe med at beskrive "kæmp eller flygt"-reaktioner (der findes mange eksempler på nettet). Denne tilgangsvinkel kan også hjælpe forældre med at forstå de fysiske symptomer og følelser, de oplever, når de er bange eller meget stressede. Forældre kan lære at identificere kropslige symptomer på stress såsom hovedpine, muskelspændinger eller hjertebanken.

Mindfulness-øvelser kan hjælpe forældre med at blive opmærksomme på kroppens stresssymptomer, herunder hvad der gik forud, og hvordan de reagerede. Forældre kan med øvelse lære at vælge sundere reaktioner på stress eller stressudløsere i deres dagligdag. Hvis en mor f.eks. føler sig stresset, når hendes barn græder utrøsteligt, kan sundhedsplejersken bede moren om at beskrive, hvordan hun har det i kroppen, og forklare, hvordan barnet oplever hendes anspændte arme, når hun tager det op. Barnet falder typisk til ro, hvis moren er i stand til at tage et par dybe indåndinger, slappe af i kroppen og holde barnet på en mere afslappet måde.

Forældrene kan blive præsenteret for mindfulness-teknikker som en del af fødselsforberedelsen hos lægen eller jordemoderen eller af sundhedsplejersken. Afspændingsteknikker, f.eks. yoga, vejtrækningsøvelser, kropsscanninger osv., kan anvendes med begge forældre. Sundhedsplejersken starter med at demonstrere og øve vejtrækningsøvelser med spids mund under besøgene i den sidste del af graviditeten. Hun beder moren om at bruge denne teknik i forbindelse med plukkeveer og bemærke ændringen i musklerne, når hun slapper af.

### **Læringsøjeblikke**

MTB-sundhedsplejersker anvender **læringsøjeblikke eller "teachable moments"** under alle hjemmebesøg og i deres arbejde med familierne (Zuckerman & Parker, 1997) til at forbedre forældrenes forståelse af deres børn. Som forberedelse til et hjemmebesøg kan sundhedsplejersken f.eks. planlægge at drøfte barnets sprogudvikling med moren. Under besøget bemærker sundhedsplejersken, at barnet har lært at pege på det, hun vil have, når hun er sulten. Det er en oplagt mulighed for at lære moren, hvordan hun kan sætte ord på ting i barnets hjem og omgivelser som et middel til at udvikle et ordforråd.

### **Sundhedsrelaterede domæner**

I USA er MTB-programmets indhold om pædiatrisk sundhed i overensstemmelse med komponenterne i udviklingsorienteret pædiatrisk praksis med evidensbaserede sundhedsretningslinjer for børn og med Bright Futures-programmet (Hagan, Shaw og Duncan, 2017). MTB-programmer i andre lande skal følge lokal evidensbaseret praksis. Under besøgene overvejer sundhedsplejersken prioriterede områder, som hun og familien skal fokusere på i løbet af besøget, samt områder for fremtidige besøg. Nedenfor er beskrevet nogle af de almindelige temaer, som indgår i sundhedsplejerskens arbejde.

### **Mødresundhed**

#### ***Graviditet***

Hjemmebesøg under graviditeten fokuserer på moren og morens sundhed, veer og fødsel og planlægning af barnets ankomst. Undervisning i den prænatale fase omfatter emner som morens ernæring, normale fysiske og følelsesmæssige forandringer under graviditeten, tegn og symptomer på graviditetskomplikationer, forebyggelse af og opmærksomhed på for tidlig fødsel, barnets ernæringsmuligheder, mindfulness-metoder til reduktion af stress og forberedelse af familien og hjemmet til barnets ankomst. Sundhedsplejersken hjælper moren med at identificere normale graviditetssymptomer samt tegn og symptomer på graviditetskomplikationer. Det er et emne, som typisk udløser et hav af spørgsmål, så sundhedsplejersken får mulighed for at håndtere de bekymringer, forældrene måtte have.

Den tidlige hjemmebesøgsproces omfatter sundhedsplejerskens første overvejelser omkring morens nuværende sundhed, risikoadfærd og morens forståelse af graviditeten og fosterets udvikling. De skal være ressourcefokuserede og er ofte en nyttig start på den ernæringsmæssige side. Det giver sundhedsplejersken

bedre mulighed for at forstå familiens interaktioner, hierarki, madtraditioner og -kultur, før der foreslås kostændringer. Kostændringer er vanskelige og tager tid. Hvis den gravide ikke er den, der køber ind eller laver mad i familien, skal sundhedsplejersken overveje, hvordan de øvrige familiemedlemmer kan inddrages i drøftelserne om ernæring. Under graviditeten bliver forældrene også bedt om at tænke over deres kost med henblik på at være rollemodeller for sunde kostvaner i forhold til deres kommende barn.

Afhængigt af hvilket tillidsniveau der udvikles i løbet af de tidlige besøg, kan sundhedsplejersken fokusere på morens og andre tætte familiemedlemmers brug af tobak, alkohol eller ulovlige stoffer. Farerne ved at udsætte fosteret for disse toksiner gennemgås, og sundhedsplejersken forsøger at reducere et eventuelt misbrug gennem adfærdsændringsstrategier og henvisninger til behandlingsprogrammer. Der er tendens til, at denne type problemer nedtones eller skjules, indtil moren føler, at hun kender sundhedsplejersken bedre, så sundhedsplejersken skal muligvis formidle viden om emnerne på en mere generel måde.

Valgmuligheder med hensyn til amning/sutteflaske drøftes også inden barnets fødsel, herunder den dokumenterede gavnlige effekt af amning. Sundhedsplejersken giver moren alle de relevante oplysninger, så hun selv kan træffe beslutningen om at amme barnet eller give det sutteflaske. Hvis moren foretrækker at give barnet sutteflaske, drøfter sundhedsplejersken vigtigheden af øjenkontakt for at knytte bånd mellem moren og barnet under flaskegivning. Fædre opfordres også til at anvende denne tilgang.

Mange mødre udtrykker et ønske om at amme deres barn, men kender ikke nogen, der har ammet, eller er bange for, at barnet ikke får tilstrækkelig næring. Det fortæller samtidig sundhedsplejersken, at der er tale om en mor, som har brug for ekstra støtte til at give barnet mad i de første dage efter fødslen. Sundhedsplejersken drøfter barrierer og frygt samt fordele ved at amme og kan inddrage flere rollespilscenarier, som kan hjælpe med til at forberede moren. Anvendelse af disse proaktive tilgange har været med til at give mange mødre i MTB en tilfredsstillende og vellykket ammeoplevelse.

### ***Efter fødslen***

Forældrene kan have brug for hyppige påmindelser om at huske at tænke på sig selv i de første uger efter barnets fødsel. Hvis moren har haft en vanskelig fødsel, kan der være forskellige sundhedsrelaterede bekymringer. Mødre, som har fået foretaget et kejsersnit, skal måske mindes om ikke at udføre tunge løft eller gå på trapper. Efterhånden som nye forældre lærer at tage sig af deres barn, er det vigtigt, at de hjemmebesøgende lærer dem at forstå vigtigheden af at tage sig tid til sig selv.

Adressering af forældres søvnbehov er vigtigt for forældrenes sundhed, men det er også vigtigt for at forebygge børnemishandling. Søvnmangel forstærker forældres følelse af stress og magtesløshed og kan hæmme deres sunde dømmekraft i forhold til at reagere på nyfødtes behov eller gråd. Andre familiemedlemmer og venner kan blive opfordret til at hjælpe med at sikre, at de nybagte forældre får tid til at hvile. Begrebet søvnhygiejne kan være nyt for mange forældre. Som et led i arbejdet med at lære omsorg for den nyfødte kan det være en god idé at foreslå grundlæggende tilgange som at undgå at indtage koffein om eftermiddagen og aftenen eller undlade at deltage i sociale aktiviteter eller se fjernsyn om aftenen, så de i det mindste også kan sove, mens barnet sover.

Forældre kan opleve en lille følelse af skuffelse, når de ser deres nyfødte første gang. De har måske gået med en forestilling om, at barnet ville ligne en baby på tre måneder, som dem man ser i reklamer i babyblade. Det kan være en hjælp for forældre at vide, at man ikke altid "forelsker" sig i sit barn lige fra starten. Kvinder oplever også ofte, at det følelsesmæssige og seksuelle forhold til deres mand eller kæreste har ændret sig og kan være anstrengt. Ved at tage disse emner op giver sundhedsplejersken forældrene mulighed for at drøfte deres følelser og forsøge at finde en passende ændring eller løsning.

### ***Reproduktiv sundhed og familieplanlægning***

Mange kvinder har utilstrækkelige viden om deres risiko for infektioner under graviditeten eller om risikoen for infektioner eller graviditet efter fødslen. Sundhedsplejersken rådgiver løbende om sikker sex og præventionsmuligheder/korrekt brug efter behov. Det er også relevant at drøfte familieplanlægning og fremtidsplaner med mænd, der er nye i rollen som far.

### **Forældrerens mentale trivsel**

Graviditet, fødsel, forældreomsorg og parforholdsændringer vækker komplekse følelser hos både moren og faren. Disse emner drøftes mere indgående i hele håndbogen, særligt i kapitel 4 og 8. Som beskrevet i kapitel 8 yder familiebehandleren terapi og rådgivning til mødre og deres familier. Selvom sundhedsplejersken ikke normalt er uddannet som psyko- eller familierapeut, deltager sundhedsplejersken i overvejelser omkring mange mentale trivselsforhold, yder omsorg for familien og koordinerer specifikke mentale trivselsbehov med familiebehandleren.

### ***Humørsvingninger***

Gravide oplever mange hormonelt betingede fysiske og følelsesmæssige ændringer, som kan være ubehagelige, foruroligende eller endda skræmmende. Almindelige reaktioner og følelser både før og efter fødslen drøftes med begge forældre. Tegn og symptomer på fødselsdepression og angst hos både moren og faren gennemgås også med forældrene. Begge hjemmebesøgende drøfter MTB-behandlingsmodellens tilgængelige behandlingsmuligheder, herunder hvornår der er behov for eventuelle yderligere ressourcer. Begge hjemmebesøgende arbejder for at forebygge negative situationer efter fødslen ved at råde mødre til at hvile sig, når barnet sover, og tage imod den hjælp, de bliver tilbudt.

### **Barnets sundhed og udvikling**

#### ***Nyfødtes adfærd***

Forberedelse af barnets ankomst omfatter at hjælpe forældrene med at forstå almindelige egenskaber hos nyfødte, som nye forældre kan opleve som bekymrende, f.eks. støjende vejrtrækning, gråd, hudens udseende og pleje af huden, søvncyklusser, spisemønstre, og hvordan man kan afgøre, om barnet får tilstrækkeligt med mælk. Sundhedsplejersken bruger billeder i naturtro størrelse til at vise, hvordan navlestrengen, barnets farve og den nyfødtes hud/udseende vil se ud, når de ser deres barn på fødestuen. Sundhedsplejersken beskriver forskelle mellem babyer og voksne. Nyfødte spædbørn har f.eks. bittesmå maver og oplever sult som en smerte, der pludselig opstår. Denne viden giver moren mulighed for at reagere mere forstående, når den nyfødte vågner med et skrig, og det kan reducere de negative følelser, hun forbinder med barnets gråd.

Under de tidlige besøg efter fødslen beundrer begge hjemmebesøgende barnet og møder muligvis medlemmer af den udvidede familie. Hjemmebesøgende hører ofte fortællinger om fødslen, og noterer morens indre styrker. Der foretages vurderinger af behovet for støtte til amning, sundhedsproblematikker vedrørende den nyfødte eller moren samt eventuelle presserende behov for tøj eller babyudstyr. Vurderingen hjælper med at afdække, hvor hyppige hjemmebesøg der er behov for i ugerne efter hjemkomsten fra hospitalet, og hvornår de skal finde sted.

Sundhedsplejersken spørger ind til spædbarnets spisemønster, søvn og adfærd. Sundhedsplejersken vurderer samtidig barnets generelle sundhed og udvikling gennem observation. Hvis der er usikkerhed om barnets fysiske vækst eller udvikling, kan sundhedsplejersken foretage en mere grundlæggende. Sundhedsplejersken forsøger at tilskynde moren til at holde barnet og tage sig af det under besøget, så sundhedsplejersken kan kommentere barnets øjenkontakt med moren eller morens reaktion på barnets behov. Efterhånden som barnet bliver ældre, er vågent og veltilfreds, begynder sundhedsplejersken at interagere mere direkte med barnet, herunder bemærke dets udseende, underholde barnet og modellere leg eller samtaler med spædbarnet. Sundhedsplejersken yder løbende støtte og aflægger ekstra besøg, hvis barnet er sygt eller født for tidligt eller bliver indlagt på hospitalet.

Sundhedsplejersken er et vigtigt bindeled mellem moren og det plejepersonale, som tilser det indlagte nyfødte spædbarn. Der har f.eks. været et tilfælde, hvor et nyfødt MTB-spædbarn blev hospitalsindlagt flere dage efter fødslen med alvorlig gulsot, hvor sundhedsplejersken besøgte moren og barnet på hospitalet. Moderen følte sig hjælpeløs og bange og havde kun begrænset støtte fra familien. Sundhedsplejersken var i stand til at hjælpe med at fortolke laboratoriesvar og forklare årsagen til lysbehandlingen, så moren bedre kunne slappe af og fortsætte med at amme sit barn.

### *Aflæsning af tegn*

At lære at identificere bevidsthedstilstande hos nyfødte, kaldet arousal tilstande, kan hjælpe en nybagt forælder med at læse tegn på, at barnet er sultent eller utilpas, samt om barnet er interesseret i social interaktion med forældrene (Nugent & Morell, 2011). Denne færdighed øger forældrenes følelse af kompetence, mindsker stressniveauet og muliggør mere positive interaktioner mellem forælder og barn. Forældre kan hjælpes til at "læse" deres barns signaler ved hjælp af fotos af babyer, som er stille opmærksomme, aktivt opmærksomme, kede af det, søvnige, uroligt sovende og stille sovende. Hver type adfærd er et fingerpeg om barnets parathed til at spise, sove, blive trøstet eller få tid til at hvile uden stimulering. Forældre er typisk forundrede og positivt overraskede over, hvordan deres nyfødte forsøger at kommunikere med dem fra starten (se Nugent et al., 2007). For forældre, som har vanskeligere ved begrebet reflektiv forældreomsorg, kan denne tidlige tilgang med at læse spædbørns signaler og bevidsthedstilstande være en måde at lære forældrene at bruge reflektiv forældreomsorg til at skabe tilknytning og være opmærksomme på spædbarnets mentale tilstande.

Perioden mellem barnets 6. og 12. leveuge kendes som perioden med udviklingsbetinget gråd. Det er en normal udviklingsmæssig fase, hvor barnet nogle gange kan græde i timevis og være vanskeligt at trøste. Efter at have udelukket sygdomme eller skade kan sundhedsplejersken finde metoder til at håndtere disse få uger, som ellers kan være meget stressende. Forebyggende vejledning om gråd, trøst og håndtering er afgørende for at forebygge ruskevold og andre former for mishandling. Forældre, som får hjælp til at forstå, at udviklingsbetinget gråd er en forbigående fysisk tilstand, kan være mere tolerante over for barnets gråd og ikke bekymre sig om, at det er udtryk for deres inkompetence, eller at der er noget galt med barnet.

### *Søvn*

Spædbørn konsoliderer typisk ikke deres søvnmønstre, før de er omkring 6 måneder gamle, så forældre har brug for rådgivning om spædbørns behov for mad om natten og deres opvågningsmønstre, men før det kan forældre begynde at anvende tilgange, som hjælper spædbørn med at falde i søvn igen (Paruthi, Brooks, & D'Ambrosio et al., 2016). Forældrene mindes om, at babyer altid skal sove på ryggen både om dagen og om natten. Det anbefales kraftigt, at spædbørn sover i det samme rum som forældrene det første år af deres liv. Undervisning i vuggedød starter før fødslen og fortsætter i perioden efter fødslen. Sundhedsplejersken hjælper familien med at indrette et sikkert sovemiljø til spædbarnet med en vugge, seng, lift eller andet foretrukket sovemøbel.

En nyfødt kan sove op til 20 timer i døgnet fordelt på perioder på blot nogle få minutter og perioder på flere timer ad gangen, hvor barnet kun vågner for at få mad. Der er ikke noget egentligt mønster for, hvornår barnet er vågent, og hvornår det sover, selvom mange nyfødte har tendens til at vende op og ned på dag og nat og have flere vågne perioder om natten (til forældrenes store skræk). Efter 3-4 uger begynder barnet at være vågent i længere tid ad gangen. På det tidspunkt kan forældrene begynde at hjælpe barnet med at skelne mellem dag og nat ved at interagere med barnet om dagen, og skifte ble og give mad om natten på en rolig, venlig, men mindre legende måde. Søvnperioderne vokser gradvist sammen, og barnet har tendens til at sove længere om natten. Søvnkspertes anbefaler, at spædbørn i 4-12 måneders alderen sover 12-16 timer i døgnet, inklusive smålure. Spædbørn (6-12 måneder) sover typisk ikke konsekvent igennem om natten, og nogle begynder først at sove igennem om natten i anden halvdel af deres første leveår.



Sundhedsplejersken benytter drøftelsen af ældre spædbørns søvnbehov med forældrene som en lejlighed til at udarbejde en rutine med faste sengetider, som kan hjælpe både forældrene og barnet til at få mere søvn. Det er ikke usædvanligt, at et ældre spædbarn stadig vågner en til to gange om natten. Sundhedsplejersken og forældrene kan i fællesskab overveje, hvorfor dette kan være tilfældet, og hvordan de kan hjælpe barnet med at falde i søvn igen. I løbet af barnets andet leveår falder søvnbehovet til omkring 11-14 timer i døgnet. Det inkluderer en eller to lange lure. Sundhedsplejersken vurderer søvnmønstret med regelmæssige mellemrum. Hvis en forælder fortæller, at barnet snorker, bør barnet undersøges af en børnelæge for mulig obstruktiv søvnapnø. Mareridt og frygt for mørket er almindelige problemer, efterhånden som barnet bliver ældre.

### ***Ernæring***

Moren tilskyndes til at fortsætte med at amme, så længe hun kan, og gerne i 12 måneder. I slutningen af anden halvdel af barnets første leveår introduceres en kop, som barnet kan drikke af. Vær forsigtig med juice og søde væsker. I takt med at spædbarnet bliver ældre, drøftes sikre madrutiner og sikker eller usikker fingermad til det ældre spædbarn, som lærer at spise selv. Korrekt ernæring til ældre spædbørn og småbørn er et område, som sundhedsplejersken har stort fokus på. Indkøbsture til supermarkedet kan ind imellem give sundhedsplejersken og forælderen en oplagt mulighed for at vælge og drøfte fødevarer og træffe sunde, ernæringsrigtige valg i forhold til familiens etniske baggrund, budget og adgang til at indkøbe fødevarer. Sundhedsplejersken kan også drøfte de mange fordele, der er for småbørn og ældre børn ved at spise sammen med resten af familien.

### ***Barnets udvikling***

Efterhånden som spædbarnet vokser, ændrer hjemmebesøget karakter. Det bliver mere og mere nyttigt for sundhedsplejersken og forælderen at lege med barnet på gulvet, så sundhedsplejersken også får lejlighed til at demonstrere barnets voksende motoriske og sproglige færdigheder og problemløsningsfærdigheder. Sundhedsplejersken kan holde øje med situationer, hvor barnet ser op på forælderen for at få tryghed og opmærksomhed, og benytte lejligheden til at fremhæve, hvor vigtig forælderen er for barnet. Mange nybagte forældre kan have vanskeligt ved at forstå den udviklingsmæssige fase, hvor barnet begynder at tabe ting som en invitation til at lege eller til at finde ud af, hvad der kan ske, og de kan opleve interaktionen som kedelig eller irriterende. Sundhedsplejersken kan reformulere barnets kasteadfærd som barnets nysgerrige og intelligente udforskning af verden og opfordring til forælderen om at lege med.

### ***Sikkerhed***

Visse sikkerhedsmæssige problemer i hjemmet bliver tydelige for sundhedsplejersken, før barnet er født. Sundhedsplejersken adresserer disse problemer (røgalarmer, åbne ikke-afskærmede vinduer, manglende gelænder på trappen) tidligt i forløbet, da en nyfødt i huset kan være en stærk motivation for familiemedlemmerne til at foretage de nødvendige ændringer. Rådgivning om sikkerhed omfatter også understregning af vigtigheden af, at forældre beskytter barnet mod passiv rygning. Der gennemgås også andre alvorlige risici som kontakt med bly og giftige stoffer, faldulykker, forbrændinger og kvælning. Adgangen til førstehjælpsudstyr og andet nødudstyr drøftes også.

### ***Spædbarnets mentale trivsel***

Begge praktikere arbejder for at fremme spædbørns mentale trivsel. Kapitel 8 indeholder en komplet beskrivelse af den sociale indsats for at fremme spædbørns mentale trivsel. Listen nedenfor beskriver nogle af de metoder, sundhedsplejersken kan benytte til at fremme relationen mellem forælder og barn med de glæder og udfordringer, der følger med.

### ***Tilknytningsrelation***

Under hele indsatsen observerer sundhedsplejersken barnets sociale og følelsesmæssige udvikling, barnets

signaler og forældrenes reaktion på signalerne, forældrenes sprogbrug, forældrenes overbevisninger samt, hvor hensigtsmæssige forældrenes forventninger er. Både sundhedsplejersken og familiebehandleren fokuserer på at støtte en positiv og sund forælder-barn-relation.

### ***Fremme af behagelige øjeblikke***

Sundhedsplejersken coacher aktivt forælderen i udviklingsrelevante og sjove måder at lege med barnet på. Rutiner som bleskift, badning og madgivning er muligheder for forælderen og barnet til at interagere og lære hinanden at kende og forstå hinanden. Sundhedsplejersken hjælper forælderen med at genkende barnets invitationer til at lege og ønsker om nærhed som positive sunde komponenter i forælder-barn-interaktioner. Efterhånden som barnet bliver mere mobilt og ønsker at udforske omgivelserne, kan sundhedsplejersken forklare barnets behov for, at forælderen glæder sig over de nye færdigheder, og ser sig selv som den trygge base, hun vender tilbage til efter behov.

### ***Opdragelse***

Fremhævelse af forældrenes personlige mål for barnet samt de familieværdier, de ønsker, barnet skal lære, er et godt udgangspunkt for at drøfte opdragelse. Det er nyttigt at spørge forældrene, hvordan barnet skal lære disse værdier, hvordan de selv er blevet opdraget, og hvordan de føler, at disse metoder har virket for dem. Disse oplysninger kombineret med anerkendelsen af, at forældre er dem, som kender deres barn bedst, giver sundhedsplejersken den nødvendige indsigt til at overveje, hvordan forældreomsorg skal gribes an. Når barnet fylder ét år, ydes der vejledning om at forebygge og håndtere vredesudbrud, udvikling af frygt hos småbørn og trang til at bide og slå samt om figurativ og fantasifuld leg og værdien af den (Hagan, Shaw & Duncan, 2017). Efterhånden som barnet vokser og udvikler et stærkere ønske om autonomi, kan nogle forældre føle sig afviste eller kaste sig ud i en magtkamp med barnet om, hvem der bestemmer. Mange forældre vil udtrykke bekymring om, at barnet er ved at udvikle sig til at blive krævende og forkælet. Der tilbydes forældreomsorgsteknikker, så forælderen kan samarbejde med barnet på en alderssvarende og relevant måde. Denne tilgang hjælper ofte med at modvirke uhensigtsmæssige forventninger til det lille barn og er en effektiv påmindelse til forældrene om, hvor vigtige de er for det lille barn.

### **Filmklip: Sundhedsrelateret hjemmebesøg**

#### **Amning**

*Suli havde udtrykt ønske om at amme sit barn. Hun vidste fra jordemoderen, hvor værdifuld modermælk ville være for hendes nyfødte barn, men hun var bekymret, fordi hendes egen mor ikke havde været i stand til at amme hende. "Min mor siger, at jeg ikke kunne lide det, men det var sikkert, fordi hun ikke kunne producere nok mælk, og jeg var sulten." Sundhedsplejersken gennemgik de grundlæggende ammeteknikker og beskrev amning som noget, moren og barnet lærer i fællesskab, en proces, der kræver øvelse. Sundhedsplejersken følte, at den forebyggende vejledning om amning ville give Suli et godt udgangspunkt at bygge videre på, når barnet var født. For at berolige Suli i forhold til hendes bekymringer om ikke at have tilstrækkelig mælk, talte sundhedsplejersken om det normale i, at nyfødte taber sig, mens de er indlagt på hospitalet, og at barnet kan have forbehold over for amningen, indtil mælken løber til, om hvor ernæringsmæssig værdifuld råmælken er i de første dage af barnets liv, og om hvordan man kan vurdere, om barnet får nok at spise, ved at tælle antallet af våde bleer. Da Suli begyndte at udvise tryghed og selvtillid, når hun holdt barnet (en dukke) i forskellige positioner, begyndte sundhedsplejersken at udforske mulige sociale og følelsesmæssige barrierer for amning, som Suli kunne opleve. Hun gennemgik mindfulness- og stressreduktionsteknikker, som Suli kunne anvende på sig selv. Sundhedsplejersken anvendte forskellige rollespilsscener til at forberede Suli på de potentielle bekymrede reaktioner, hun kunne*

komme ud for efter fødslen. Hun gav sig ud for at være en bekymret tante: "Du sulter jo barnet! Hør, hvordan hun græder. Nu skal jeg hente noget modermælkserstatning." Suli lo og sagde, at det lød præcis som hendes familie. "Men nu kan jeg fortælle dem, at der kan være mange forskellige grunde til, at børn græder. Se, hvor sund hun er, og hvor god hun er til at producere mange våde bleer."

Da Sulis datter blev født seks uger senere, var Suli parat til at håndtere bekymrede reaktioner fra velmenende familiemedlemmer. Hun fortalte sundhedsplejersken, at "det er helt, som vi talte om. Barnet kunne ikke finde brystvorten til at starte med, og hun bevægede hovedet frem og tilbage, som om hun sagde "Nej! Det her er ikke noget for mig." Men jeg vidste, at hun bare havde brug for at lære det. Min mor er bekymret for, at hun ikke er stor nok, men hver gang hun bliver vejjet, har hun taget på. Jeg kan selv se, at hun har det godt. Hun er bare dejlig!"

#### **Anvendte metoder:**

- Forebyggende vejledning om nyfødtes normale vækst og udvikling
- Vurdering af barrierer og familiens holdning til amning, foregribelse af mulige reaktioner fra familiens side
- Støtte til troen på egen kunnen gennem forskellige rollespilscenarier.

#### **Sikkerhed**

Da sundhedsplejersken begyndte at komme på hjemmebesøg hos Maria og George, talte hun om ruskevold, som Maria havde hørt om i fjernsynet. Det unge par var forfærdet over, at nogen kunne finde på at gøre deres barn fortræd, og kunne ikke forestille sig, at de kunne få det på den måde selv. Sundhedsplejersken havde oplevet Marias manglende tolerance over for afbrydelser og overvejede, hvordan hun ville reagere på barnets konstante behov i de første måneder. Sundhedsplejersken var bekymret, men tog en dyb indånding og overvejede, hvilke tilgange hun kunne anvende for at reducere risikoen for børnemishandling. Hun besluttede at vente på et læringsøjeblik med at drøfte nyfødtes adfærd og skubbede sin bekymring til side. I løbet af de efterfølgende besøg talte sundhedsplejersken om nyfødtes gråd som en form for kommunikation og om, hvordan man kan trøste en grædende baby. Sundhedsplejersken drøftede også perioden med normal udviklingsmæssig gråd og forberedelse på øjeblikke, hvor parret ville opleve søvnmangel og føle sig overvældede.

Marias baby var ikke altid let at trøste og sov ikke i længere tid ad gangen. Maria var meget træt og satte stor pris på den store støtte, hun fik fra sin svigermor, som gav hende mange pauser. Maria var bekymret for, at hun ikke vidste, hvad barnet ville, og at hun ikke var en god forælder. Sundhedsplejersken gennemgik barnets bevidsthedstilstande, og Maria begyndte at identificere sin søns signaler og forudsige, hvad han havde brug for. Hun følte, hun havde en vis kontrol med at regulere barnet, og hendes følelse af kompetence voksede.

Flere måneder senere betroede Maria sundhedsplejersken, at hun havde haft "en af de dage". Barnet havde grædt i to timer. Den unge mor havde forgæves prøvet alle de tricks, hun kendte, i forsøget på at trøste ham, og hun frygtede, at hun skulle miste besindelsen og "gøre noget (skadeligt) ved min baby." Hun fortalte, hvordan hun havde lagt barnet sikkert ned i vuggen i sikker forvisning om, at han havde det godt, selvom han græd utrøsteligt. Hun gik derefter ud og tog et brusebad for at forsøge at falde lidt ned. Kort efter kom hendes mand hjem og fandt et grædende barn i soveværelset og en grædende hustru under bruseren. "Til at starte med var han vred på mig, fordi jeg havde efterladt barnet alene. Men så forstod han, hvad der foregik. Han blev klar over, at han var nødt til at hjælpe mere til og aflaste mig mere."

#### **Anvendte metoder:**

- Foregribende vejledning om nyfødtes udviklingsmæssige gråd og sovevaner
- Normaliserede følelser af utilstrækkelighed hos nybagte forældre
- Sundhedsplejersken håndterede sine følelser og skubbede sin bekymring til side til der opstod et læringsøjeblik
- Hjælp forældrene med at læse spædbørns signaler og forberede sig på stressende øjeblikke og styrkede troen på egen kunnen.

### **Tilskyndelse til interaktion med barnet**

*I forbindelse med et hjemmebesøg hos Keisha og hendes fem måneder gamle datter observerede sundhedsplejersken, hvordan Keisha lod barnet drikke af sutteflasken selv ved at støtte den med et tæppe, mens hun selv gik hen i den anden ende af rummet. Det var en overraskelse, fordi moren normalt var meget opmærksom på sin datter. Sundhedsplejersken undrede sig over, hvad der var sket, og ventede på det rette øjeblik til at nævne sin bekymring. Keisha fortalte stolt, hvordan barnet var i stand til at holde flasken selv, og om det skænderi, hun havde haft med sin kæreste, som hun jævnligt gjorde det forbi med. Sundhedsplejersken kunne huske, at moren under graviditetsinterviewet havde sagt, at det var vigtigt, at hendes datter lærte at være selvstændig, fordi hun nemt kunne ende med at skulle klare alting selv "helt ligesom mig."*

*Sundhedsplejersken lyttede eftertænksomt til den unge mors følelse af tristhed og vrede over at være forælder til et lille barn uden særlig meget støtte fra sin partner eller familie. Sundhedsplejersken spurgte ind til morens humør, men moren afviste ethvert symptom på depression. Da barnet begyndte at blive uroligt, spurgte sundhedsplejersken, om hun måtte lægge et tæppe ned på gulvet for at se, hvordan barnet udviklede sig. Keisha stillede et spørgsmål om mælketænder, og sundhedsplejersken talte om pleje af barnets tænder. Moren nævnte sin egen tandlægeskræk, hvilket gav sundhedsplejersken mulighed for at drøfte forebyggelse af caries ved at undgå søde drikke i sutteflasken. Det omfattede forebyggende vejledning om introduktion af en kop og mindre juiceindtagelse. Sundhedsplejersken var i stand til at udnytte dette øjeblik til at drøfte de små motoriske færdigheder, barnet var ved at lære, f.eks. med at tage fat i ting og proppe dem i munden, uden at kritisere Keisha for at lade barnet drikke af sutteflasken selv.*

*Efter besøget kontaktede sundhedsplejersken sin MTB-partner for at drøfte bekymringerne om Keishas humør og hendes uvilje mod at tage sig af barnet. Familiebehandleren planlagde at besøge familien for at vurdere, om moren skulle have en begyndende fødselsdepression, mens sundhedsplejersken overvejede mulige ikke-farmakologiske tilgange til at fjerne noget af den stress, Keisha og barnet oplevede.*

*Under det efterfølgende besøg ønskede Keisha at drøfte muligheden for at komme i bedre form nu, hvor barnet var næsten seks måneder gammelt. Sundhedsplejersken havde medbragt billeder af yogaøvelser, som moren og barnet kunne lave sammen, i håbet om, at det kunne hjælpe moren med at slappe af og nyde at være sammen med sit barn. Da Keisha og hendes datter lavede de første øvelser sammen, grinede datteren højlydt i spændt forventning om morens bevægelser. Sundhedsplejersken og Keisha blev enige om, at både mor og barn kunne have gavn af nogle få enkle rutiner. I løbet af de efterfølgende måneder støttede familiebehandleren Keisha i hendes rolle som enlig mor, mens sundhedsplejersken hjalp Keisha med at tænke over sin sundhed, og hvordan hendes egen trivsel påvirker barnet.*

**Anvendte metoder:**

- Brugte målene fra forældrenes graviditetsinterview til at knytte forældreomsorgsvalg sammen med barnets vækst og udvikling
- Forebyggende vejledning om barnets sundhed og udvikling i et læringsøjeblik
- Forslag til afslapningsøvelser, som kan fjerne stress
- Forslag til aktiviteter, som kan skabe flere hyggelige stunder mellem forælder og barn
- Samarbejde med familiebehandleren om at håndtere morens humørsvingninger.

## **KAPITEL 8: FAMILIEBEHANDLERENS TILGANGE**

### **Generelle principper: Familiebehandlerens "MTB-stil"**

MTB-familiebehandleren har mange forskellige hatte på. Ligesom sundhedsplejerskerne støtter MTB-familiebehandlere sund forældreomsorg, tryk tilknytning og gensidighed i forælder-barn-relationen og informerer og vejleder om barnets udvikling. Derudover tilbyder MTB-familiebehandlere støtte til både morens og spædbarnets mentale trivsel og afdækker behov for sociale ydelser (som ofte hænger sammen). Komponenten *mental trivsel* i programmet har mange facetter og former. Vigtigst er en fleksibel tilgang med fokus på individualiseret behandling af samspillet (forælder-barn-psykoterapi), individuel psykoterapi, støttende rådgivning, kriseindsats, familieindsats og støtte til at blive henvist til andre sociale indsatser efter behov. Komponenten *social indsats* sigter på at bygge bro til forskellige sociale ydelser, herunder ressourcer til umiddelbare behov, umiddelbar sikkerhed, økonomisk støtte, bolighjælp og uddannelse.

"Familiebehandlerens MTB-stil" er kompleks. En MTB-familiebehandler sagde engang: "Mange socialarbejdere er ikke uddannet til at tænke over relationen, og i starten følte jeg mig lidt på herrens mark – det er meget anderledes end at arbejde på en klinik." MTB-familiebehandleren anlægger et reflekterende perspektiv og tænker over betydningen af de ting, der sker. Snarere end at forsøge at løse problemer, spørger vi os selv om: "Hvordan er det kommet så vidt?" "Hvad foregår der i kulissen?" Det er naturligvis ikke alle mødre, der er klar til denne form for arbejde. For nogle mødre involverer det blot at fokusere på barnets gråd, for andre involverer det at tale om fortiden. Vi tilpasser derfor vores tilgang til den enkelte mor og familien.

### **Familiebehandlerens kompetencer**

MTB-familiebehandlerens rolle involverer forskellige områder, og der er derfor forskellige kernekompetencer, som MTB-klinikerens skal besidde for at varetage sin rolle effektivt. Kompetencerne er beskrevet i bilag II. De omfatter generelt evnen til at danne en terapeutisk alliance, erfaring med en reflekterende tilgang, erfaring med at indgå i et tværfagligt team, viden om spædbørns og små børns udvikling, spædbarnets mentale trivsel og forælder-barn-arbejde, viden om voksnes mentale trivsel samt viden om sociale ydelser og juridiske retningslinjer for arbejde med familier og børn.

### **Socialt arbejde, mental trivsel og reflekterende praksis: En hårfin balance**

I de efterfølgende afsnit skelnes der mellem arbejde relateret til det terapeutiske og socialt arbejde. I praksis hænger det dog ofte sammen. Så selvom MTB anlægger et dynamisk, reflekterende perspektiv, kan der gå lang tid, før mødre er i stand til at arbejde dynamisk, drøfte deres traumehistorier eller reflektere over deres erfaringer. Det kan være en forudsætning, at de skal lære af vores tilstedeværelse og vores evne til at yde konkret støtte, før de har tillid til at "arbejde dybere" med os. Familiebehandlerens evne til at tænke reflektivt vil være med til at udvikle morens reflektive kompetencer.

### **Den mentale trivselskomponent**

Den mentale trivselskomponent i MTB er baseret på psykodynamisk teori. Det betyder, at vi forsøger at forstå mødre i lyset af deres egen historie og særligt relationerne til deres primære omsorgspersoner.

### **Klinisk vurdering under graviditeten**

Det første skridt til at få et mere indgående kendskab til mødre er at få mere at vide om morens historie og oplevelse af graviditeten og den forestående rolle som forælder. Det omfatter indhentning af morens psykosociale historie, udarbejdelse af et genogram og gennemførelse af graviditetsinterviewet. *Der skal være en terapeutisk alliance før det er muligt at indsamle disse oplysninger.* Indsamling af eventuelle historiske eller kliniske oplysninger kræver, at der spørges ind til komplekse forhold, og vi kan ikke forvente, at moren er villig til at dele sin historie før, hun har tillid til og føler sig tryk ved klinikerens. Derfor kan det tage flere uger (eller

mere) før, at klinikeren har dannet sig et fornuftigt billede af morens historie og funktion. Processen må ikke fremskyndes, da det *vigtigste overordnede mål i denne periode er at lære moren at kende inden fødslen*. Mange mødre er ikke vant til psykiske screeninger, så det er vigtigt at bruge en tone, som formidler varme, interesse og empati under hele interviewet.

3-4 måneder før fødslen begynder familiebehandleren med det første psykosociale interview. Dernæst udarbejdes et genogram efterfulgt af et graviditetsinterview (ideelt set med sundhedsplejersken til stede) og til sidst det psykosociale interview, hvis dette ikke allerede er afsluttet. Beslutninger om hvornår afdækninger skal finde sted, afhænger af hvad der sker med moren og af alliancens styrke. Vi opfordrer til, at graviditetsinterviewet afholdes før fødslen (gerne med deltagelse af begge forældre). Der findes også et skema, som kan bruges efter fødslen, men den har langt mindre klinisk værdi end en vurdering før fødslen.

### ***Den psykosociale afdækning***

Den psykosociale historie (se bilag I) kan formuleres som en vej ind til at "lære familiens historie at kende". Det er nyttigt at opfordre moren til at tale åbent om sin fortid og nutid. Fx: "Jeg vil bede dig om kort at gennemgå din fortid på samme måde, som hvis du skulle fortælle din livshistorie. Det er vigtigt, fordi det er din historie, der har formet dine oplevelser, og det kan hjælpe mig med at forstå, hvem du er, så vi kan få et bedre samarbejde." En vigtig del af at lære om morens historie er at forstå hendes identitet, og hvordan den har påvirket hendes fortid og nutid. Som beskrevet ovenfor er det overordnede formål med allianceopbygningsfasen, at klinikerne og moren skal lære hinanden bedre at kende. Det er her, der udvikles en tillidsfuld relation og en følelse af tiltro til klinikerens evner og villighed til at fortælle ting om sig selv.

Under udredningsfasen afdækkes potentielle tegn på tidligere psykiatiske problemer, herunder depression, angst eller personlighedsforstyrrelser. Hvis det er relevant henvises der til, at symptomer undersøges yderligere. Sideløbende kan der indhentes oplysninger om graviditeten, familiens mentale sygehistorie eller stofmisbrug. Yderligere afdækning af den sociale og uddannelsesmæssige historie er med til at tegne skabe et billede af familien. Morens evne til at huske fortiden, tidligere traumer, hendes tilgang til følelser og egne styrker, hendes opfattelse af sig selv, indsigt i impuls kontrol osv. er alt sammen værdifulde indtryk, som influerer på rollen som mor. I den afsluttende fase af det psykosociale interview får moren tid til at reflektere over sin oplevelse af selve afdækningen. Den psykosociale afdækning består af følgende domæner:

#### *Indsamling af historie og allianceopbygningsfasen*

- Omfattende udviklingsmæssig historie
- Uddannelsesmæssig/erhvervsrelateret historie
- Familiehistorie
- Psykiatrisk historie
- Udarbejdelse af et genogram

#### *Udredningsfasen: afdækning, formulering og behandling*

- Afdækning af mental tilstand
- Hvis det er relevant: screeningsværktøjer for psykiatiske lidelser (de fem akser i DSM-V)<sup>2</sup>
- Helhedsvurdering af funktionsniveauet
- Indtryk/styrker, bekymringer vedrørende betydningen af graviditeten for moren og hendes nye rolle som forælder, hvad barnet kan betyde eller repræsentere for moderen, sociale støttenetværk, eventuelle tegn på traumehistorie eller psykiske lidelser, som kan påvirke morens funktionsniveau

#### *Afslutningsfasen: planlægning af behandlingen*

- Mål for forælder-barn-samspillet og behandlingsmål

---

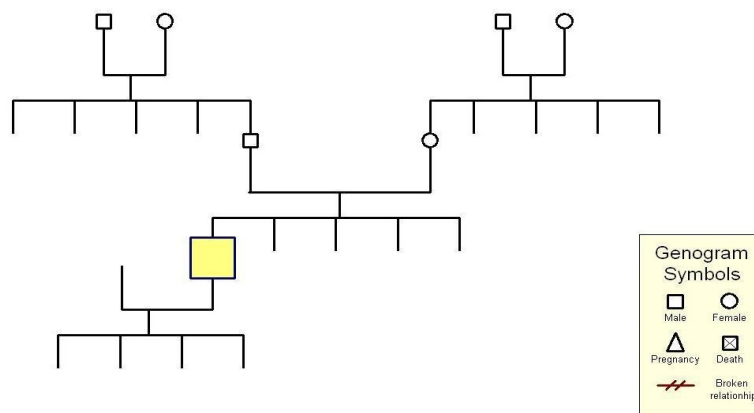
<sup>2</sup> I USA er screeningsværktøjer funderet i DSM V (diagnostic and statistical manual of mental disorders). I Danmark arbejder screening typisk ud fra ICD-10 (international classification of diseases).

## Genogrammet

Når familiebehandleren har afsluttet indsamlingen af morens historie som en del af den psykosociale afdækning, udarbejdes der et genogram i samarbejde med moren (og faren). Formuleringen af et genogram med tre generationer for både morens og farens familie er det andet referencepunkt i den indledende udredningsfase. For mange familier er der temaer på tværs af generationer, som ikke er indlysende, før de indsnævres og konkretiseres gennem udarbejdelsen af et genogram. Mødre er ofte overraskede over at se deres familie i "fugleperspektiv", fordi det afslører mønstre, tendenser og forskelle i deres familiehistorie både for dem selv og for familiebehandleren. Det er vigtigt at forstå de følelser, der opstår, når de beretter om familiebegivenheder. Den betydning som moren tillægger bestemte familierelationer, hvad hun nedtoner, og hvad hun fremhæver, spiller alt sammen en rolle i forståelsen af morens eget tilknytningssystem og indre verden. En sådan forståelse kan i sidste ende hjælpe klinikerne med at genkende disse mønstre, når de opstår i den relation, der udvikles mellem moren og barnet.

Genogrammet hjælper også med at guide behandlingen. Det tydeliggør faktorer, som sandsynligvis vil påvirke barnet på et eller andet niveau, f.eks. psykopatologi i familien, store begivenheder i familien, herunder forældreskilsmissе, separation, forældrefravær, ny ægtefælle eller død. Det fremhæver vigtige socioøkonomiske og kulturelle mønstre i familiens livsstil – eksempelvis ungdomsgraviditeter, immigration, kronisk arbejdsløshed – og kan afsløre problemer, der kan påvirke moren, faren, samspillet og spædbarnet. Udarbejdelsen af genogrammet frames ofte som et familiediagram eller familietræ med henblik på at forstå vigtig sundhedsmæssig og relationsmæssig historik, som kan hjælpe MTB-klinikerteamet med at forstå familien bedre.

Eksempel på genogramskabelon ([www.genopro.com](http://www.genopro.com))



Når familiebehandleren har foretaget den psykosociale afdækning og lavet genogrammet, gennemfører familiebehandleren graviditetsinterviewet. Sundhedsplejersken skal så vidt muligt være til stede under dette besøg.

## Graviditetsinterviewet

Graviditetsinterviewet (Slade, 2003) er et åbent klinisk interview med 20 overordnede spørgsmål, som er designet til at give indsigt i en kvindes følelsesmæssige oplevelse af graviditeten, hendes følelser om den kommende forælderrolle samt karakteren af den relation, der udvikles mellem hende og barnet. Hun tilskyndes til at tænke på hendes partners og hendes families reaktion på graviditeten samt til at beskrive, hvad hun tænker om barnet, og hvordan hun forestiller sig, at hendes relation til barnet bliver, både under graviditeten og efter fødslen.

Indholdet er en vigtig nøgle for at forstå, hvad graviditeten har betydet for moren og hendes familie, og om moren er følelsesmæssigt parat til den nye relation. Hvad foregik der i hendes liv, da hun blev gravid? Hvordan har graviditeten ændret vigtige relationer og hendes planlagte livsforløb? Betragtes det som et positivt udviklingsmæssigt trin, eller er det en dyb forstyrrelse og kilde til angst og frygt? Har hun en idé om, hvordan hun skal forberede sig på babyen? Kan hun forestille sig at have en relation til barnet allerede nu? Kan hun forestille sig at tage sig af barnets følelsesmæssige behov, når det er blevet født? Hvad er hendes forestilling om



barnet? Er den positiv, negativ eller ambivalent? Giver hun udtryk for fjendtlighed over for det ufødte barn? Er der tegn på, at hun projicerer onde intentioner over på barnet?

Klinikere er på udkig efter tegn på spirende tilknytning, positive forestillinger og en vis evne til at forholde sig til det at skulle have et barn. Og de foretager også en afdækning af, hvor bevidst hun er om, hvordan hun selv er vokset op, og hvordan hun vil anvende eller tilpasse disse oplevelser i forhold til den nye relation. De centrale temaer viser sig ofte at være de centrale temaer for arbejdet med moren. Det er ofte her, teamet får en fornemmelse af eventuelle "spøgelser" i skabet (Fraiberg, et al., 1975).

Morens *reaktioner* under interviewet er lige så vigtige som indholdet. Er hun åben, sprudlende og følelsesmæssigt engageret, eller er hun indelukket og utilgængelig? I hvor høj grad er hun i stand til at reflektere over, hvordan hun oplever graviditeten, og hvordan hun selv er vokset op? Er hun i stand til (se kapitel 3) at sætte ord på, hvad hun føler, eller udelader hun følelser fra sin fortælling? Morens svar på spørgsmålene under graviditetsinterviewet giver også indsigt i, hvor god hun er til at regulere de intense følelser, der følger med det at blive mor. Kan hun undgå dem, eller bliver hun overvældet af dem? Vil hun kunne håndtere kompleksitet og trives? Selvom graviditetsinterviewet oprindeligt var tiltænkt vordende mødre, er det kliniske interview blevet tilpasset, så vordende fædre også kan deltage. Farens perspektiv på sin omstilling til forælderrollen kan være værdifuld for at forstå farens "spøgelser i skabet" (Fraiberg, et al., 1975) og kan hjælpe klinikerne med at forudse, hvilke problemer parret kan opleve i deres nye roller som forældre.

### ***Afdækning af den mentale tilstand***

1. Udseende – herunder ansigtsudtryk, fremtoning, påklædning, gangart osv.
2. Orientering – herunder bevidsthed om tid og sted, begivenheder osv.
3. Talemønster – vær opmærksom på talen, dvs. sløret, presset, langsom, flad tone, rolig osv.
4. Affekt/humør – vær opmærksom på humør udtrykt både gennem adfærd og udsagn, dvs. trist, nervøs, manisk, ligevægtig osv.
5. Impulsiv/risiko for skade – afdæk impuls kontrol med særligt fokus på potentiel selvmordsadfærd og/eller skade på andre.
6. Dømmekraft/indsigt – opmærksomhed omkring personens evne til at forudse konsekvenserne af sin adfærd, træffe "fornuftige" beslutninger, anerkende eget bidrag til eget problem.
7. Tankeprocesser/realitetstjek – overvejelser omkring personens måde at tænke på og evne til at forholde sig til virkeligheden, herunder skelne mellem indre stimuli og eksterne stimuli. Udsagn om vrangforestillinger og hallucinationer, og konklusioner om hvorvidt personen er psykotisk indgår her.
8. Intellektuel funktion/hukommelse – overvejelser af intelligensniveauet og kort- og langtidshukommelsesfunktioner.

Kilde: <http://www.naswma.org/>

### ***Gennemførelse af den psykosociale afdækning***

Når graviditetsinterviewet er fuldført, kan familiebehandleren udarbejde en klinisk beskrivelse, der fokuserer på morens styrker, hendes mål som forælder og samtidig fokuserer på steder, hvor indsatsen må målrettes. De oplysninger, der indhentes under den psykosociale afdækning, bruges til at identificere morens grundlæggende personlighedsstruktur og sociale og relationsmæssige historie og til at forstå hendes identitet og tilhørsforhold. Når interviewet er fuldført, udarbejder familiebehandleren et sammenfattende resumé. Sammenfatningen skal helst integrere de forskellige data, der er indsamlet, så det er muligt at udarbejde en behandlingsplan.

### ***Mental trivselsindsats under graviditeten og efter fødslen***

Under graviditeten har hjemmebesøgene fokus på morens behov og fremme økonomisk, relationel og følelsesmæssig stabilitet. Her arbejder familiebehandleren samtidig med moren for at skabe mental, følelsesmæssig og fysisk plads til det kommende barn. Dette kan starte på kropsniveau. Hvordan oplever moren de smerter og almindelige ubehag, man oplever under graviditeten? Hvad er hendes bekymringer i takt med de hurtige ændringer, der sker med hendes krop? Har hun en intens frygt for at føde? Hvordan kan graviditetens

fysiske symptomer påvirke morens følelser for hendes voksende baby? Familiebehandleren samarbejder tæt med sundhedsplejersken.

Både kroppen og sindet undergår betydelige ændringer under en graviditet. Hos kvinder med seksuelle traumer i deres barndomshistorie kan graviditeten udløse en psykisk sygdom eller forstærke eksisterende mentale forstyrrelser. Derudover kan de mange belastninger, der er forbundet med en ikke-planlagt graviditet gøre det særligt vigtigt for familiebehandleren at være en følelsesmæssig støtte for den vordende forælder. Udelukkelse af potentielle psykiske lidelser er en integreret del i afdækningen af den psykosociale historie. Psykoedukation om hvordan graviditet påvirker både humør og følelser er afgørende på dette tidspunkt. Det kan hjælpe moren med at identificere, hvad hun oplever og hun vil føle mindre skam og selvbekræftelse, når hun erfarer, at følelsesmæssige ændringer og humørsvingninger er almindelige og forventede.

I perioden efter fødslen er målet restitution. Familiebehandleren kan styrke moren ved at lytte til hendes oplevelse af fødslen. Selvom familien kan være tilbøjelig til at aflyse besøg i denne "huletid", er det vigtigt, at familiebehandleren forsøger at holde kontakten, f.eks. via telefon eller sms, og løbende holder øje med eventuelle ændringer i morens fysiske eller mentale tilstand. En anden vigtig overvejelse efter fødslen er familiens planer om yderligere familieførøgelser, herunder aldersmæssig afstand mellem børnene og prævention. Familiebehandleren spørger ind til morens (og undertiden også partners) planer om at få flere børn, afslutte en uddannelse, finde et job, boligønsker og andre milepæle i livet. Familiebehandleren udforsker også andre følelsesmæssige og tilknytningsmæssige overvejelser, f.eks. hvordan to graviditeter hurtigt efter hinanden kan påvirke økonomien, andre belastningsfaktorer og relationen til partneren og mellem partneren og barnet.

Hvis moren bliver diagnosticeret med en kronisk sygdom i løbet af programmet, f.eks. type 1- eller type 2-diabetes, spiller familiebehandleren en vigtig rolle med at hjælpe moren igennem sorgprocessen og med at lære at leve med en kronisk sygdom samt med at støtte op om livsstilsændringer.

### **Behandlingstilgange under hele indsatsen**

En række af de behandlingstilgange, som MTB-familiebehandleren anvender, er beskrevet nedenfor. Uanset hvilken behandlingstilgang der anvendes, er en integreret del af indsatsen konsekvent at afsøge muligheder for at dele overvejelser med moren om forandring og fremskridt (hvor hun startede, hvor langt hun er kommet, hvad der var virkelig hårdt for hende, men som nu er blevet lettere), at opmuntre moren til at være talsmand for barnet og støtte hendes positive instinkter.

Afsnittene nedenfor indeholder eksempler på, hvordan vi anvender en reflekterende tilgang til at implementere forskellige behandlingsmetoder. De anvendte kliniske strategier er fremhævet med fed skrift.

### **Psykotering i køkkenet (eller i sengen eller på en café)**

Fraiberg (1980) beskrev meget passende arbejdet med spædbarn-forælder-psykotering som "psykotering i køkkenet". Selvom hun primært refererer til spædbarn-forælder-arbejdet, omfatter de teknikker hun har beskrevet individuel psykotering, støttende psykotering og familierådgivning. MTB-klinikerne bærer alle disse hatte (og flere til) på forskellige tidspunkter i arbejdet med moren, babyen og familien. "Psykotering i køkkenet" indfanger perfekt MTB-modellens fleksible tilgang både med hensyn til teknik, sted og hyppighed. Der er tidspunkter, hvor familiebehandleren (i samråd med sundhedsplejersken) kan beslutte at øge frekvensen af de besøg for at hjælpe med at håndtere en eller anden form for krise. Dette kan fortsætte, så længe teamet finder det nødvendigt.

Som Fraiberg (1980) bemærkede er overføring, modoverføring og modstand særligt nyttigt til at gentænke bestemte aspekter af arbejdet med mødre og babyer. Mødre vil have følelser om de hjemmebesøgende, og de hjemmebesøgende vil have følelser om mødrene, som objektivt set ikke "hører hjemme" i relationen. Og mødre vil være tilbøjelige til at undgå emner eller besøg, fordi de er for vanskelige eller "modsætte sig" at vise følelser, de ikke kan håndtere. Det kan være en måde at forstå en mors "forsvinden eller ligegyldighed" på.

En anden vigtig del af "psykotering i køkkenet" er begrebet terapeutiske grænser. I MTB er det vigtigt at opretholde grænser for at sikre, at den terapeutiske relation er så effektiv som muligt. Men hvis grænserne er for

stive, vil moren ikke føle sig tryk. Det kommer ofte til udtryk, når moren skal fortælle om sig selv. Mange mødre ønsker at vide lidt om deres hjemmebesøgende i takt med, at de lærer hinanden at kende. Derfor er det vigtigt at overveje en passende tilgang til at fortælle om sig selv for at skabe tilknytning til familier og skabe en tryk terapeutisk relation.

### **Spædbarn-forælder-psykoterapi**

Spædbarn-forælder-psykoterapi, som blev udviklet af Selma Fraiberg og hendes kolleger (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975; Fraiberg, 1980; Lieberman, Silverman, & Pawl, 2000; Lieberman & Van Horn, 2008) for mere end 40 år siden, er en af de centrale tilgange, som familiebehandleren anvender. Den mest afgørende komponent i spædbørn-forælder psykoterapi er den direkte involvering af både mor og barn. Spædbarn-forælder-psykoterapi bruges til at imødegå en bred vifte af relationelle eller tilknytningsmæssige forstyrrelser mellem mor og barn helt fra fødslen. Fokus ligger på at forstå sammenhængen mellem morens tidligere historie, og de aktuelle vanskeligheder hun oplever i forhold til sit barn. Efterhånden som forældre lærer at genkende, hvordan deres egne oplevelser ubevidst kan spille ind i forhold til deres barn, får de større frihed til at opleve deres barn på en mere sammenhængende og lydhør måde med færre forstyrrende elementer fra fortiden.

Mange af de teknikker, der er beskrevet i hele denne håndbog (tale for barnet, tale for moren, udviklingsvejledning, opmærksomhed på traumer) samt den reflekterende tilgang, der er kernen i MTB, er centrale elementer i spædbarn-forælder-psykoterapitilgangen. Grundprincipperne i spædbarn-forælder-psykoterapi og i Liebermans og Van Horns barn-forælder-psykoterapi er omhyggeligt beskrevet af Fraiberg (1980) og Lieberman og Van Horn (2008).

### **Spædbarn-forælder-psykoterapi i barnets første leveår**

*Isabel hilste på klinikerens og viste stolt sin nyvaskede, velklædte tre måneder gamle datter frem, som sad i en skråstol. Huset var upåklageligt rent, gulvene skinnede, tæpperne var støvsugede, og legetøjet var ryddet op. Isabel talte i temmelig lang tid om, hvor godt hun synes, hun klarede det, nu, hvor barnets far og hendes yngre søskende var "ude af huset igen" og havde store forventninger til, at hun selv skulle stå for madlavningen, rengøringen og pasningen af den lille ny. Denne følelse af beherskelse og stolthed over at være en god husmor var vigtig for Isabel, fordi det var noget, som betød meget for hendes partner. Hun brugte mange timer af sin dagligdag på husligt arbejde og havde kun begrænset tid til at hvile eller lege med sin datter. Barnet sad helt stille i skråstolen uden at sige en lyd, bortset fra en lejlighedsvis klynkelyd, når hun havde held til at fange sin mors blik.*

*I forhold til dets unge alder lod Isabel barnet sidde i skråstolen i rigtig lang tid uden at tage det op. Moren og barnet lavede signaler med øjnene og stemmerne, men barnets lyde var minimale, og morens reaktion var altid ledsaget af en afdæmpet tyssen, som blot syntes at få barnet til at blive endnu mere stille. "Hun er så besværlig til tider, særligt når hun vrider sig ud af stolen." Isabel brugte en masse rangler, uroer, musikboks og stolens "vibrationsmekanisme" til at berolige barnet med, mens hun udførte sine mange opgaver i hjemmet. Da den hjemmebesøgende spurgte ind til gulvtid eller legetid med barnet, var Isabel helt sikker på, at barnet fik "rigelig tid", fordi hun fik lov til at ligge på forældrenes seng et par minutter før sengetid. Isabel virkede til at have det anstrengt med at give barnet lov til at rode, og det meste af barnets legetøj var gemt væk under det meste af besøget. "Jeg hader rod."*

*Isabel talte også om sine husholdningspligter, som det vigtigste i hjemmet, og det virkede som om, hun prioriterede dem højere end barnets behov for nærhed, fysisk mobilitet eller legetid. I løbet af besøget stod det stadig mere klart, at Isabel så sig selv som et "vidunderbarn" sammenlignet med sin bror, som var alt for glad for både kvinder og alkohol.*

*Kliniker: "Det må være dejligt at blive opfattet sådan, men jeg kan også forestille mig, at der følger en masse forventninger med." (empati, begrænse modstridende affekt)*

*Isabel: "Nej, det er slet ikke noget problem. Bortset fra at hans frækhed og mangel på respekt for min far og andre gør min far så ked af det, at det bekymrer mig virkelig meget ind imellem."*

*Kliniker: "Kan du fortælle lidt om, hvordan du oplever det?" (bede om uddybning)*

Isabel fortsatte med at beskrive forskellige episoder fra de seneste uger, som havde øget spændingerne mellem hende selv, broren og faren.

Isabel: "Jeg er personen i midten. Fredsmægleren. Det gør ondt på mig at se, hvor ked af det min far bliver, og det virker som om, min bror gør en masse dårlige ting bare for at få vores opmærksomhed." Hun beskrev en nylig hændelse, hvor broren havde ringet efter hende, så hun kunne redde ham fra at blive anholdt. Isabel var tydeligt rystet, da hun fortalte om hændelsen, og fortalte hvordan hun følte sig ude af stand til at sætte grænser i forhold til sin bror.

Kliniker: "Det lyder virkelig til, at han er familiens sorte får. Det står også helt klart, at det må påvirke dig en hel del." **(validering, reflekterer morens følelser tilbage på hende selv)**

På dette tidspunkt begyndte barnet at småklynke, så moren puttede en sut i munden på hende. Barnet spyttede sutten ud og fortsatte med at klynke. Isabel begyndte at vippe stolen rytmisk med hånden, mens hun forsøgte at tisse på barnet og trøste det. Så brød barnet ud i gråd. Isabel hentede en sutteflaske med mælk og forsøgte at proppe den ind i barnets mund. Igen rystede barnet med hovedet. Isabel forsøgte at bruge stolens vibrationsmekanisme, men barnet blev bare ved med at græde.

Kliniker: "Hvad tror du, hun fortæller dig?" **(modellere og tilskynde til nysgerrighed)**

Isabel: "Det er præcist det, jeg mener," sagde hun med et dybt suk og et skuldertræk, "når jeg siger, hun er besværlig."

Kliniker: "Nogle gange begynder babyer, ligesom voksne, at kede sig, når de er alene. Måske vil hun have lidt selskab og lidt plads til at lege." **(brug udsagn med "nogle gange", og knyt følelser til barnets adfærd, giv flere perspektiver)**

Isabel tog sin datter forsigtigt ud af stolen og satte hende stift på skødet. Kliniker sagde til barnet, som nu havde store øjne og kiggede rundt: "Hej med dig. Tingene ser lidt anderledes ud heroppefra." **(tal for babyen: sæt ord på babyens perspektiv og beskriv babyens verden og oplevelse)** Barnet blev siddende på morens skød, så kliniker spurgte moren, om hun ville lægge tæppet ud på gulvet og lægge noget legetøj rundt omkring. Moren bemærkede kort, hvordan hendes barns øjne lyste. Hun fortsatte derefter med at fortælle, hvor frustreret hun var over at skulle forsøge at håndtere sin brors manipulerende adfærd. "Han slipper altid godt fra alting."

Kliniker: "Tror du, at der kan være nogle andre måder at håndtere de situationer på, hvor han overrasker dig med kriser, som han vil trække dig med ind i?" **(valider morens oplevelse, før der bydes ind med alternativer)**

Kliniker og Isabel talte om, hvordan hun bedre kunne sætte grænser over for broren og ikke blive revet med og få ondt af ham over situationer, som han selv skabte. Efter nogen tid blev Isabels automatiske smil skiftet ud med andre følelser fra forvirring til vrede. Kliniker talte om betydningen af "roderi" i hjemmet **(bed om en nærmere forklaring)**, morens familie og babyens voksende følelsesmæssige og fysiske evner til at undersøge verden.

Kliniker: "Det er svært at stå i midten, men som vi har snakket om, har du ret til at sætte grænser, og på samme måde behøver du heller ikke at føle, at der er kun én måde, du kan reagere på situationer på." **(bekræftelse, opmuntring)**

Snakken blev drejet i retning af, at babyen skulle have mulighed for at lege mere, få mere tid på gulvet med moren og forståelse af babyens normative udviklingsmæssige behov.

### **Individuel psykoterapi**

Der anvendes dynamiske tilgange til psykoterapi under hele indsatsen. Det betyder, at familiebehandleren forsøger at få moren til at forstå sig selv bedre herunder at forstå sin livshistorie i relation til sine relationer. Uden adgang til morens indre verden er der også kun begrænset adgang til babyens verden. Der kan til en vis grad åbnes op for morens tanker og følelser gennem spædbarn-forælder-psykoterapi. Men der er flere tilfælde,

hvor mødre kan have brug for tid med familiebehandleren til at arbejde gennem problemer, der ikke umiddelbart kan løses inden for rammerne af fælles psykoterapi. Dette kan så ske, mens barnet sover eller leger i nærheden, eller det kan kræve, at moren og den hjemmebesøgende mødes på en café uden barnet. Disse tilgange har stor betydning, især for mødre, der måske kæmper med humørsvingninger efter fødslen, har en traumatisk baggrund eller vanskeligheder i forholdet til deres primære støttegruppe. Tit er det også sådan, at teknikker lånt fra den kognitive adfærdsterapi og andre evidensbaserede metoder kan vise sig at være nyttige og hensigtsmæssige i en given situation.

Det er meget sjældent, at MTB-mødre søger psykoterapi uden for MTB. Derfor er det familiebehandlerens opgave at aflæse, hvornår andre indsatser end spædbarn-forælder-metoderne er nødvendige.

### **Støttende psykoterapi og udviklingsmæssig vejledning**

En stor del af de dynamiske tilgange er den støtte, som psykoterapeuten viser ved sin omsorg. Generelt set er støttende tilgange forskellige fra dynamiske tilgange, fordi de er mere direkte og fokuserer på morens bevidste følelser. De træder i stedet for et mere intensivt dynamisk arbejde, når der er problemer, som kræver øjeblikkelig handling. Det kan f.eks. være at hjælpe moren med at fjerne særligt negative mønstre. Det kan være en effektiv måde at hjælpe moren til at føle sig hørt, og dermed støtte hende på hendes vej til at lære at stå fast på sine egne følelser og tage ansvaret for sin adfærd. Følgende er et eksempel på, hvordan familiebehandleren yder støtte til moren samtidig med, at hun får udviklingsmæssig information og vejledning.

#### **Støtte, udviklingsmæssig information og vejledning**

*Laura og hendes 16 måneder gamle datter Jasmin sad i deres stue, og inden længe begyndte Jasmin at tømme en kasse for klodser ved at smide dem hen ad gulvet i alle retninger. Laura tog Jasmins hånd og slog den hårdt med to fingre mens hun højt sagde "NEJ!". Jasmin trak sin hånd væk, vraltede et par skridt væk for at samle en anden klods op, og kastede også den. Laura var udmattet efter en lang dags rengøringsarbejde. Hun sagde: "Hun hører ikke efter. Jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre. Alt er nej, nej, nej, jeg kan lige så godt bare kalde hende 'nej'.*

*Den hjemmebesøgende så, at Jasmins kasten rundt med klodserne ikke handlede om at irritere moren, men at det var en ny færdighed, hun havde lært siden de sidste mange besøg.*

*Kliniker: "Jeg ved, at det må være frustrerende for dig at se hende gøre ting, som hun ikke har gjort før, som at kaste med ting. Men det ser på en eller anden måde ud til, at hun leger en leg. **(empati, der anerkender morens følelser, validering, før der bydes ind med et alternativ)** Kunne du tænke dig at se, hvad der kan ske, hvis vi forsøger at komme med ind i hendes leg?" ("hvad hvis"-spørgsmål, eksperimentere og "reframing" med humor)*

*Laura: "Hvorfor ikke. Det virker alligevel ikke, når jeg forsøger at få hende til lade være. Det kan da ikke skade," grinede Laura i ren overgivelse.*

*Klinikeren satte sig på gulvet og begyndte at samle klodserne sammen for Jasmin, som så opmærksomt til. Derefter fik Jasmin klodserne, og Laura så, hvordan Jasmin gjorde det samme, bare med større iver. Laura talte videre om, hvordan hun følte, at hun ikke kunne gøre noget rigtigt, og måske var i fare for at ødelægge sit barn, fordi Jasmin blev ved med at gentage sine handlinger, som f.eks. at kaste med klodserne. Klinikeren begyndte en samtale om normative udviklingsmæssige behov, især omkring det tidspunkt, hvor barnet udvikler selvstændighed, beslutsomhed og præference i småbørnsalderen. **(psykologisk information, normalisering)** Klinikeren spurgte derefter Laura om hendes opvækst på landet, hvordan hendes forældres strenge kulturelle overbevisninger påvirkede, hvordan hun så sig selv som mor. **(vis nysgerrighed, bed om uddybelse, brug af selvbiografisk fortælling: at forbinde egen tidlige barndom til barnets oplevelse)** Laura ville meget gerne tale om, hvordan hendes forældres strenge opdragelse havde betydet, at deres børn blev høflige og lydige. Hendes egen mor slog dem over fingrene eller gav dem smæk, da de var små for at få dem til at høre efter, og hun sagde, at Laura skulle gøre det samme med Jasmin.*

*Laura kunne godt sætte ord på forskellene mellem sin egen livssituation og morens, altså at moren havde meget hjælp fra familien og sjældent var væk fra hjemmet. Laura kunne også beskrive, hvordan hun vurderede sine evner som mor, og hun kunne godt se, at hun havde andre forventninger til sin datter, fordi hun var det første barn. "Jeg er forvirret over, hvad jeg skal acceptere, og hvad jeg ikke skal. Virker hun forkælet?"*

*Klinikeren opfordrede moren til at lege på gulvet med klodserne og bemærkede dyadens positive samspil. Nu begyndte klinikeren så stille og roligt at introducere det at lære at mestre en ny opgave ved hjælp af gentagelser og brugte tidligere hændelser såsom banken i bordet under middagen som eksempel. ("reframing", babyens perspektiv) Laura sagde, at hun virkelig savnede sin fødeby og følte sig rodløs som forælder i storbyen, som var en stor kontrast til det mere landlige miljø i hendes hjemby. Samtalen om forening af forskellige kulturer, flytning fra ens hjemby, familiens forventninger og morens skabelse af sin egen identitet som mor sammen med de nye adfærdsmønstre hos et viljestærkt lille barn gav moren en indsigt i, hvordan hendes egne følelser påvirkede hendes barns adfærd og tænkning. (forbindelse mellem følelser og adfærd)*

### **Familie- eller parindsats**

Familiebehandlers arbejde sigter mod gradvise forandringer på flere niveauer i dyaden mellem moren og spædbarnet. Familien spiller en vigtig rolle i dyadens udvikling og kan både styrke og svække den. For mange af mødrene i MTB-indsatsen kan familien være en kilde til ekstra stress på grund af deres begrænsede evne til at udvise fleksibilitet, sikkerhed og konsekvens for dyaden. Hos andre kan familien være en kilde til støtte. Hvor det er relevant, indgår familiesystemer igennem hele arbejdsprocessen.

Der kan afholdes familiesessioner af forskellige kliniske årsager, når det er hensigtsmæssigt, dvs. for at arbejde med problemer mellem moren og hendes forældre, at forhindre eventuelle problemer i morens omsorg eller at afhjælpe de mange kroniske sociale problemer, som tynger dyaden. I mange tilfælde bliver familien imidlertid en del af indsatsen, fordi et eller flere familiemedlemmer har behov, der kræver opmærksomhed. I det tilfælde skal terapeuten træffe kliniske beslutninger om, hvordan man både arbejder direkte med andre familiemedlemmer, samtidig med at man er tro mod behandlingen ved at holde fokus på morens og barnets behov. Klinikeren fortæller, at indsatsen over for familien er vigtig, men at der stadig skal være fokus på dyaden.

### **At arbejde med psykiatriske lidelser**

I betragtning af de livsbetingelser og den familiehistorik, som mange af mødrene i MTB har, vil en stor del af dem have en psykiatrisk lidelse. Dette kan variere fra angst og depressive lidelser til mere alvorlige lidelser som PTSD, bipolar lidelse eller andre former for alvorlig psykiatrisk lidelse. Mange af mødrene viser også tegn på personlighedsforstyrrelser, herunder asocial, narcissistisk og borderline personlighedsforstyrrelser. *Det er ikke MTB-familiebehandlerens primære opgave at diagnosticere disse lidelser*, men det er vigtigt at kunne genkende tegn på psykiatriske forstyrrelser, så man kan tage skridt til at få mere støtte til mødrene, hvis der er behov for det.

Som det har været beskrevet gennem hele denne manual, kan etablering af et trygt tillidsforhold til en mentaliserende kliniker hjælpe mødrene. I den forstand er det støttende dynamisk orienterede arbejde, som de hjemmebesøgende udfører, en *primær* behandling for både morens følelsesmæssige smerter samt hendes eventuelle psykiske problemer. Sammen med sundhedsplejersken har familiebehandlere mange muligheder for at hjælpe mødre til at styre deres bekymringer, fx gennem dyb afslapning, meditation og vejrtrækning.

Klinikere føler ofte, at de ikke har evnerne til at behandle psykiatriske problemer. De føler, at de f.eks. bør tilbyde mere kognitiv adfærdsterapi eller traumeterapi, eller de er måske bekymrede for, at mødre har brug for indsats, der ligger uden for den målrettede MTB behandling. I de tilfælde må de hjælpe med at etablere en bro til yderligere udredning. Men, som det er blevet understreget af mange teorier om psykoterapi, et trygt og rummeligt terapeutisk forhold er det første skridt i enhver behandling af mentale lidelser. Der skal med andre

ord ske en stabilisering før videre behandling kan iværksættes, og MTB-klinikere er rigtig gode til at etablere relationer, undres og lytte, hvilket er centrale elementer i stabilisering.

Samtidig er klinikerne opmærksom på tegn på klinisk depression (herunder efterfødselsdepression), angst eller en begyndende psykose, som kan være en indikation for psykiatrisk behandling. Når der er behov for medicin eller psykiatrisk vurdering, vil de hjemmebesøgende hjælpe med at sætte moren og familien i kontakt med psykiatriske tilbud. Samtidig skal de primært fokusere på, hvad de har at tilbyde som MTB-rådgivere. Under disse omstændigheder vil familiebehandleren ofte øge antallet af besøg og intensiteten af sit terapeutiske arbejde, hvor tiden fordeles ligeligt mellem moren alene og dyaden mellem moren og spædbarnet.

### ***Psykiatrisk kriseindsats***

Hvis der opstår en psykiatrisk krise, flyttes fokus i indsatsen hurtigt på stabilisering af symptomerne, sikkerhedsplanlægning og eventuelt samarbejde med læger og/eller eksterne psykiatriske behandlere, hvor der er behov for det. Psykiatriske kriser kan omfatte perinatal psykose på eller omkring fødselstidspunktet, fødselsdepression eller andre psykiatriske lidelser i løbet af de to år, hvor der arbejdes med moren. Psykiatriske kriser håndteres ved først at få indblik i problemerne. Hvis en sikkerhedsvurdering viser, at moren befinder sig på et kritisk punkt i forhold til at gøre skade på enten sig selv, sit barn eller andre, skal den størst mulige beskyttelse for moren sikres.

Hvis moren ikke kræver hospitalsindlæggelse eller intensiv psykiatrisk behandling, skal der sættes fokus på morens mentaltilstand i indsatsen, hvor familiebehandleren kommer på besøg oftere med fokus på at lindre symptomer og fokus på par- og/eller familierapi. Ved både perinatal og postpartum depression skal familiebehandleren sørge for følgende: 1) tæt overvågning af symptomerne og intensiveret støttende rådgivning via hyppigere besøg, 2) henvisninger til psykiatri og 3) samarbejde med sundhedsplejersken, jordemødre og fødselshjælpere samt morens praktiserende læge for at støtte moren gennem hele krisen.

### **Individuel psykiatrisk krisestyling og understøttende familierådgivning i indsatsens første år**

*Dorthe, hvis søn Jacob var otte måneder gammel, følte sig overvældet, fordi hun ikke kunne håndtere de mange eksterne stressfaktorer: hendes kærestes arbejdsløshed, den manglende støtte fra familien og de dårlige relationer til sine kolleger. Hun havde voldsomme irritationsudbrud med højlydt banden og skænderier med sin mor. Af og til forlod hun huset i vrede - nogle gange om natten. Familiebehandleren gennemgik alle de stressfaktorer, som tyngede Dorthe, og talte med hende om, hvorvidt hendes evne til at fungere og være forælder kunne være påvirket. **(viser empati og nysgerrighed)** Dorthe fortalte, at hun havde haft raseriudbrud foran sin otte måneder gamle søn Jacob, som begyndte at vise tegn på angst, depression og vrede. Familiebehandleren foreslog Dorthe, at yderligere støtte fra MTB-teamet og hendes lokale sundhedscenter kunne lette hendes symptomer og hjælpe hende til at føle sig bedre tilpas. **(direkte instruktion, psykologisk information)** Hun forsikrede Dorthe om, at selv om det kan virke som et tegn på svaghed at bede om hjælp, er det fuldstændig normalt, at nybagte forældre føler sig stressede, og det ville være umuligt for nogen med de stressfaktorer at klare det uden hjælp. **(validering af oplevelser, bekræftelse)** Familiebehandleren rådførte sig med sundhedsplejersken i teamet for at lave en mere intensiv behandlingsplan. Både sundhedsplejersken og familiebehandleren vurderede Dorthe for at udelukke fødselsdepression og svær depression. Der blev også foretaget en risikovurdering for at udelukke, at hun var til fare for sig selv og andre. Dorthe modtog hyppigere hjemmebesøg fra det kliniske MTB-team over en periode på flere måneder for at hjælpe hende med at arbejde på sine tanker og følelser og udarbejde strategier, der kunne forbedre hendes søvn, ernæring og stresshåndtering og give hende flere gode øjeblikke med Jacob. Selv om hun først var noget tøvende, indvilligede Dorthe i at mødes med psykiateren i det lokale sundhedscenter. Der blev udført en fuld psykiatrisk evaluering, og Dorthe fik udskrevet psykofarmaka for at hjælpe hende til at kontrollere sit ustabile humør og sin vedholdende irritabilitet og depression.*

*Desuden mødtes Dorthe, hendes mor og kæreste sammen (uden barnet) for at arbejde sig igennem langvarige konflikter for at reducere deres skænderier og fokusere på, hvordan deres negative relationer påvirkede babyen. **(bringer familien tilbage til babyen)** Med tiden blev babyens aggressive, irritable og ustabile adfærd mildnet. Han legede mere med sin mor, der var mere åben for at lade ham udforske uden at anse det som et angreb på sin autoritet. Hun fortsatte med at bruge den støtte og de ikke-dømmende indsatser, som havde til formål at styrke hendes evne til at genkende sin søns tanker, følelser og indre tilstand. Langsomt lærte hun at tolerere og regulere sin egen lidt tumultagtige indre verden. Hendes raseriudbrud blev mindre, og hun gjorde store fremskridt med hensyn til at beskytte sin søn mod åbenlyse udbrud ved at forsøge at udtrykke sig bedre i ord **(sætte ord på følelser og udvide ordforrådet om følelser)** i stedet for at vise følelser af vrede, sorg og isolation. Dorthe blev lykkelig, når familiebehandleren og sundhedsplejersken påpegede de ændringer, hun havde fået lavet i sin stresshåndtering, og det mere blide samspil med Jacob. **(gradvis ros, opmuntring)** Forældrenes evne til at styre konflikter mellem hinanden blev også forbedret, hvilket gav dem et glimt af, hvordan deres forhold kunne komme til at se ud i fremtiden.*

### **Miljøkriseindsats**

Familiebehandlere tager sig ofte af ikke-psykiatriske kriser, f.eks. om børns sikkerhed, forældrenes krise, vold i hjemmet og inddragelse af socialforvaltningen. I de situationer er en god klinisk dømmekraft og samarbejde med ens partner og de kliniske supervisorer afgørende. Mental kriserådgivning til moren kan reducere den påvirkning, som stress har på dyaden mellem mor og spædbarn. Det er vigtigt at bemærke, at når man arbejder med øvrige kommunale eller regionale samarbejdspartnere, skal familiebehandleren ofte være meget klar omkring, hvad hendes rolle i MTB er. Det skal gøres klart, at hendes forhold til moren er et behandlingsforhold, og at hendes primære rolle er at understøtte moren. Hendes rolle er ikke at være myndighedsudøver i socialforvaltningsregi eller at arbejde med vold i hjemmet. Hvis der ikke er overhængende fare for, at moren eller barnet lider skade, er det derfor op til familien, om de vil modtage hjælp. Klinikere kan hjælpe, give oplysninger og skabe kontakt, men de kan ikke nødvendigvis løse krisen. Det er vigtigt at huske, at *MTB ikke er en døgnbemandet kriseindsats. Klinikere bør slukke deres telefoner, når de ikke arbejder.*

### **Video-feedback**

Video-feedback kan være en nyttig måde at få moren til at se sig selv, sin baby og deres samspil på. Det er ikke nødvendigvis egnet til alle familier, men når mødre er åbne over for at blive optaget, kan det at se en video sammen være en øjenåbner og et vendepunkt. Familiebehandleren kan bruge sin telefon eller eventuelt et videokamera. En spontan optagelse af et særligt meningsfuldt samspil kan hjælpe moren til at tage et skridt tilbage og se sine styrker eller tænke over, hvad hun måske gerne vil gøre anderledes for at forbedre sit forhold til barnet. Hvis der er planlagt optagelser, er det en god ide at forberede mødrene i god tid. Typisk ser moren og familiebehandleren optagelserne senere i sessionen eller ved et efterfølgende besøg. På den måde får moren mulighed for at reflektere over, hvordan barnet har ændret sig og er vokset, hvad der virker i samspillet, og hvilke mål de eventuelt har for fremtiden.

Efter at moren har set optagelsen af samspillet med familiebehandleren, bliver hun først bedt om at beskrive oplevelsen. Hvad var hendes hensigt, hvad tænkte og følte hun, hvad reagerede hun på, og hvad lagde hun mærke til hos barnet. Hun bliver derefter bedt om at tolke, hvad hendes barn "siger" til hende med sit blik, spændingerne i kroppen, lydene og alle sine bevægelser. Derefter får moren stillet en række spørgsmål, som skal gøre hende mere bevidst om sine oplevelser af samspillet: 1) Hvilke dele af samspillet nød du mest? 2) Hvilke dele nød du mindst? 3) Hvor følte du, at du bedst kunne relatere dig til dit barn? 4) Hvor følte du, at du klarede dig dårligst?

Familiebehandleren guider i en ikke-kritisk tone moren til at se, hvilke kompetencer hun har, og hendes oplevelse af glæde med barnet, samtidig med at der også er plads til en snak om, hvor mor og barn "har sværere ved at nærme sig hinanden". Denne øvelse styrker morens evne til at læse sit barns signaler og åbner for at opdage barnets oplevelse af moren.



Hvis moren f.eks. siger, at hun ikke var god til at holde barnets opmærksomhed, kan familiebehandleren stille åbne spørgsmål som: "Hvad tror du barnet følte, da du trak dig, fordi du ikke kunne få ham til at se på dig?" eller "Hvad kunne du have gjort anderledes, da han blev ved med at se væk?". Hvis moren ser optagelsen og kan kommentere på sine observationer om sig selv, kan det også give anledning til en snak om udviklingsmæssigt passende adfærd. Dette styrker morens evne til at se tingene fra barnets perspektiv og se på deres samspil som en gensidig udveksling af tegn, signaler og delte følelser.

### **Videoptagelse i en spædbarns-/forældersession**

*Under en session, hvor der blev lavet videoptagelser for at observere leg og samspil, som barnet tager initiativ til, lagde familiebehandleren mærke til, at Lauras ansigt-til-ansigt-kontakt med sin tre måneder gamle datter Anne var overfladisk og tvunget. Der var kun få lyde og sjældent øjenkontakt, og Lauras kommunikation med Anne var blandet: Hun strøede om sig med små kys og sarkastisk drilleri, og bad derefter flere gange sin datter om at "holde mund". I starten fortalte Laura ikke meget om sin indre verden, og hun syntes at være uinteressert i at tænke på barnet. I stedet fokuserede hun på sit konstant problematiske forhold til barnets far. Hun fortalte, at hun for nylig havde angrebet ham fysisk og ødelagt nogle af hans ting. Hun havde tidligere fortalt om andre voldelige angreb under graviditeten. Familiebehandleren spurgte ind til Lauras tanker lige før (**nysgerrighed**), hun indledte sit angreb på faren til barnet, og hjalp hende med at undersøge, hvordan hendes følelse af raseri er knyttet til andre følelser, som ikke er så tydelige i skænderiet. (**sammenkædning af følelser med tanker og handlinger**)*

*Mens hun ser på, at Anne undersøger og putter en rangle i munden, gennemgår Laura eftertænksomt de øjeblikke, hvor hun har oplevet skuffelse, svigt og afvisning fra barnets far, og begyndte sin egen aggressive adfærd (i stedet for direkte at bebrejde faren for "at få hende at gøre disse ting mod ham"). Familiebehandleren påpegede Annes reaktion på, at Laura blander sig mindre i legen: "Se, hvor nysgerrig Anne er på ranglen! Du giver hende virkelig en chance for at udforske den". (**sætte ord på babyens perspektiv og oplevelse**) Hun begyndte at drage forbindelser mellem Lauras måde at opleve og udtrykke vrede over for sin egen mors brug af fysisk afstraffelse over for hende som barn. (**sammenkædning af fortid og nutid**)*

*Flere uger senere så familiebehandleren og Laura optagelsen sammen for at tale om, om Annes lyst til at undersøge om den sociale kontakt havde forandret sig. Laura kunne genkende sin vrede mod sin baby og var i stand til at forestille sig, hvordan barnet oplevede sin mors tilstand af vrede. (**tager et alternativt perspektiv**) Laura beskrev også, at hun følte sig mindre irriteret over Annes krav om leg og kontakt og forstod, at det var naturligt for barnet at ville være tæt på hende nogle gange. Lauras smerte i fortiden og i dag blev dermed adskilt fra barnet. Nu kunne hun stoppe op, når hun følte sig vred på barnet og tale om det frit. (**brug af ord til at identificere følelser og mentale tilstande**) Hendes tidligere afstand fra barnet begyndte at vokse til en mere spontant omsorgsfuld tilstedeværelse. Laura var i stand til at tale om at ville beskytte sit barn mod de oplevelser, hun selv havde som barn. (**undersøger og udtrykker intentioner**)*

### **Stresshåndtering**

Familiebehandleren arbejder tæt sammen med sundhedsplejersken for at hjælpe forældre med at udvikle deres evner til stresshåndtering, når de genkender fysiske og følelsesmæssige tegn på stress, samt udvikle strategier til at løse symptomerne. Mindfulness, problemløsning, realitetstjek og desensibilisering kan være nyttige elementer i en stresshåndteringsplan for unge vordende forældre (se kapitel 7, s. 51).

### **Andre fokusområder**

#### ***Livsfærdigheder, uddannelse/beskæftigelse***

Mange mødre vender tilbage til arbejde, når barnet er et år gammelt. Nogle vender tilbage umiddelbart efter fødslen, mens andre gerne vil blive hjemme hos deres børn, indtil de skal i daginstitution. MTB-klinikere skal konstant finde en balance mellem at støtte morens tro på egen kunnen, samtidig med at de skal hjælpes til at holde fokus på deres barn, når de skal håndtere arbejde, uddannelse og moderskab på samme tid.

#### ***Spædbarnets mentale trivsel***

Barnets mentale trivsel defineres som barnets udviklingskapacitet fra fødslen til en alder af fem år, hvor det skal danne tætte og trygge relationer til voksne og andre børn, håndtere og udtrykke en bred vifte af følelser, udforske miljøet og lære. At oplyse familier om vigtigheden af sund social og følelsesmæssig udvikling for spædbørn og små børn og understøtte positiv, nærende forældrepraksis er en integreret del af MTB-indsatsen for både familiebehandler og sundhedsplejerske. Familiebehandleren lægger særlig vægt på samspillet mellem forælder og barn fra de første dage efter fødslen og i de to første leveår.

### ***Forældreskab, børns sundhed og udvikling***

En del af det at udvikle positiv og nærende forældrepraksis er at forstå barnets udvikling, så forældrene har alderssvarende forventninger til deres barn. MTB-familiebehandleren tilskynder forældrene til at tænke på deres oplevelser fra deres egen barndom med deres forældre, og hvad det betyder at føle sig tryk og elsket, betydningen af grænsesætning og de opdragelsesmetoder og den dynamik mellem generationerne, som de gerne vil give videre til deres børn, og dem de ønsker at ændre. Familiebehandleren spørger ofte sundhedsplejersken om barnets helbred i forhold til de almindelige børnesygdomme, skiftende ernæringsmæssige behov, vækst og opnåelse af de udviklingsmæssige milepæle.

## **Det sociale arbejde**

### **Social støtte og fællesskabsressourcer**

#### ***Ressourcer til øjeblikkelig mad og husly***

Ting som varme, elektricitet og vand, tilstrækkelig plads til barnet, husly osv. er alle eksempler på ressourcer, som skal være til stede for at sikre dyadens fysiske velbefindende. Det er afgørende, at disse behov overvejes grundigt under det indledende psykosociale interview. På samme måde er tilstrækkelig mad og udstyr til barnet, dvs. seng, tøj, medicin, transport til hospitalet, også vigtige for dyadens fysiske velbefindende.

### **Miljøhygiejne og -sikkerhed**

#### ***Barnets sikkerhed***

Klinikeren skal opfylde sin forpligtelse til at underrette myndighederne, hvis der er mistanke om omsorgssvigt. Hele teamet skal have fokus på risiko og skader. Der er risiko for, at moren bliver vred og forlader programmet, hvorfor det kraftigt anbefales, at den hjemmebesøgende beskriver og forklarer grundene til bekymringerne over for moren. Klinikeren skal understrege over for moren, at det er nødvendigt med ekstern overvågning af hensyn til barnets sikkerhed. God situationsfornemmelse, enkle forklaringer og tilbud om støtte til familien i løbet af en børnefaglig undersøgelse kan forhindre, at behandlingen afbrydes.

### ***Familiekrise og vold i hjemmet***

Mange mødre kan være i det, vi ville kalde usunde forhold, hvor utroskab, følelsesmæssige og fysiske konflikter og tvivl om, hvorvidt forholdet skal fortsætte, er normen. De mangler ofte kommunikations- og forhandlingsevner. Derudover har partnere ofte forventninger til hinanden, som ikke altid synes rimelige, især når klinikeren forsøger at hjælpe parret til at fokusere på barnet. I sidste ende er det bedste, klinikeren kan gøre, at få begge parter til at føle sig hørt, og så ellers gøre, hvad der er til barnets bedste.

En situation med vold i familien, uanset om den er kronisk eller akut, mellem mor, far og/eller andre beboere i husstanden kan være til alvorlig fare for både de voksne og barnet. Når der skal sættes ind i tilfælde af overhængende fare, skal der foretages en afdækning af hyppigheden, intensiteten og varigheden af episoden/episoderne, udøverens tilbøjelighed til vold, misbrug/brug af stoffer og morens/familiemedlemmernes evne til at nedtrappe eller styre den fysiske vold. Hvis disse situationer sætter moren, barnet og/eller andre medlemmer af husstanden i umiddelbar fysisk fare, skal der træffes foranstaltninger til fjerne de faktorer, der forværrer den voldelige situation. Dvs. at det kan være nødvendigt at underrette socialforvaltningen og politi og krisecentre. Desuden er det vigtigt at fokusere på posttraumatisk rådgivning fra familiebehandlerens side.

At arbejde med moren omkring vold i hjemmet kan være fyldt med kliniske problemstillinger som modvilje mod at tale om faktiske hændelser af frygt for at involvere politiet eller retsvæsenet. Vold i familien spiller ofte

en væsentlig rolle i morens egen barndom, hvilket betyder, at hun betragter det som et helt normalt familieliv. I disse tilfælde er en stor del af det umiddelbare krisearbejde at få moren til at forstå realiteten bag volden, dens fysiske og følelsesmæssige påvirkning af hendes barn og hende selv. Forebyggelse af gentagne tilfælde af vold gennem mere dybtgående rådgivning og styrkelse af morens evne til at tale om den vold, der faktisk forekommer i hendes og barnets liv, skal ske løbende i behandlingen af disse situationer.

Det er desværre ofte sådan, at på trods af gentagne bestræbelser på at hjælpe mødre med at gå fra voldelige partnere, vender de tilbage til selvsamme partner. Kun ved at respektere denne tilknytning og dens magt kan vi virkelig hjælpe mødre til at forstå og forhåbentlig afskære sig fra dem. Hvis klinikerne bare siger "Smid så fjolset ud!", kommer de ikke langt, men får i stedet mødre til at skjule deres komplekse følelser.

### **Konklusion**

Det sociale arbejde inden for MTB-modellen er varieret og mangesidet. Det terapeutiske arbejde og sagsarbejdet går hånd i hånd og sker ofte samtidig. Familiernes psykologiske og basale behov hænger næsten altid tæt sammen. En åben tankegang, evnen til at finde medfølelse for alle familier, en følelse af ydmyghed og afhængighed af sundhedsplejersken som en ægte samarbejdspartner samt en følelse af at være kompetent inden for den grundlæggende kliniske praksis er afgørende færdigheder, hvis en kliniker skal kunne varetage denne udfordrende og dynamiske rolle.

## KAPITEL 9: KLINIKERENS OPLEVELSE: SEKUNDÆR TRAUMATISERING, SUPERVISION OG EGENOMSORG

### Introduktion

Det kan af og til være temmelig stressende at være *Minding the Baby*®-kliniker. Det er derfor, at teamwork, supervision, selvevaluering og egenomsorg er så vigtige elementer i MTB-modellen. For at sætte rammerne for arbejdet med hver enkelt af disse begynder vi med en e-mail skrevet af en erfaren sundhedsplejerske til sin supervisor, som beskriver, hvor hårdt arbejdet kan være:

*Kære Denise:*

*Ja... Jeg er på ferie :-), Men, som du kan se, sender jeg dig denne e-mail kl. 3.05. Jeg er ikke altid helt god til at sove. Jeg har kæmpet med, hvordan jeg skulle klare de svære sider af det job, som jeg vender tilbage til i næste uge efter min ferie... Har tænkt en masse over sekundær traumatisering og ville lige dele noget, der gik op for mig, for måske vil det hjælpe andre, som har det svært ligesom mig.*

*Nå, men det er ved at gå op for mig, at sekundær traumatisering for mig ikke kun er at mærke og opleve smerten ved det, disse piger går igennem eller har været igennem tidligere. For mig handler det også om, at mit arbejde med dem har gjort mig mere bevidst om livets realiteter og om risikoen for, at der sker noget traumatisk hver dag. Det har altså givet mig en større bevidsthed om min egen sårbarhed over for de forfærdelige ting, der kan ske ... for mig, min baby og min familie. Det giver mig en følelse af hjælpeløshed og frygt, og det giver mig mareridt. Hvilket er grunden til, at jeg ligger vågen her kl. 3 om natten :-). Livets "hvad nu hvis'er" er blevet meget større for mig. Engang hjalp det mig at holde mig langt væk fra nyhederne, men nu ER dette arbejde jo nyhederne! Vi bevæger os ind i de områder, hvor der er skyderier og fattigdom og sult, og de fortæller os de historier. Nogle gange fortæller de om ting, som jeg ikke engang vidste fandtes. Jeg kan ikke skifte kanal.*

*Samtidig har de piger, vi arbejder med, ikke kun været gennem forfærdelige oplevelser gennem livet, men de lever også hver dag i fattigdom, hvor de bare forsøger at overleve. Så det er også gået op for mig, at denne daglige håbløshed gør et eller andet ved mig, og det er virkelig svært ikke at tage den med ind i mit eget personlige liv.*

*Tak!*

### Klinikerens erfaring: Sekundær traumatisering

Inden for MTB-modellen afhænger vores evne til at skabe forandring og helbredelse hos forældre af, at vi kan føle omsorg for dem og dermed give dem et trygt afsæt for deres rejse i forældreskabet. Nøglen til dette er vores evne til at føle empati og reflektere på den ene side samt til at udvise varme, åbenhed og venlighed på den anden. Ofte skal vi gøre det i en situation, hvor vi har fået fortalt frygtelige historier om traumer og sidder med forældre, som er bekymrede, vrede, frustrerede og så triste, at de er gået helt i stå. Vi bærer disse følelser for forældrene, beroliger os selv nok til at hjælpe dem med at regulere følelserne og passe deres børn. Det forsøger vi at gøre med medfølelse og uden at dømme dem. Samtidig er vi i gang med at formulere passende løsninger, foretage observationer og afdækninger og træffe beslutninger. Når vi forlader hjemmebesøgene, forsøger vi at huske, hvad vi har observeret, planlægger de næste skridt og sorterer vores reaktioner på det, vi har oplevet. Vi arbejder mange timer og føler os nogle gange overvældet af forældrenes krav. Det er ofte svært og hårdt arbejde.

Selma Fraiberg (1980) har argumenter for, at når man arbejder med relationen mellem spædbarn og mor, får mor mulighed for at bearbejde egne traumatiske relationer i barndommen. Det bidrager til at forhindre, at traumatet bliver ved med at gentage sig selv. For at hjælpe mødre med at mærke disse følelser, skal klinikerne føle traumatet. Det er ofte sådan, at mødre ikke kan mærke affekten men i stedet projicerer den over på klinikerens. Ved at lytte til et væld af historier om traumer, smerte og vold, mærker klinikerens de følelser, moren

ikke kunne: et barns følelse af overvældende fare, raseri, afvisning og hjælpeløshed. Det kan til tider overvælde klinikerne og få dem til at føle sig usikre på sig selv og deres evne til at beskytte barnet. På disse tidspunkter har klinikerne (som mødrene) en risiko for at blive distraheret af livskriser. Livskriser kan i den situation være 'lettere' at fokusere på end morens negative samspil med barnet.

Dette er forbundet med personlige omkostninger. Følgende personlige omkostninger ligner hinanden, men de er forskellige: *udbrændthed, omsorgstræthed og sekundær traumatisering*. Sekundær traumatisering defineres som "den kumulative transformativt virkning på en person, som hjælper ofre for traumatiske livsbegivenheder" (Saakvitne et al., 2000).

Der er nogle kendte risikofaktorer for sekundær traumatisering. Klinikere der ikke er blevet uddannet i at arbejde med traumer, eller som ikke har fået tilstrækkelig supervision og støtte, er mere tilbøjelige til at opleve konsekvenserne. Samtidig er det uholdbart, hvis en alt for stor del af en klinikers sager er meget traumatiske. Klinikere, der har for mange bolde i luften i deres eget liv – især når de selv har små børn, er også mere sårbare over for komplekse traumer. Der findes flere vigtige redskaber til at modvirke sekundær traumatisering: teamwork, supervision og egenomsorg. Derfor er det meget vigtigt at arbejdsgiver har fokus på uddannelse, supervision og arbejdsbyrden.

### **Teamwork**

En af eftervirkningerne af sekundær traumatisering eller omsorgstræthed kan være manglende lyst eller evne til at samarbejde med de kliniske partnere. Det virker så svært at kommunikere. Men i virkeligheden er ens kliniske partner den person, der ved mere om traumet end nogen anden. Derfor kan det være en enorm stor hjælp at tale sammen, løse og foregribe problemer i fællesskab. Det hjælper hende med at "give slip" på klientens smerte og sin dårlige samvittighed over at leve et nemmere liv. Det betyder ikke, at klinikerens distancerer sig, men at hun sætter tingene i perspektiv, så hun ikke drukner i eller identificerer sig for meget med klientens problemer.

De kliniske partnere har også brug for støtte fra den lokale ledelse og de kliniske supervisorer, som alle udgør lag af støtte, der er nødvendig for, at klinikerne kan mentalisere.

### **Supervision**

Supervision, herunder støtte, konsultation og vejledning, spiller en afgørende rolle i MTB. Faktisk mener vi, at en af styrkerne ved vores program er, at klinikerne får meget mere supervision end normalt for andre lignende programmer. Der er flere grunde til, at supervision er så vigtigt, særligt at det giver klinikerne mulighed for at udvide sin forståelse af moren, barnet og sig selv. MTB-klinikere modtager en times faglig supervision om ugen (familiebehandleren superviseres af supervisoren for mental trivsel, sundhedsplejersken af supervisoren for sundhedsplejersker) samt en times tværfaglig supervision hver anden uge (hvert team superviseres sammen af den ene eller den anden supervisor, som typisk skiftes). De forventes også at deltage i ugentlige teammøder, hvor én sag typisk snakkes grundigt igennem, og hvor man også taler om forskellige presserende spørgsmål, opdateringer og "succeshistorier". Hertil kommer, at de forventes at være i tæt, daglig kontakt med deres kliniske partner samt at sætte sig sammen og gennemgå deres fælles sager mindst én gang om ugen.

Et af formålene med supervision i MTB er at fastholde programmets tværfaglige fokus. Fordi de to hjemmebesøgende superviseres i de enkelte fagområder, får de begge typer input og overvejelser om sagerne. Det betyder at én persons holdning eller perspektiv altid udfordres af en andens. Dette er afgørende for at hjælpe den hjembesøgende med at holde fokus på "hele" barnet. Det er også vigtigt for at hjælpe de hjemmebesøgende i deres samarbejde, hvor de ved hjælp af supervision kan løse forskelligheder med hensyn til sprog og tilgang og bevare et fælles fokus på at styrke evnen til refleksion.

Supervisionsmøder kan omfatte tre forskellige typer supervision: administrativ, klinisk og reflekterende. Den administrative supervision fylder relativt lidt i det store billede, men det er vigtigt at gennemgå den kliniske status (aktiv/inaktiv) og papirarbejdet i den forbindelse. Resten af tiden bruges på klinisk og reflekterende supervision. Den kliniske supervision omfatter sagsgennemgang, hvilket betyder forskellige ting inden for sundhedsplejen og familiebehandling, men som går ud på at drøfte vanskelige områder, og hvilke

løsningsmuligheder der er, samt at tage hånd om nogle af de dynamiske årsager til dem.

Et eksempel er en situation, hvor familiebehandleren og sundhedsplejersken præsenterer en sag om en mor, hvis angst var så ekstrem, at hun vækkede spædbarnet hver time for at tjekke, om det havde det godt. Desuden var hun besat af historier om spædbørn, der døde, og gennemsøgte internettet for at finde de mest aparte historier og vise dem til de hjemmebesøgende. Når hun talte, var det kaotisk og usammenhængende, og hun kunne bl.a. ikke sove. Teamet var bekymret for, om hun havde efterfødsels-OCD. Huset var meget kaotisk, og alle blev oppe langt ud på natten for at se tv osv.

I deres supervision skulle de hjemmebesøgende først klargøre omfanget af morens angst og tænke på hvad årsagen var, og hvilke strategier der kunne bruges til at styre angsten, herunder at få flere familiemedlemmer involveret i at støtte moren. De skulle også overveje hendes mentale trivselstilstand og potentielle behov for medicin. I første omgang drøftede de hjemmebesøgende deres bekymringer om familien. Faren blev coachet til at hjælpe moren til at lade barnet sove, så længe hun ville, og ikke vække hende. Det gav moren en mindre forstyrret søvn, og hun begyndte at fungere bedre. Samtidig forsøgte familiebehandleren at hjælpe moren med at tænke over, hvorfor hun var så bange for barnets sikkerhed, hvilket satte gang i noget vigtigt dynamisk arbejde.

Reflekterende supervision er en vigtig del af den kliniske supervision, hvor der er fokus på klinikerens og hendes oplevelse af situationen. Målet er at give klinikerne et trygt miljø, hvor de kan udforske angst, tvivl, frygt, vrede og frustration. Dette er meget vigtigt for, at de kan blive i det "reflekterende rum". Det er her, man sammen skal undersøge den følelsesmæssige side af arbejdet med spædbørn og familier som udtrykt i forholdet mellem forældre og spædbørn, forældre og praktikere og supervisor og praktikere. Grundtanken bag den reflekterende supervision er, at klinikerne har brug for et trygt sted at reflektere, ligesom moren, for at kunne se blinde vinkler, misforståelser, situationer, hvor der ikke blev udvist empati eller ikke blev reflekteret, og det vi kalder modoverføring. Dette kan omfatte intense negative følelser som vrede og frustration. Disse følelser er ofte så svære for "hjælpere" at anerkende, og alligevel kan deres virkninger være kraftige og komme snigende.

Reflekterende supervision kan bruges som en ramme for den administrative og kliniske supervision. Det vigtigste mål er at undersøge affekt og forstå, hvad det kan lære os om moren/barnet/os selv. Tryghed og rummelighed er så vigtige her, for at klinikerne kan bevare eller genskabe sin reflekterende indstilling og styrke sine kliniske færdigheder.

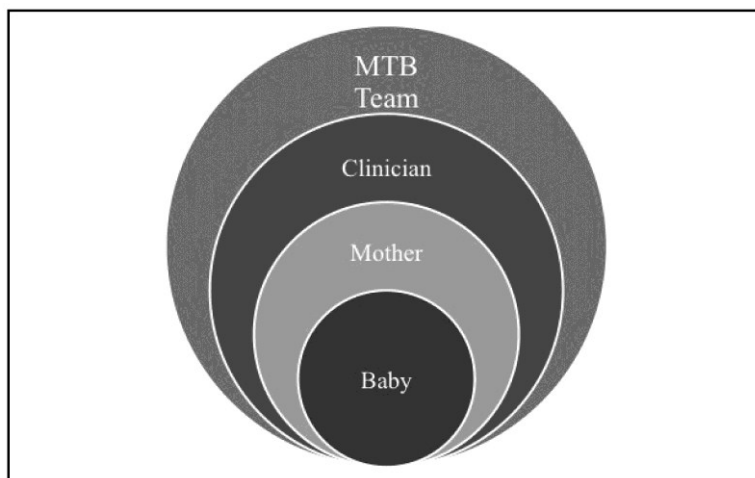
Gensidig tillid er vigtigt i supervisionsrelationen. I hvor høj grad klinikerne føler sig forstået og støttet af supervisoren vil have en stor indvirkning på i hvor høj grad, hun er i stand til at rumme moren, barnet og deres forhold. Supervision er den centrale del af en række parallelle processer. Supervisoren fokuserer på de superviserede og arbejdets kompleksitet, hvilket giver klinikerne mulighed for at fokusere på moren og barnet, hvilket giver moren mulighed for at fokusere på barnet. Dette er illustreret i figuren til højre.

### Egenomsorg

Det burde nu stå meget klart, at MTB-arbejdet kan være opslidende for klinikerne.

Derfor er egenomsorg så meget desto vigtigere. De enkelte klinikerne skal passe på sig selv, men supervisorerne skal også forsøge at holde øje med, hvor godt klinikerne passer på sig selv, og hjælpe dem med at holde fri eller få genopladet batterierne, når det er nødvendigt. Det er også vigtigt, at implementeringsmyndigheden tilskynder til og støtter egenomsorg. Forslag til egenomsorg fra hjemmebesøgende:

- Forsøg at sætte rimelige grænser for, hvornår du er til rådighed for mødrene, personligt og pr. telefon.



- Nogle gange er et "nej" det rigtige svar.
- Find en rutine der giver dig mulighed for at stresses af efter hjemmebesøg.
- Kend dig selv. Arbejd på at forstå hvordan din egen historie og dit temperament påvirker dit arbejde og dine relationer.
- Find en person der vil lytte til de svære oplevelser, du har.
- Brug dine teammedlemmer og supervisorer til at få et nyt perspektiv.
- Når du lærer om RF og tilknytning vil du måske begynde at sætte spørgsmålstejn ved din egen forælderrolle. Det kan være ret ubehageligt. Vær ikke for hård ved dig selv. At lære om sig selv og forælderrollen er en livslang proces. Husk at være en "god nok" forælder understøtter udviklingen af en tryk tilknytning.
- At være en "god nok" forælder (og kliniker) understøtter udviklingen af en tryk tilknytning.
- Tænk meget nøje over hvad du afslører om dig selv til familierne. Måske holder du af dem, og de er sandsynligvis virkelig glade for din støtte, men det er ikke meningen, at I skal være venner.
- Hvis du bliver syg, må du ikke besøge gravide kvinder og spædbørn.
- Hvis du synes du føler dig irriteret og utålmodig, har du måske brug for en form for pause.

## **KAPITEL 10: MONITORERING AF BEHANDLINGSFIDELITET FOR MTB: SELVEVALUERING AF INDSATSEN**

### **Introduktion**

MTB er en evidensbaseret hjemmebesøgsmodel, og nøje overholdelse af modellen er den mest effektive tilgang til at opnå de ønskede resultater. Dette kaldes *fidelitet over for modellen*, og det sikres ved at følge de procedurer og tilgange, der er beskrevet i denne manual. Det er vigtigt at monitorere det kliniske arbejde med unge familier, således at klinisk fidelitet sikres.<sup>3</sup> Med henblik på implementering måles, monitoreres og forbedres MTB-behandlingsfideliteten på tværs af fire domæner (design, undervisning, levering, og modtagelse/vedtagelse). Følgende ramme vil hjælpe med at sikre klinikernes og supervisorernes fidelitet, herunder de procedurer, der er forbundet med at gennemføre indsatsen og elementer af familieengagement, observation, afdækning, fagligt indhold, tværfagligt teamwork, kliniske tilgange og supervision.

Nedenstående lister over procedurer og tilgange er beregnet til brug som en del af en selvevalueringsproces for klinikere - som et middel til at finpudse deres kliniske færdigheder og styrke deres forståelse af de kliniske roller i MTB. Det er nyttigt at tænke over, hvor regelmæssigt eller konsekvent hver af disse procedurer eller tilgange gennemføres. For klinikere kan denne ramme også bruges til at rejse spørgsmål eller problemer under supervisionen. Mange af de procedurer og tilgange, der er anført nedenfor, er fælles for MTB teamet, mens andre er mere fagspecifikke.

For de, der afprøver MTB-modellen, skal skemaerne "Behandlingsfidelitet: Indsatstjekliste" (som findes i implementeringsmanualen) regelmæssigt (mindst to gange om året) udfyldes af hver enkelt kliniker for udvalgte familier. Første gang skal være tre måneder efter, at de første familier indskrives i programmet. Det samme gælder det ledsagende "Selvevalueringskema for supervisor", som skal udfyldes af hver enkelt supervisor. Et eksempel af hvert af disse skemaer skal indsendes til MTB-kontoret i Yale.

### **Indsatsprocedurer (alle klinikere der foretager hjemmebesøg)**

#### *Arbejdet med familier*

- Følger protokoller for informeret samtykke, indskrivning, indhentning af psykosocial historie og sygdomshistorie og dokumentation af hjemmebesøg (herunder HVPV-skemaet)
- Planlægger regelmæssige individuelle hjemmebesøg med familier på skift
- Foretager fælles besøg, hvor samtykke underskrives, overgangsbesøg efter et år og afsluttende besøg
- Drøfter og forbereder sig til afslutning med familien tre måneder før barnet bliver to år

#### *Klinikere som partnere*

- Mødes hver uge ansigt til ansigt for at drøfte familierne
- Vurderer familier og deres mål og behov forud for overgangsbesøget, beslutter i fællesskab hvornår overgangen til færre besøg i barnets andet år skal ske
- Drøfter og forbereder sig til at henvise til andre tilbud, når familien nærmer sig afslutningen

### **Familieengagement (alle klinikere der foretager hjemmebesøg)**

- Skaber en terapeutisk alliance
- Skaber et "trygt sted" i hjemmet til at mødes og snakke
- Fordeler opmærksomheden til barn og forælder/forældre og relationen/relationerne mellem dem

---

<sup>3</sup>McGuire DB, DeLoney VG, Yeager K, et al. (2000) Maintaining study validity in a changing clinical environment. *Nursing Research*, 49:231-235.



- Forholdet mellem mor og spædbarn er i fokus for behandlingen og den psykoterapeutiske indsats
- Holder fokus på barnet og sikrer at moren igen kommer til at holde fokus på barnet
- Anerkender morens individuelle behov for omsorg, medmindre der er problemer med sikkerheden (nogle gange er mor "babyen")
- Forstår morens familie og hvem hun identificerer som sin familie
- Respekterer personlige grænser og fortæller om sig selv i passende omfang
- Forstår rollen som gæst i hjemmet
- Er opmærksom på magtdynamikken mellem sig selv og familien: faglige, kulturelle forskelle osv.
- Anerkender familien som eksperter i barnet
- Respekterer kulturelle og familiemæssige overbevisninger
- Iagttager de fysiske omgivelser i hjemmet og konkrete behov

### **Observation og evaluering (*alle klinikere der foretager hjemmebesøg*)**

- Vurderer sikkerhedsrisici
  - Kropslige (især partnervold)
  - Relationelle (især interpersonel vold)
  - Miljø (lokalsamfundet, hjemmet, børnesikring osv.)
- Har fokus på om barnet udvikler sig normalt
  - Milepæle
  - Passende leg og adfærd for alder og udviklingsmæssigt niveau
- Har fokus på sociale støttepersoner og konkrete ressourcer
  - Morens levevilkår
  - Forholdet til babyens far, faderfigur og/eller partner
  - Forhold til familie/venner
  - Familiens styrker
  - Boligstabilitet
  - Stabil/ustabil kost
  - Faste udgifter, tøj, nødvendigt babyudstyr
- Observerer tilknytning mellem mor og barn
  - Se på samhørighed og gensidighed<sup>4</sup>
  - Forældrenes kapacitet til at støtte udforskning, skabe en sikker base og støtte regulering af følelser
  - Forældrenes følelser omkring separation, agtelse og tilknytning
  - "Goodness of fit" mellem morens og barnets temperament
  - Affekt, motorisk og følelsesmæssig aktivitet/regulering hos mor og spædbarn
  - Monitorerer for perinatale humørsvingninger i overgangen til forældreskab og moderrollen
  - Monitorerer barnets vækst og generelle udvikling (herunder relationel kapacitet)
  - Monitorerer det relationelle system mellem mor og barn og eventuelle risici
- Observerer andre omsorgsrelationer som barnet har til rådighed og i forhold til om de er optimale, potentielle risici eller beskyttende faktorer

### **Omsorgsrolle (*kun for sundhedsplejersker*)**

---

<sup>4</sup>Gensidighed: At "give og tage" i et forhold, hvilket også kan ses som en "serv og returnering", hvor spædbarnet lærer at indlede og reagere på interaktioner med omsorgspersonen.

- Koordinerer mors prænatale og primære pleje (herunder reproduktiv sundhed), barnets pædiatriske/primære pleje og eventuel nødvendig specialbehandling for dem begge
- Anvender det "dyadiske" arbejde i relation til MTB-pleje
- Indhenter morens sundhedshistorie og -status
  - Sundhedsafdækning af forældrene
  - Morens prænatale pleje
  - Fødselsplan
- Tilpasser indhold til den enkelte familie
- Vurderer hindringer for implementering af familiens plejeplan
- Bruger tilgange som beskrevet i MTB-behandlingshåndbogen
  - Forebyggende vejledning<sup>5</sup> og forventningsafstemning jf. barnets fremtidige udvikling<sup>6</sup>
  - Udviklingsmæssig screening
  - Motiverende samtaler
  - Tværteoretisk model/forandringscirklen
  - Stressreduktion/mindfulness-teknikker
- Evaluerer og overvejer følgende i forbindelse med snak om sundhedsbegreber
  - Sundhedskompetence
  - Udviklingsmæssig alder
  - Sproglige kompetencer
  - Læringsstil
  - Stressniveau og stresshåndtering
  - Kognitive evner
  - Familiens interesser og personlige dagsordener for hjemmebesøgene
- Dokumenterer sundhedsproblemer, tilgange og behov for yderligere pleje
- Vurderer barnets fysiske sundhed og udvikling

**Mental trivsel/familiebehandlerens rolle (kun for hjemmebesøgende der beskæftiger sig med mental trivsel)**

- Kommunikerer med sundhedsplejersken om indholdet i arbejdet med mental trivsel for at fordele rollerne på en passende måde.
- Indhenter morens mentale trivselshistorie og -status
  - Psykosocial historie
  - Diagnoser (udeluk eller hjælp til yderligere udredning)
  - Traumehistorie
  - Udviklingsmæssig og følelsesmæssig alder i forhold til kronologisk alder
  - Genogram
  - Graviditetsinterview
  - Indre eller individuelle styrker
- Tilpasser indhold til den enkelte familie
- Er parat til at anvende forskellige indsatsstrategier til at håndtere traumer, angst, vold i hjemmet osv.

---

<sup>5</sup>Forebyggende vejledning: Bruges af pædiatrisk sundhedspersonale til at håndtere forudsigelig adfærd hos børn og give udviklingsmæssigt passende rådgivning til familier.

<sup>6</sup>Foregribelse: En klinisk tilgang, der bygger på begrebet forebyggende vejledning, hvor klinikeren beskriver normal adfærd hos børn langt forud for barnets nuværende udviklingsmæssige alder at give forældrene mulighed for at lære om og se fremad mod nye udviklingstrin.

- Vurderer hindringer for implementering af behandlingsplanen for familier
- Anvender kliniske MTB-tilgange (beskrevet i MTB-manualen):
  - Kendskab til psykodynamiske traumer (baseret på mentalisering, udforsker spøgelses fra morens barndom, samt intentioner og udfordringer i forældre- eller moderrollen)
  - Støttende rådgivning
  - Psykoterapi om forælder/spædbarn (bruger leg, videooptagelser, danner en sammenhængende fortælling for moren, hjælper moren til at se og høre sig selv og sit barn)
  - Kognitiv adfærdsterapi
  - Mindfulness-teknikker
  - Par- og familierådgivning
  - Familieterapi/-rådgivning
  - Sagsbehandling
  - Hjælper med at navigere i det sociale system
- Dokumenterer mental trivselshistorie, problemer og tilgange

### **Tværfagligt teamwork (alle kliniske medarbejdere)**

#### *Overblik over sagen og udvikling af flere perspektiver*

- Kommunikerer og mødes regelmæssigt med partner(e)
- Skaber et tillidsforhold ved at værdsætte hinandens perspektiver og erfaringer
- Forstår roller og omfanget af partnerens grundlæggende viden/praktiske erfaring
- Afholder fysiske møder hver uge med tilstrækkelig tid til at drøfte familierne i dybden
- Koordinerer hjemmebesøg på skift mellem klinikerne og sikrer, at der er plads til fleksibilitet
- Koordinerer fælles besøg efter behov
- Udveksler observationer: Hvad så jeg? Hvad hørte jeg? Hvad følte jeg? Hvad tror jeg, at forælderen følte? Hvorfor tror jeg det? Hvad i forælderen historie kunne have påvirket denne situation? Hvor var barnet? Hvad skete der i det dyadiske forhold?
- Vurderer barnets "stemme" i forhold til affekt, motorisk aktivitet og regulering
- Udforsker hvor partnernes perspektiver falder sammen og afviger fra hinanden
- Forstår vigtigheden af debriefing efter vanskelige hjemmebesøg, samt at reflektere over hvorfor klinikerne har disse følelser
- Anerkender og koordinerer arbejde med partneren inden for overlappende fagområder
- Anerkender MTB-partnernes fælles mål
- Bruger MTB-tilgangen til at sætte mål
  - Overvejer hvordan konkrete mål/behov og målene for styrkelse af forældrenes refleksive funktion kan arbejde side om side
  - Indtager en reflekterende holdning i forhold til problemløsning
  - Tager hensyn til familiens styrker og vigtigheden af at give håb
  - Bruger familiens mål, som blev fastlagt i graviditetsinterviewet, gennem drøftelser med familien og klinisk observation
  - Overvejer behov for samarbejde med familiens læge og brobygning til andre tilbud
  - Revurderer målene for familien efter et år, og drøfter hvad der er rimeligt at sigte mod
  - Planlægger videre forløb efter afslutning

### **Kliniske tilgange (alle kliniske medarbejdere)**

#### *Udvikling af forældrenes refleksive funktion*

- Er til stede

- Opretholder en refleksiv og interesseret holdning
- Fastholder perspektiv for både forælder og barn
- Taler for barnet for at fremme forælders forståelse af barnet
- Taler for forælderen for at fremme forståelsen af egne følelser og adfærd
- Hjælper forælderen med at forstå barnets adfærd som kommunikation
- Anerkender familiens oplevelse uden at forsøge at ændre den og "står sammen" med familien ("joining"<sup>7</sup>)
- Lytter, dvæler og sætter samtalen ned i tempo
- Anerkender at der er mere end én måde at forstå eller opnå et mål på
- "Reframer"<sup>8</sup> negative forestillinger og omstændigheder
- "Parkerer" problemstillinger indtil de kan drøftes
- Genkender hyper-arousal (følelsen af at være højenergetisk, panisk, klar til flugt eller kamp) eller hypo-arousal (følelsen af at være frakoblet, have lav energi) hos forælderen og sig selv
- Hjælper med at organisere familiens følelsesmæssige oplevelse; "rummer" eller "bærer" ("holding"<sup>9</sup>)
- Bruger mindfulness-teknikker til sig selv og familien for at mindske hyper-arousal
- Skaber en mere nuanceret og kompleks fortælling om morens og barnets oplevelse, efterhånden som moren bliver i stand til at finde rundt i sine og sit barns følelser
- Bemærker og fremhæver små forskydninger i familiens perspektiver
- Forsøger at skabe flere hyggelige stunder mellem forælder og barn
- Forstår at gentagelser og andre ord hjælper forældre til at forstå nye begreber

### **Brug af klinisk og refleksiv supervision (alle kliniske medarbejdere)**

#### *Klinikere*

- Sørger for at overholde regelmæssige aftaler om supervision og er forberedt med sagsmateriale
- Er til stede, åben, nysgerrig og klar til at dele og udforske tanker og følelser
- Er åben over for flere forklaringer/perspektiver
- Er opmærksom på egne tanker, overbevisninger, værdier, følelsesmæssige reaktioner og subjektive oplevelser
- Undersøger virkningen på det terapeutiske forhold i særdeleshed og arbejdet generelt
- Genkender parallelprocesser<sup>10</sup>
- Beskriver familiens historie med egne ord
- Udarbejder en klinisk formulering: Hvordan forstår du situationen ud fra et dynamisk perspektiv?
- Hjælp til yderligere diagnosticering, hvis/når det er relevant

#### *Supervisorer*

<sup>7</sup>"Joining": At sætte sig ind i klientens oplevelse (eller en del af den) eller at finde et fælles grundlag for at skabe forbindelse til klienten for at opbygge en terapeutisk alliance, samtidig med at man bevarer sin neutralitet og sine faglige grænser.

<sup>8</sup>"Reframing": At skabe et andet og mere positivt billede af hændelser, ideer, begreber og følelser

<sup>9</sup>"Holding": At skabe en tryk, afgrænset og konsekvent tilstedeværelse i det terapeutiske forhold, så klienterne føler sig trygge nok til at udforske og udtrykke vanskelige eller utålelige følelser. Dette er en følelsesmæssig proces, som for det meste ikke indebærer fysisk kontakt. De vigtigste elementer her er tillid, konsekvens, en ikke-fordømmende tone, accept og følelsesmæssig sikkerhed, f.eks. når en mor føler sig tryk nok til at afsløre en traumatisk personlig hændelse på grund af klinikerens evne til at være ikke-fordømmende, aktivt lyttende og give moren en følelse af tryk. Du kan læse mere på: <http://relational-integrative-psychotherapy.uk/chapters/holding-containing-and-boundarying/>

<sup>10</sup>Parallelproces: Bevidst at kæde personers oplevelser og deres relationer sammen med andre menneskers oplevelser og relationer.

- Sørger for at overholde regelmæssige aftaler på et roligt sted
- Skaber et miljø med følelsesmæssig sikkerhed, som fremmer autenticitet
- Er til stede, åben, nysgerrig, rolig og indtager en ikke-fordømmende holdning
- Udviser en evne til at have fokus på klinikerens, morens og barnets
- Udforsker klinikernes triggere, overbevisninger, værdier osv. og deres indvirkning på arbejdet
- Genkender egne triggere, overbevisninger, værdier osv. og deres indvirkning på supervisionsprocessen og forholdet

## KAPITEL 11: AFSLUTTENDE BEMÆRKNINGER

*Minding the Baby*® (MTB) er et tværfagligt, samarbejdsbaseret hjemmebesøgsprogram for udsatte førstegangsførelde i byer. Programmet har vakt interessen hos myndigheder i hele verden, der ønsker at bruge programmets elementer og afprøve den anvendte forskningsmodel. Kort sagt er målet med MTB at styrke spædbørns og deres mødres fysiske sundhed, mentale trivsel og udvikling samt at udvikle varig og sund tilknytning mellem mødre, børn og deres familier.

Denne behandlingsmanual er oprindeligt udformet som en vejledning og et træningsredskab for nye klinikere, der arbejdede for MTB på Yale. Efter at have læst denne manual vil læseren have en bedre forståelse af det teoretiske grundlag for modellen samt de praktiske konsekvenser og overvejelser ved arbejdet som MTB-kliniker. Den nuværende og igangværende forskning vil bidrage til at opnå mere viden om kerneelementer i programmet. De positive resultater vi har opnået, er sandsynligvis forbundet med følgende: opbygning af en relation til de hjemmebesøgende, RF-coaching og levering af familiebehandling i hjemmet efter behov, regelmæssig psykoedukation i hjemmet og pædiatrisk forebyggende vejledning med familien. Vores forskningsresultater tyder på, at dette intensive relationsbaserede hjemmebesøgsprogram kan være afgørende for at hjælpe højrisikofamilier, for hvem mindre intensive indsatser ikke virker. Gennem løbende evaluering vil man kunne følge med i programmets effektivitet og de mange potentielle fordele ved denne forebyggende model.

Det er vigtigt at huske på, at en så intensiv model kræver særlig uddannelse. Denne uddannelse står Yale Child Study Center og Yale School of Nursing for. Endvidere er det vigtigt, at der er tale om et løbende samarbejde med MTB-ansvarlige og programkoordinatorer på Yale. Uddannelsen på Yale omfatter i dag en grundig introduktion til de grundlæggende begreber og teknikker i programmodellen og er designet til klinikere som sygeplejersker, avancerede kliniske sygeplejersker, familiebehandlere og psykologer samt programansvarlige og forskere. Fuld implementering af MTB-modellen og forskningskomponenten kræver yderligere uddannelse og løbende konsultation. Vi slutter med at høre lidt fra de mødre, som har afsluttet MTB-programmet:

- *"Når du er opmærksom på dig selv, er det nemmere at være opmærksom på dit barn."*
- *"De ændrede den måde, jeg opfattede min datter på. De hjalp mig til at tænke tingene igennem ... og til at tage hensyn til hendes personlighed, når jeg taler med hende."*
- *"De giver dig en lille plads i deres hjerte."*
- *"De hjælper dig til at hjælpe dig selv."*

## BILAG

### **BILAG I: Evalueringer og formularer**

Hjemmebesøgsskema (HVPV-skema) .....	84
Emner for hjemmebesøg/Definitioner af igangværende områder .....	85
Formular for mors psykosociale historie .....	86
MTB-sundhedsplejeplaner.....	88

### **BILAG II: Klinisk orientering og kompetencer**

Klinisk orientering til MTB-hjemmebesøgende og -supervisorer.....	98
Kompetencer for MTB-familiebehandlere med fokus på mental trivsel.....	98
Kompetencer for MTB-sundhedsplejersker .....	101
Kompetencer for MTB-supervisorer .....	103

### **BILAG III: Ordliste**

Ordliste over kliniske termer inden for pleje og mental trivsel .....	105
---	-----

## BILAG I: Evalueringer og formularer

Nationalt center for *Minding the Baby*®

### Hjemmebesøgsskema

*HVPV-skema for hjemmebesøgsprocessen til implementeringssteder (dansk version)*

ID #: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Besøg #: \_\_\_\_\_

Periode efter fødsel

1. Før fødslen

2. Længde af besøg – angives i minutter: \_\_\_\_\_

3. Familiemedlemmer der deltog i besøget. (Afkryds alle der deltog)

a.  Spædbarnets mor d.  Tante/Moster/Faster g.  Andre børn

b.  Spædbarnets far e.  Morfar h.  Andre: \_\_\_\_\_

c.  Mormor f.  Spædbarnet

4. Teleopkald  Hjemmebesøg

5. Stedet hvor besøget er foretaget (Angiv kun et sted):

a.  I hjemmet c.  Egen læge/jordemoder e.  Familierådgivning

b.  I gruppe d.  Hospital f.  Kørsel  
g.  Andre: \_\_\_\_\_

6. Angiv, hvor mange minutter der blev anvendt på følgende:

*(Note: Se næste side for operationelle definitioner af de nedenstående kategorier.)*

\_\_\_\_\_ Mors sundhed

\_\_\_\_\_ Mors mentale trivsel

\_\_\_\_\_ Mors livsforløb

\_\_\_\_\_ Spædbarnets mentale trivsel

\_\_\_\_\_ Barnets sundhed og udvikling

\_\_\_\_\_ Social støtte

\_\_\_\_\_ Miljømæssig sundhed og sikkerhed

\_\_\_\_\_ Andre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Forældreskab

7. Indsatsen er givet af:  Familiebehandler  Sundhedsplejerske  Begge



## HVPV Emner for hjemmebesøg/Operationelle definitioner

*De følgende operationelle definitioner og eksempler er en guide til, hvordan du kan opsummere den tid, der er brugt i besøgene på de nedenstående emner. Forsøg at angive efter bedste vurdering.*

**Mors sundhed:** Prænatal omsorg, psykologiske symptomer, anatomi, mundsundhed, tegn og symptomer på komplikationer og præmatur fødsel, sikker sex og svangerskabsforebyggelse, ernæring, rygestop, sundhedslitteratur, stresshåndtering, amning, efterpleje, brug af medicin i hjemmet.

**Mors livsforløb:** Uddannelse og jobmål, børnepasning, økonomi og budgetplanlægning, selvforsvar, selvsikkerhed, venner, alenetid, interesser.

**Barnets sundhed og udvikling:** Vækst, ernæring, vaccinationer, god børnepasning, skader, medicinske bekymringer/diagnoser/behandling, milepæle i sproglige, kognitive, fin- og grovmotoriske færdigheder, social-emotionel udvikling.

**Miljømæssig sundhed og sikkerhed:** Børnesikring, bly- og kemiske påvirkninger, familievold, vold i nærmiljøet/netværket

**Forældreskab:** Forældres håb og drømme/intentioner, forældreudvikling, træffe beslutninger, rutiner, ansvarlig omsorg, læsning, forældrestil, problemer med forældresamarbejde, grænsesætning, bekymring for børnepasningen

**Mors mentale trivsel:** Generel psykiske status, prænatal depression, søvnmangel, afdækning af symptomer, risikovurdering, sikkerhedsplanlægning, psykoedukation, stresshåndtering, egen pleje, tilvænnning til graviditet og moderskab, krav til forældreskabet og andre relationer, parterapi, håndterings- eller adaptive mekanismer (såsom tro og overbevisninger).

**Spædbarnets mentale trivsel:** Tilknytning og sociale bånd, regulering (f.eks. søvn, spise, årvågenhed, selvberoligende, affekt), før-verbal kommunikation, spædbarnsstadier, følelsesmæssig udvikling, risiko for stressfaktorer/vold/traumer.

**Social støtte:** Netværksressourcer, konkrete ydelser (mad, husly, bolig, forsikring), rets- og advokathjælp, skolekontakt, henvisninger.

**Andre:** Samtykke, møder med andre samarbejdspartnere (f.eks. fysioterapeuter m.m.)

Bemærk: I alle de emner der er anført ovenfor, skal I forsøge at engagere forældrene og få dem til at forholde sig til deres egen og deres børns tanker, følelser og hensigter. Således kan I reflektere over og tage hensyn til, hvilke emner der er i fokus i et individuelt hjemmebesøg (dvs. sundhed, mental trivsel, livsforløb, m.m.), og opfordre til refleksion på tværs af emnerne.



**Formular for mors psykosociale historie**  
*Til officielle MTB-implementeringssteder/implementeringsmyndigheder*

**ID:**

**Udfyldt af:** \_\_\_\_\_

**Dato:** \_\_\_\_\_

**Aktuel boligsituation (mor-barn og far til barnet):**

**Medlemmer af husstanden:**

**Andre:**

**Graviditetshistorie**

Antal graviditeter: \_\_\_\_\_

Aborter:       Ufrivillige aborter:    Dødfødsler:  Planlagt:  Ikke planlagt:

**Fødselshjælper(e):**

**Styrkesider:**

**Tidligere psykiatriske lidelser og/eller stofmisbrug:**

**Barndom, uddannelsesmæssig og udviklingsmæssig baggrund:**

**Indre verden** (fantasier/bekymringer, nuværende/tidligere graviditeter, tilbagevendende temaer/uløste konflikter, traumer, tab):

**Egenomsorg/dårlig livsstil** (søvn, spisevaner, appetit, spiseproblemer, motion, fritid)

**Tilknytningsproblemer for dyaden og spædbarnet** (fantasier om barnet, problem: afvisning af følelsesmæssig tilknytning til barnet, manglende evne til at have et billede af eller en idé om barnet i hovedet, billeder af hvordan barnet vil ændre hverdagen):

**Afdækning af mental tilstand:**

Udseende:

Adfærd:

Tale:

Humør og affekt:

Tankeproces:

Tankeindhold:

Kognitiv:

**Kendte psykiatriske diagnoser:****Indledende behandlingsplan** (mål mor/par/familie/dyaden mellem mor og spædbarn)

Patienten angiver følgende mål:

Mor:

Baby:

Mor/spædbarn-dyaden:

Andre fokusområder for behandlingen:

## MTB-sundhedsplejeplaner

### Plan for prænatal pleje

#### 1. Mors sundhed

- Ernæring, tilskud, kviksølveksponering, madindtag
- Hvile/motion
- Myter og misforståelser
- Tandpleje
- Sikker sex
- Tegn og symptomer på komplikationer, forebyggelse af fødsel før termin
- Fosterets vækst og udvikling/hjerneudvikling
- Kropslige ændringer/humørsvingninger
- Influenzavaccination
- Vold i hjemmet
- Efterfødselspleje

#### 2. Fødselsforberedelse

- Hvornår skal man ringe til jordemoder?
- Mestring, mindfulnessinstruktion/-teknikker, visualisering
- Fødselsplan, smertebehandling
- Babyens køn, udseende, personlighed

#### 3. Pleje af den nyfødte

- Hospitalsbehandling
- Amning/tilberedning af erstatning/ingen kornprodukter i flasken
- Forkert sutteteknik
- Spædbarnets sanser
- Vejrtrækningslyde
- Spisemønstre, vægttab og -øgning, afføring
- Gråd: genkendelse af typer & trøsteteknikker
- Søvn mønstre
- Gulsot/hudens udseende og pleje
- Pleje af navlestreng/fontaneller
- Vaccinationer, lægeundersøgelser
- Sygdomsforebyggelse, hvordan man bruger et termometer, hvornår ringer man til læge?

#### 4. Sikkerhed

- Rygning
- Autostol
- Sove, sikkerhed i sengen, samsøvning
- Rusk aldrig en baby
- Ingen mikroovn/ikke sætte flasken op, så barnet spiser alene
- Solstråler

- Forbrændinger/varme væsker
- Badning/vandtemperatur
- Halskæder/smykker
- Andre børn/kæledyr
- Brandalarmer
- Trapper/gelændere
- Gåstole som barselsgaver

#### 5. Forældreomsorg/justering

- Forberedelser til baby: udstyr, tøj, værelse
- Beslutninger: amning/modermælkserstatning, omskæring osv.
- Kulturelle og religiøse traditioner
- Børnelæge
- Besøg, uønskede råd, støtte
- Forventninger, tiltro til egne evner
- Mestring, stressreduktion
- Fødselsdepression
- Brazeltons model med tre babyer, idéen om forælderen
- "Forkælelse"

#### 6. Livsforløb

- Tid til sig selv
- Forholdet til faren til barnet
- Prævention
- Bolig
- Åndelige og sundhedsmæssige overbevisninger
- Tilbage til arbejde/skole

### **Plan for efterfødselspleje: Første 3 måneder**

#### 1. Mors sundhed

- Hvile, hjælp og støtte
- Ernæring
- Kropsændringer
- Normale følelser efter fødslen, bliver forelsket i babyen med tiden
- Fødselsdepression

#### 2. Spædbarnets sundhed og udvikling

- Generel babypleje/rutiner
- Håndvask
- Hudpleje
- Trøske, rengøring af ammebrik
- Forstoppelse
- Luftfugter
- Sundhedspleje, lægebesøg, vaccinationer
- Tegn og symptomer på sygdom, demonstration af brug af termometer, medicindosering

- Amning/sutteflaske, vente med fast føde
- Ligge på maven/fladt hoved
- Tilstande og regulering
- Gråd/kolik
- Temperament
- Kognitiv, motorisk og social udvikling

### 3. Sikkerhed

- Gennemgå alle ovennævnte bekymringspunkter
- For meget tøj på
- Bomuldstøj/-tæpper

### 4. Forældretilgange til barn/justering

- Stimulering/leg med baby
- Forkælelse/grænsesætning
- Aflæse tegn
- Spædbarnsmassage
- Forventninger, skuffelse
- Kompetencer
- Mestring, stress, forebyggelse af børnemishandling

### 5. Livsforløb

- Gennemgå alle bekymringspunkter fra de tidligere stadier
- Prævention
- Børnepasning

## **Plan for efterfødselspleje: 3-6 måneder**

### 1. Mors sundhed

- Ernæring, slankekur, vægttab, indtag af sodavand og juice/saft
- Multivitaminer, medicin/naturlægemidler
- Motion
- Hvile/træthed
- Realistiske mål
- Humør, mindfulness-teknikker
- Menstruation
- Prævention, sikker sex, seksuelle relationer

### 2. Livsforløb

- Fortsat amning
- Forhold til barnets far/partner
- Arbejde/skole
- Venner
- Tid til sig selv
- Egen læge
- Sundhedsoverbevisninger/åndelig velvære

### 3. Barnets sundhed

- Barnet ser andre spise
- Fortsæt med at holde barnet, når det får flaske
- Fødevarer- og medicinallergi
- Overfodring/indtag af juice/saft
- Fortsat kolik/refluks
- Fast føde: Hvornår, hvad og hvordan
- Mad, som bør undgås/tegn og symptomer på allergi
- Tandfrembrud/mundhygiejne
- Vækstspring
- Ændringer i spise- og sovemønstre
- Vaccinationer/lægeundersøgelser
- Tegn og symptomer på sygdom/øreinfektioner

### 4. Barnets udvikling

- Hjerne/kognitiv udvikling/lagring i hjernen
- Barnets syn og hørelse
- Motorisk udvikling (grov): triller, sidder
- Motorisk udvikling (fin): griber, blæser bobler, sutter på tommelfinger, hånd-til-mund
- Øvelser med baby
- Sprogudvikling: læsning for baby, samtaler, sang
- Følelsesmæssig udvikling; spædbarnsmassage, glæde ved berøring, tryghed
- Hvordan leger man: lege under bleskift og badning, stimulerende miljøer
- Babyens distraktion og interesse for alt

### 5. Sikkerhed

- Ulykker: fald, forbrændinger, kvælning
- Rolig leg, vride skulder og albue af led
- Autostole
- Passiv rygning
- Badning: Efterlad aldrig alene
- Børnesikring af huset
- Små genstande/passende legetøj
- Sove videre
- Brandalarmer/flugtplan
- Håndvask/sygdomsforebyggelse
- Medicindosering

### 6. Forældreomsorg

- Temperament/personlighed
- Tilknytning
- Forudsigelse af babys reaktioner
- Babys behov/forkælelse
- Forventninger/grænsesætning kontra straf

- Hjælp og støtte, babysittere
- Mors følelse af kompetence
- Fars rolle/engagement
- Bedsteforældre
- Etablering af rutiner
- Tv: indflydelse på barnets adfærd

### **Plejeplan: 6-9 måneder (cirka)**

#### 1. Mors sundhed

- Ernæring/madindtag
- Motion
- Vold i hjemmet
- Daglig rutine
- Humør/stressreduktion, tid til sig selv/hvile
- Prævention/sikker sex
- Egen og barnets fars læge, årligt helbredstjek: tænke fremad

#### 2. Livsforløb

- Forhold til barnets far/nyt forhold
- Familieplanlægning
- Arbejde/skole
- Andre interesser, komme ud af huset
- Økonomi
- Børnepasning/babysitter/nødopkaldsnumre

#### 3. Barnets sundhed

- Lægeaftaler/vaccinationer
- Vækstkurve
- Sygdomsforebyggelse/hvornår ringer man til lægen
- Myter om tænder/mundpleje
- Rutiner/lure på samme tidspunkter
- Ernæring/portionsstørrelser
- Vægtøgning
- Spise selv/skeer/rod/leg
- Undgå kampe/måltider som social tid
- Begynde at drikke af kop
- Forholdsregler ved feber

#### 4. Sikkerhed

- Forventninger til børnesikring/normal udforskning/udforsker
- Børnesikring til stikkontakter, passende legetøj, plastikposer
- Gåstole
- Passiv rygning
- Solstråler
- Autostole



- Ruskevold/stille leg/vride skulder og albue af led
- Forbrændinger: bad, væsker, komfur
- Fald, trappegitter, børn, der klatrer
- Flugtplan ved brand/kontrollér røgalarmer
- Medicindosering, almindelig håndkøbsmedicin og sikker brug
- Gift/låse vitaminer inde/punge

## 5. Barnets udvikling

- Kognitiv
  - Hjernens udvikling, stimulerende miljø
  - Voksende verden/barnet som udforsker, lære gennem udforskning, efterligning, gentagelse, sanseoplevelser
  - Ting og mennesker er der, selv om barnet ikke kan se dem
- Fysisk
  - Grovmotorik: vugger frem og tilbage på hænder og knæ, trækker sig op at stå, sætter sig ned fra stående, kravler
  - Finmotorik: legetøj i og ud af kasser, pincetgreb, flytte
- Sprog
  - Kommunikation gennem kropssprog
  - Frustration
  - Pludren: tale efter tur/dialog, voksne giver mening til barnets pludren
  - Støtte med samtale, beskrivelse, sange, bøger
  - Kender eget navn
- Følelsesmæssig
  - Voksne læser og identificerer følelser, regulering
  - Barnets følelser ændrer sig hurtigt, beroliger sig selv
  - Forudsigelighed, tillid/tryghed, trøsteting, forlade barnet
  - Frygt/bange for fremmede
  - Selvfølelse/selvstændighed/drevet indefra
  - Indvirkning på søvn og spisning

## 6. Forældreomsorg

- Forventninger til sig selv, prioritering/vælge sine kampe
- Temperament
- Mål for baby/mål om selvkontrol langt ude i fremtiden
- Familieværdier: Hvordan giver man dem videre
- Hvordan børn lærer: rollemodeller (familie og tv), give anvisninger, gentagelse
- Grænsesætning/straf
- Brug af distraktion/substitution
- Positiv og negativ opmærksomhed/forstærkning
- Prøver grænser af gennem udforskning, tester for at få en reaktion: Hvad er ok og hvad er ikke
- Internalisering af det, der engang var ukendt, sker over tid

## Plejeplan: 9-12 måneder (eller mere)

### 1. Mors sundhed

- Ernæring/madindtag, vægtkontrol/motion
- Daglig rutine/hvile
- Humør/stressreduktion, tid til sig selv
- Sikker sex/kønssygdomme
- Egen/barnets fars læge, årligt helbredstjek
- Vold i hjemmet

### 2. Livsforløb

- Forhold til barnets far/nyt forhold
- Prævention/familieplanlægning
- Arbejde/skole, mål for næste år/økonomi
- Komme ud af huset, andre interesser
- Børnepasning/babysitter/nødopkaldsnumre

### 3. Barnets sundhed

- Lægeaftaler/vaccinationer/tuberkulintest/Hgb
- Forebyggelse af blyforgiftning
- Forebyggelse af jernmangel/ingen komælk/modermælksersatning
- Fravæning fra flasken, fravæning fra brystet
- Sygdomsforebyggelse/hvornår ringer man til lægen, brug af antibiotika
- Tandfrembrud/kindtænder, forebyggelse af caries
- Rutiner: måltider, familietid, lur
- Ernæring: kan lide og ikke lide, sunde snacks
- Fingermad, passende portionsstørrelser, undgå kampe ved måltiderne
- Vægtøgning/tredobling af fødselsvægt ved 12 måneder, langsommere vækst
- Forebyggelse af fedme, junkfood/indtag af juice og saft/motion
- Fødevareallergi
- Kvælningsfare, hvordan reagerer man ved kvælning
- Platfod og hjulben

### 4. Sikkerhed

- Gennemgå alle ovennævnte punkter
- Opvarmning af mad i mikrobølgeovnen, sikker opbevaring af fødevarer
- Gåstole
- Nødsituationer: Hvornår ringer man 112, skadestue, førstehjælp

### 5. Barnets udvikling

- Faser med orden og opløsning: irritabilitet og negativitet
- Forbered dig på raserianfald og aggressiv adfærd
- Temperament: Hvordan forholder baby sig til verden?
- Hvordan babyer lærer/udforsker
- Kognitiv
  - Mennesker er der, selv om barnet ikke kan se dem

- Følger enkle beskeder
- Stabler og vælter, kigger efter tabte ting, årsagssammenhæng
- Banker ting sammen
- Forstår brugen af dagligdagsting (børste)
- Vandleg/beholdere, lærer og udforsker kropsdele
- Fysisk
  - Grovmotorik: bevæger sig rundt, kravler op/ ned ad trappen, går med støtte, går med/skubber og trækker i legetøj/bolde
  - Finmotorik: pincetgreb, peger, vinker farvel, kaster/slipper for at give slip, tager sko af
  - Toiletvaner
- Sprog
  - Udtale
  - Voksende ordforråd/tosprogede børn
  - Beskriver din dag: vasketøj, madlavning, indkøb
  - Taler efter tur: efterligner og fortolker pludren
  - Sange: fingerleg, dans, rim, rytme, bøger: sørg for, at barnet kan få fat i dem
  - Peger for at kommunikere
  - Kan ryste på hovedet for at sige "nej"
- Følelsesmæssig
  - Selvtillid/selvverd
  - Sociale referencer
  - Udvikling af mere komplekse følelser/sætte ord på følelser
  - Forventning om succes eller fiasko/søger anerkendelse
  - Bange for fremmede/separationsangst, trøsteting/følelse af tryghed
  - Afhængighed ift. uafhængighed, regression

## 6. Forældreomsorg

- Opdragelsesstil: forældrenes kamp for kontrol ift. barnets dagsorden og effekt på søvn og spising
  - Respons ift. reaktion
  - Eftergivende, autoritær, autoritativ
  - Omsorgsfuld: blid og støttende, opmuntrende
  - Omklamrende: beskeder, som virker mod hensigten
  - Strukturering og beskyttelse: sætter grænser for at lære færdigheder
  - Kritik: bebrejder og nedgør
- Grænsesætningsstrategier for babyer: børnesikring ift. konstant opsyn og instruktion
- Overvej:
  - Virkning på barnets temperament, barnets formål, sikkerhedsspørgsmål, behov for grænser, begrænset hukommelse og tidsfornemmelse
  - Forældre som et team, statuer et eksempel
  - Passende forventninger, få/simple regler, modstridende budskaber
  - Hvad fysisk straf lærer barnet (f.eks. at trække i barnets hår)
- Faktiske strategier:
  - At være proaktiv: forudsige barnets adfærd
  - Øjenkontakt/nonverbal kommunikation

- Konsekvens, vigtigheden af gentagelser
- Distraction/substitution
- Forstærkninger: ikke mad, ignorer "dårlig opførsel"/vælg dine kampe
- Timeout: Hvornår virker de
- Timeout for forældre

## **Plejeplan: 12-24 måneder**

### 1. Mors sundhed

- Sundhedsrisici, kroniske sundhedsproblemer, medicin: håndkøbsmedicin og naturlægemidler
- Stofmisbrug/rygning
- Vægtkontrol: juice/saft og sodavand, fødevaremærkning, madindtag, 6 om dagen, motion
- Humør, mindfulness, stressreduktion, tid til sig selv
- Prævention/sikker sex
- Læge/tandpleje
- Vold i hjemmet

### 2. Livsforløb

- Forhold til barnets far/nye forhold
- Skole/arbejde/børnepasning
- Livsmål/andre interesser
- Økonomi/bolig

### 3. Barnets sundhed

- Lægeundersøgelser, forbered spædbarnet ved at lave rollespil om besøget
- Vacciner/tuberkulintest
- Bly/pica
- Sygdomsforebyggelse, tegn og symptomer på sygdom, medicin, husråd
- Seks luftvejsinfektioner om året er normalt, antibiotika: brug og misbrug
- Øjne og ører: nedsat syn, hørelse
- Langsommere vækst: nedsat appetit, respekt for barnets tegn, undersøge egen adfærd
- Ernæring: kræsenhed, barnet vil kun spise én ting, junkfood, juice/saft, passende portionsstørrelser
- Kun sødmælk, indtag, forebyggelse af anæmi, brug af kop, fravæning fra flaske
- Kan gå fra to lure til én, fremme af gode søvnvaner
- Måltider: spiser selv, undgå kampe, socialisering
- Tandpleje: 6-10 nye tænder
- Mindre brug af sut

### 4. Sikkerhed

- Kvælning: mad, plastikposer, balloner, snore på tøj, smykker, små genstande, passende legetøj
- Forbrændinger: strygejern, komfur
- Fald: vinduer og trapper, barneseng ift. seng
- Bilulykker: passager og fodgænger, autostole
- Vandsikkerhed: badekar og bassiner
- Giftkontrol, stueplanter
- Solbeskyttelse

- Insektmiddel
- Våben

## 5. Barnets udvikling

- Normalt energiniveau, nysgerrighed
- Motorisk
  - Grovmotorik: rejser sig uden hjælp, går rundt om genstand, forsøger at løbe, kravler op og ned ad trapper, kaster, bærer legetøj
  - Finmotorik: vender siderne i bogen, bevæger hele armen med farveblyanter, vender først skeen på hovedet, puslespil med tre brikker ved 2 år
  - Toilettræning
- Sprog
  - Lærer substantiver først, sætninger med to ord, udtale
  - Identificerer tre kropsdele ved 2 år
  - Peger, hiver eller bruger fagter for at vise voksne noget
  - Én besked ad gangen
  - Selvcentreret: MIN!, deles, leg med andre børn: alene-/parallelleg
  - Begyndende empati over for andre
  - Separation: normale protester, gemmeleg
  - Overgange: trøsteting, selvberoligende adfærd: tommelfingre, onani osv.
  - Frygt: nye situationer og mennesker, badekar, mistet balance, tøj, der dækker øjnene, mørke
  - Negativitet, stædighed
- Kognitiv
  - Opbevaring af tre genstande, stabler klodser: op til fire klodser ved 15 måneder, årsagssammenhæng
  - Læringsøjeblikke, imitation: forsøger at vaske sig selv
  - Mindre mundfikseret
  - Leger og laver rolleleg = læring/problemløsning, figurativ/symbolsk leg: hvordan tilskynder man til leg

## 6. Forældreomsorg

- Selvstændighed, vil kunne selv
- Børn har brug for flere ja'er end nej'er/hvordan man siger nej
- Give børn passende valg
- Hvordan man taler, så barnet vil lytte
- Raserianfald som indre kamp, forebyggelse/trøsteknus
- Bider, slår, river: fremmer ubevidst denne adfærd
- At begå fejl som forælder og udbedring: Hvordan vi lærer at være forældre
- Forskelligt forhold til de enkelte forældre, bedsteforældre og andre familiemedlemmer
- Samspil med barnet: gåture i børnehøjde, undersøgelse af genstande i børnehøjde
- Individuelle forskelle mellem børn
- Støtte barnets selvtillid
- Indflydelse af tv og forældreansvar
- Struktureret putterutine, beskeder om at gå i seng, natlys

## BILAG II: Klinisk orientering og kompetencer

### Klinisk orientering til MTB-hjemmebesøgende og -supervisorer.

Klinisk orientering for MTB-klinikere og -supervisorer sigter mod at give teammedlemmer viden om tilgangene i og filosofien bag MTB. Uddannelse skal ske på det rette tidspunkt, hurtigt efter ansættelsen, og der skal afsættes tilstrækkelig tid til disse aktiviteter før mødet med familierne. MTB-teamets medlemmer gennemgår følgende generelle krav som led i den indledende orienteringsproces, der gennemføres i forbindelse med MTB-introduktionskurset og omhyggelig gennemgang af MTB-behandlingsmanualen, MTB-manualen og følgende fagspecifikke kompetencer.

- Klinikers dokumentation
  - Begge fagområder: Hjemmebesøgsskema (HVPV)
  - Mental trivsel: Psykosocial historie og familiebehandlers noter
  - Sundhedspleje: Sundhedshistorie og sundhedsplejerskes noter
- Samarbejdsorienteret tilgang med aktører i sundhedsvæsenet: målet er at udarbejde en sammenhængende plejeplan
- Overholdelse af MTB-modellen: vigtigheden af at bruge de materialer, som Yale center for MTB har udleveret, herunder at følge modellen i implementeringsfasen med hensyn til f.eks. timing og opfyldelse af individuelle behov.
- Løbende uddannelse: vigtigheden af at holde sig ajour med den nyeste viden om sundhed og mental trivsel
- Udvikling af passende materiale til brug i hjemmet til sundhedsundervisning eller andet arbejde med familierne efter behov

### Kompetencer for MTB-familiebehandlere

De MTB-medarbejdere, som beskæftiger sig med mental trivsel, skal vurdere deres aktuelle viden og derefter identificere emner, som de har brug for at sætte sig mere ind i.

### Generelle færdigheder og kompetencer

*Evne til at:*

- Arbejde lokalt med sundhedspleje
- Forstå grundlæggende principper for arbejde i hjemmet (i forhold til på klinik)
- Arbejde i et tværfagligt team
- Have flere perspektiver (mor, barn, kliniker, tjenesteydere osv.)
- Håndtere en tværfaglig dyadisk teamdynamik (udnytte styrker, undgå faldgruber)
- Udvikle samarbejdsrelationer med sundheds- og plejecentre og -systemer

*Stor viden om:*

- Spædbarnets mentale trivsel
- Spædbørns, børns og unges udvikling
- Sikkerhed i forbindelse med hjemmebesøg
- Skærpet underretningspligt i forbindelse med det terapeutiske forhold
- Ressourcer: bolig, ernæring, forsikring, børnepasning, familieprogrammer

- Relevant lovgivning på børneområdet og muligheder for retshjælp til familier
- Psykoterapi mellem spædbarn og forælder samt barn og forælder
- At arbejde ud fra styrker og fremme troen på egen kunnen
- Psykoterapeutiske og adfærdsmæssige teorier om forandring
- Kulturel kompetence og følsomhed: respekter de kulturelle faktorer, der påvirker familiens overbevisninger om børneopdragelse
- Traumer og deres virkninger på spædbørn og småbørn
- Traumevurdering

*Anbefalede ressourcer:*

- *For Our Babies* af Ronald Lally
- *Don't Hit my Mommy!* af Alicia Lieberman, Chandra Ghosh-Ippen og Patricia Van Horn
- *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment* af Alicia Lieberman og Patricia Van Horn (2008)

### **Morens sundhed, mentale trivsel og sikkerhed**

*Generel viden om:*

- Voksnes mentale trivsel (afdækning af psykiske kriser, screening for stofmisbrug)
- De fysiske og psykologiske ændringer i forbindelse med graviditet, fødsel og at blive mor
- Støtte til mødre gennem denne overgang
- Afdækning af fødselsdepression
- Afdækning af vold i hjemmet, kendskab til støttetilbud
- Mentaliseringsbaseret dynamisk psykoterapi
- Parterapi
- Mindfulness og meditation til egenomsorg og klientindsats
- Kognitiv-adfærdsbaserede tilgange

*Anbefalede ressourcer:*

- *Promoting Maternal Mental Health*, NCAST, Katherine Barnard, webside: [www.ncast.org](http://www.ncast.org)
- *Down Came the Rain* af Brooke Shields

### **Børns/småbørns sundhed, mentale trivsel og udvikling**

*Kendskab til:*

- Tilknytningsstile og -indikatorer
- Refleksiv funktion
- Nyfødtes oplevelse
- Sundhedsindikatorer for spædbørn og småbørn (hvornår skal der henvises til sundhedsplejerske)
- Amning
- Udviklingen af fosterets og spædbarnets hjerne
- Udviklingsvejledning og overvågning på tværs af alle fagområder
- Observation af samspillet mellem forælder og barn, samhörighed og aflæsning af tegn
- Brug af video som klinisk indsats
- Styrkelse af forældrenes kompetencer
- Afdækning af forstyrrelser/lidelser i barndommen/i omsorgssystemet
- Brug af legetøj, bøger, medier, aktiviteter til fremme af sikker tilknytning, forældrenes refleksive funktion

- Håndtere forældres traumer, tab og selvbiografiske fortælling, da dette påvirker tilknytningsforholdet og forældrenes refleksive funktion
- Forståelse af legens rolle i udviklingen, og hvordan man bruger leg til at fremme tilknytningen

*Anbefalede ressourcer:*

- State or National Infant Mental Health Association Chapters ([www.waimh.org](http://www.waimh.org))
- Zero to Three ([www.zerotothree.org](http://www.zerotothree.org))
- *What's Going on in There?* af Lise Eliot
- *The Emotional Life of the Toddler* af Alicia Lieberman
- *The Baby Book* af Dr. John Sears og Martha Sears
- *Women's Ways of Knowing* af Mary Field Belenky, Blythe McVicker Clinchy, Nancy Rule Goldberger og Jill Mattuck Tarule
- *Your Baby is Speaking to You* af Kevin Nugent og Abelardo Morrell
- *Raising a Secure Child* af Kent Hoffman, Glen Cooper og Bert Powell

**Faglige kvalifikationer**

- Samarbejde med andre
- Opbygning og vedligeholdelse af relationer på flere niveauer (samarbejde med lokale tilbud og systemer, sundhedscenter, sociale myndigheder, socialforvaltningen) i familiesystemet og teamet
- Konfliktløsning
- Støtte/mentor for andre
- Aktiv lytning
- Effektiv verbal og nonverbal kommunikation
- Klar og præcis på skrift (noter, rapporter, korrespondance)
- Analyse af information/situationer
- Problemløsning
- God klinisk dømmekraft
- Planlægning og organisering af opgaver
- Anerkendelse og forståelse af parallelprocesser
- Vide hvornår og hvordan man bruger reflekterende supervision

Anbefalede tidsskrifter: *Infant Mental Health Journal, Clinical Social Work Journal, Traumatology*

**Personlige egenskaber**

- Varme og empati
- Nysgerrighed
- Følsomhed og følelsesmæssig åbenhed
- Selvbevidsthed
- Evne til at reflektere
- Evne til at skabe god kontakt med andre



## Kompetencer for MTB-sundhedsplejersker

MTB-sundhedsplejersker skal have viden om følgende og identificere emner, som de måske skal sætte sig mere ind i. De angivne bøger og websteder er gode steder at starte, og sundhedsplejersken opfordres til at bruge andre kilder, hvis der er behov for det. Der findes en liste over de citerede referencer nedenfor.

### Generelle færdigheder og kompetencer

- Sundhedskompetence
  - Kendskab til relevant materialer i forbindelse med forældreundervisning
  - Viden om anatomi og fysiologi, brug af sundhedssystemer osv.
- Brug af evidensbaseret information, holder sig ajour med nye retningslinjer for almindelige sygdomme og behandlinger
- *Cultural competency and sensitivity* (St. John, Thomas and Norona, 2012)
  - *Infant Mental Health Professional Development: Together in the struggle for Social Justice* (Zero to Three og [www.nccc.georgetown.edu](http://www.nccc.georgetown.edu))
- Familiebaseret behandling
- Sagsbehandling og støtte til familier
- Refleksiv funktion i et hjemmebesøg
- Tværfagligt arbejde/inddeling af arbejdet

### Mors sundhed

- Prænatal sundhed:
  - For tidlig fødsel og andre komplikationer
  - Ernæring
  - Mundpleje
  - Anatomi: kvinders og spædbørns
  - Fosterets udvikling
- Fødsel
- Kønssygdomme
- Prævention
- Efterfødselssundhed
  - Ernæring
  - Vægtproblemer
  - Søvnhygiejne

### Mors mentale trivsel

- Afdækning af fødselsdepression og andre psykiske lidelser og behandlingsmuligheder.
- Tilpasning til rollen som forælder.
- Problemer i forholdet
- Afdækning af vold i hjemmet
- Stressreduktion

### Mors livsforløb

- Tilbage til arbejde/skole

### Forældreomsorg

- Forældrekompetencer
- Grænsesætning
- Rutiner

### **Spædbarnets/det lille barns sundhed**

- Neonatalt udseende (uddelingskopi om den prænatale fase)
- Spædbarnets behov og adfærd
- Sygdomsforebyggelse
- Tegn på sygdom hos spædbørn og små børn: Luftvejsinfektioner, gastroenteritis, feber hos spædbørn og små børn
- Vaccinationer
- Hudpleje/almindelige udslæt
- Amning
- Ernæring, overgang til fast føde og fødevareallergi
- Afføring, toilettræning
- Søvn
- Mundpleje og tandlægebesøg

### **Barnets udvikling**

- Udvikling af spædbarnets hjerne
- Små børns udvikling
- Normal sprogudvikling
- Fin- og grovmotoriske færdigheder, sociale, personlige og kognitive evner, advarselssignaler (når de udviklingsmæssige milepæle ikke opfyldes)
- Forebyggende vejledning
- Leg
- Temperament

### **Spædbarnets mentale trivsel**

- Det dyadiske arbejde mod spædbarnets mentale trivsel
- Tilknytningsteori og tilknytningsstil
- Traumatisk stress: traume, hjerneforandringer og forebyggelse

### **Sikkerhed**

- Brug af autosol
- Sikker søvn
- Bly, andre giftige stoffer
- Forebyggelse af børnemishandling: ruskevold, udviklingsbetinget gråd

### **Kompetencer for MTB-supervisorer**

#### **Generelle færdigheder og kompetencer**

*Evne til at:*

- Udvikle og opretholde evnen til at lytte opmærksomt
- Give positiv før negativ feedback
- Være organiseret, forudsigelig og pålidelig
- Bruge *reframing* i stedet for korrigerende kommentarer om kliniske tilgange

- Konsekvent bruge tolerance, medfølelse og selvrefleksion
- Forholde sig stille, rolig, ikke-fordømmende, klar og nysgerrig
- Være nysgerrig på hvordan følelsesmæssige reaktioner påvirker det igangværende arbejde
- Modstå fristelsen til at dvæle ved små detaljer om en sag med en hjemmebesøgende, medmindre det er nødvendigt af hensyn til sikkerheden eller vigtige kliniske spørgsmål/beslutninger
- Erfaring og uddannelse i reflektiv supervision eller reflektivt arbejde

*Forståelse af:*

- Vigtigheden af drøftelser og samarbejde med andre vejledere og klinikere
- Vigtigheden af at opretholde en sans for humor

### **Supervisionskompetencer (tværfaglig)**

*Evne til at:*

- Etablere og opretholde et godt forhold til andre supervisorer i teamet
- Fremhæve og integrere sundhedsmæssige problemer (graviditet, mor, barn) med forældreomsorg og andre familiemæssige, mentale, sociale eller situationsbestemte problemer (sundhedsproblemer bliver nogle gange overskygget af andet kriseorienteret arbejde)
- Afveje teoretiske principper i forhold til klinikernes daglige praktiske udfordringer
- Finde en balance mellem refleksion, klinisk problemløsning og administrative opgaver
- Understøtte og fremme drøftelser om mental trivsel ud fra sundhedsmæssige og/eller udviklingsmæssige perspektiver

### **Uddannelse og kompetencer for MTB-supervisorer for sundhedsplejersker (fagspecifik)**

- Uddannelseskraft: Sygeplejerskeuddannelse med solid klinisk erfaring
- Øvrige anbefalinger til uddannelse: Kandidatuddannelse i sygepleje, folkesundhed eller andet relevant område
- Erfaring som pædiatrisk sygeplejerske, familiesundhed eller på jordemoderområdet
- To til fire års erfaring med klinisk supervision, klinisk ledelse eller undervisning
- Evne til at opretholde balancen mellem refleksiv forældrehjælp og sundhedsrelaterede problemer for mor, far, barn og andre involverede familiemedlemmer
- Evne til at holde sig ajour med viden om børns udvikling, arbejde med unge forældre, overgangen til forældreskab, spædbørns og små børns udvikling og hjernens udvikling
- Evne til at holde sig opdateret om grundlæggende sundhedspleje:
  - Prænatal pleje, prævention, seksuelt overførte sygdomme og nuværende praksis
  - Primær pædiatrisk pleje (neonatal, spædbørn, små børn), primær pleje for unge og kvindesundhed
- Viden om og symptomer på børnemishandling, klinisk afdækning/beslutningstagning, og juridiske spørgsmål/aktuelle rapporteringskrav.

### **Uddannelse og kompetencer for MTB-supervisorer for familiebehandlere (fagspecifik)**

- Uddannelseskraft: Professionsbachelor evt. suppleret med master (socialrådgiver, socialarbejder) eller kandidat/master i psykologi. Relevant efteruddannelse i og klinisk erfaring med familiebehandling.
- To til fire års erfaring med klinisk supervision
- Baggrund inden for dynamisk teori og praksis, psykoterapi mellem spædbørn og forældre eller børn og forældre, forældre og den tidlige barndom, traumer, tilknytning, refleksiv funktion
- Evne til at hjælpe klinikere med at udarbejde dynamiske formuleringer og relatere disse til praksis
- Infant Mental Health Endorsement® (eller tilsvarende) foretrækkes

- Viden om tegn og symptomer på børnemishandling, klinisk afdækning/beslutningstagning, og juridiske spørgsmål/aktuelle rapporteringskrav
- Evne til at balancere dynamiske tilgange med støttende tilgange, kriseindsats og sagsarbejde
- Evne til at registrere klinikeres bekymringer, frygt og stærke følelser og være i stand til at bearbejde og udforske sammenhængen mellem disse følelser og arbejdet (integration)

## BILAG IV: Ordliste

### Ordliste over kliniske termer inden for pleje og mental trivsel

**Forebyggende vejledning:** Bruges af pædiatrisk sundhedspersonale til at håndtere forudsigelig adfærd hos børn og give udviklingsmæssigt passende rådgivning til familier.

**Samhørighed:** At være i harmoni, som ses ved gensidig glæde eller henrykkelse mellem forælder og barn, og hvor barnets behov foregribes og opfyldes.

**Klinisk formulering:** Ved afslutningen af en evalueringsperiode inddrager klinikerens det, hun har lært om moren (og eventuelt spædbarnet og familien), og formulerer en forståelse af den kliniske situation. Hendes formuleringer er baseret på teorier, der hjælper med at tegne det kliniske billede. Disse formuleringer danner udgangspunkt for planlægning af behandlingen baseret på bedste praksis eller evidensbaserede retningslinjer og udarbejdelse af den indledende plejeplan for en patient eller familie. Formuleringen og behandlingsplanen kan tilpasses efter behov, hvis nye oplysninger fører til en ny forståelse eller behandlingstilgang.

**Rummelighed:** Dette er et begreb fra objektrelationsteorien. Det henviser oprindeligt til forældrens evne til at regulere følelser, som barnet finder overvældende eller utålelige. På denne måde lærer barnet om sin indre oplevelse på en sikker måde og kan derefter begynde at regulere sig selv. Dette begreb kan også henviser til de måder, hvorpå klinikerens regulerer eller *rummer* forældrens intense følelser. Rummelighed (også kaldet "holding") sker inden for rammerne af et trygt, omsorgsfuldt og konsekvent forhold.

**Modoverføring:** Dette betyder, at klinikerens "overfører" følelser, som handler om klinikerens egne problemer og udløser, til en forælder eller ind i forholdet mellem klinikerens og forælderen. På den måde kan en kliniker blive fordømmende og kritisk over for en forælder, som hun opfatter som opgivende, fordi moren fremkalder stærke følelser omkring klinikerens egne oplevelser med at blive forladt i barndommen.

**Forsvar:** Dette henviser til en tanke- eller adfærdsmåde, som skal afværge utålelige eller uacceptable følelser (hvilket normalt sker ubevidst). Dette giver sig ofte udtryk i, at forældrenes adfærd, herunder f.eks. ved hjemmebesøg, hvor mødre bliver forargede, skifter emne, sms'er eller spiller på deres telefon og/eller aldrig er til at aftale en tid med. Andre forsvarsmekanismer kan være splitting (hvor den ene hjemmebesøgende f.eks. betragtes som "ond", mens den anden er "god"), benægtelse af vrede eller andre intense følelser eller at skyde skylden på andre.

**Udviklingsmæssig/følelsesmæssig alder:** Henviser til, at en forælders kronologiske alder måske ikke afspejler dennes udviklingsniveau eller evner til følelsesmæssig selvregulering. En forælders udviklingsmæssige eller følelsesmæssige alder kan være lavere end den kronologiske alder på grund af kognitiv svækkelse, manglende eksponering for udviklingsmæssigt passende oplevelser og ansvar, traume, enhver kombination heraf eller alle de ovennævnte.

**Udviklingsmæssig vejledning:** At hjælpe en forælder med at forstå barnets behov fra et udviklingsmæssigt perspektiv under hensyntagen til den fysiske, sociale, kommunikative, kognitive og sociale vækst.

**Dyade:** En enhed, der består af to elementer eller dele (f.eks. et par, forælder og barn).

**Dyadisk arbejde:** Klinisk indsats, der fokuserer på relationen mellem to personer.

**Relationsøkologi:** Afdækning af relationer på flere niveauer, dvs. mor og baby, mor og kliniker, kliniker og klinisk partner, kliniker og supervisor osv. Dette gøres i supervisionen og kan også

gøres med familierne ved udarbejdelse af genogrammer eller optagelse af den psykosociale historie.

**Foregribelse:** En klinisk tilgang, der bygger på begrebet forebyggende vejledning, hvor klinikeren beskriver normal adfærd hos børn langt forud for barnets nuværende udviklingsmæssige alder for at give forældrene mulighed for at lære om og se fremad mod nye udviklingstrin.

**Sundhedskompetence:** Evnen til at indhente, behandle, forstå og diskutere grundlæggende sundhedsinformation og -tilbud, der gør det muligt for patienten at træffe informerede beslutninger om deres diagnoser, behandlinger, medicin og andre sundhedsrelaterede aspekter.

**"Holding":** Dette henviser ikke til en fysisk handling, men til det at skabe en tryk, afgrænset og konsekvent tilstedeværelse i det terapeutiske forhold, så forældrene føler sig trygge nok til at udforske og udtrykke vanskelige eller utålelige følelser. De vigtigste elementer her er tillid, konsekvens, en ikke-fordømmende tone, accept og følelsesmæssig sikkerhed, f.eks. når en mor føler sig tryk nok til at afsløre en traumatisk personlig hændelse på grund af klinikerens evne til at være ikke-fordømmende, aktivt lyttende og give moren en følelse af tryghed.

**Hyper-arousal:** Dette betyder, at en forælder bliver ophidset og eksalteret. Det sker normalt efter aktivering af det sympatiske nervesystem med følgende tegn: irritabilitet, aggression, dårlig selvregulering, usammenhængende talestrøm, hyperaktivitet og manglende fokus m.m. Hyper-arousal er et almindeligt symptom på PTSD og komplekse traumer. Både klinikere og familier kan opleve det.

**Hypo-arousal:** Dette betyder, at man er sløv eller uengageret, og det er en almindelig tilstand hos ofre for voldelige eller seksuelle traumer, der kan omfatte motorisk svaghed, opmærksomhedssvigt, dissociation og/eller nedsat evne til både følelsesmæssig og kognitiv bearbejdning. Forældre kan virke ufokuserede, distraherede, sløve eller uinteresserede, når de faktisk er i en tilstand af hypo-arousal efter en udløsende begivenhed.

**"Joining":** At sætte sig ind i forælderen eller barnets oplevelse eller at finde et fælles grundlag for at skabe forbindelse til klienten for at opbygge en terapeutisk alliance, samtidig med at man bevarer sin neutralitet og sine faglige grænser.

**Parallelproces:** Dette beskriver sammenknyttede netværk af relationer mellem supervisorer, superviserede, familier og børn (Heffron og Murch, 2010) og henviser til situationer, hvor dynamikken mellem klinikeren og forælderen kopierer en dynamik fra terapeutens eller forælderen eget liv. Det gælder f.eks. en kliniker, der detailstyres af sin supervisor og stopper med at stole på sine egne kliniske instinkter, og derfor måske indtager en autoritativ holdning over for en forælder og ikke giver forælderen mulighed for at stole på sin intuition i forhold til barnet.

**Indgangsvinkel:** ("Port of Entry") Et begreb opfundet af psykolog Daniel Stern, som henviser til et punkt i en indsats, hvor forælderen pga. den følelsesmæssige valens er åben over for forandring eller deltagelse. For eksempel kan en babys gråd være en indgangsvinkel, hvor arbejdet kan begynde, fordi det er et kritisk tidspunkt for moren, hvor hun er åben over for forslag og kontakt.

**Psykodynamisk perspektiv:** Dette er et perspektiv, der først antager, at en persons tidligere oplevelser, især i de centrale tilknytningsrelationer, udøver en enorm indflydelse på deres opfattelse af sig selv, deres relationer, andre og verden. Derfor omfatter forståelsen af familier nuværende situation således ofte, at man forstår deres tidlige barndomsoplevelser, hvoraf mange er blevet glemt eller skubbet væk.

**Gensidighed:** At "give og tage" i et forhold, hvilket også kan ses som en "serv og returnering", hvor spædbarnet lærer at indlede og reagere på interaktioner med omsorgspersonen. Kræver, at omsorgspersonen reagerer, når barnet ønsker kontakt.

**"Reframing":** At skabe et andet og mere positivt billede af hændelser, ideer, begreber og følelser. Det kan f.eks. være at reframe en situation, hvor en mor er sur på sit barn, fordi det har revet i hende, ved at sige: "Måske hun bare syntes, at dine skinnende øringer var interessante og ville røre ved dem, og at hun ikke bare rev i dine øringer for at gøre dig ondt med vilje".

**Udbedring:** Håndtering og løsning af forstyrrelser i det terapeutiske forhold. Hvis en kliniker f.eks. uforvarende kommer til at fornærme en mor, vil hun bringe dette op ved et efterfølgende besøg og forsøge at reparere bruddet ved at forklare, hvad der skete, og validere morens oplevelse.

**Brud:** En forstyrrelse i det terapeutiske forhold, der har potentiale til at påvirke forælders evne til at stole på klinikerens. Disse er ikke ualmindelige, men bør behandles og repareres så hurtigt som muligt.

**Troen på egen kunnen:** Begreb opfundet af psykolog Albert Bandura, som betyder tro på ens egen evne til at klare bestemte situationer eller en bestemt opgave. Morens tro på sin egen kunnen er således hendes følelse af kompetence som forælder og hendes evne til at opfylde målene for sit livsforløb uddannelsesmæssigt, følelsesmæssigt, økonomisk osv.

**"Splitting":** en almindelig forsvarsmekanisme, som ses i familier, hvor man mangler evnen til at rumme komplekse idéer og følelser. Man ser på alt i sort/hvidt. Det er problematisk, når familier forsøger at tilpasse sig til én kliniker i forhold til en anden, eller hvis klinikere konkurrerer om familiens gunst.

**Terapeutisk alliance:** (Kaldes også "støttealliance" eller "arbejdsalliance") Et forhold mellem en sundhedsfaglig person og en patient eller klient, hvor der kræves engagement og tillid for at arbejde hen imod en gavnlig forandring for patienten eller klienten.

**Overføring:** Dette henviser til, at forælderen mærker følelser i relationen til klinikerens, der faktisk "tilhører" en anden relation. Derfor kan en mor, som ikke føler, at nogen kan holde af hende, fordi hun gang på gang blev afvist af sin mor som barn, opfatte klinikerens som afvisende og kold.

**Brug af selvet:** Klinikerens brug af sin egen faglige uddannelse, orientering og identitet med sine personlige overbevisninger og sit værdisystem og evne til at genkende, hvordan de påvirker relationer med familierne og arbejdet generelt.

## REFERENCER

- Allen, J. (2012). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London, England: Karnac.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bandura, A. (2000). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 36-51.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Brazelton, T.B. & Nugent, J. K. (2011). *Neonatal behavioral assessment scale*, 4<sup>th</sup> edition. London: Mac Keith Press.
- Brazelton, T.B. & Sparrow, J.D. (2006). *Touchpoints: Birth to three*. Cambridge, Massachusetts: Da Capo Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994) Ecological models of human development. In M. Gauvain & M. Cole (Eds.). *Readings on the development of children (2<sup>nd</sup> Ed.)*, pp 37-43. New York: Freeman.
- Bronfenbrenner, U. & Evans, G. (2000). Developmental science in the 21<sup>st</sup> Century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development, 9*, 1, 115-125.
- Carlson, E., & Sroufe, L.A. (1995) Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*. New York: Wiley.
- Cassidy, J., & Shaver, P.R. (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 3rd ed. New York: Guilford Press.
- Chaffin M, Bard D. Impact of intervention surveillance bias on analyses of child welfare report outcomes. *Child Maltreat. 2006*;11(4):301-312.
- Close, N. (2001). *Listening to children: Talking with children about difficult issues*. Boston: Allyn & Bacon.
- Coley, R. L. (2001). (In) visible men: emerging research on low- income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist, 56*(9), 743
- Courtois, C. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 412-425.
- Courtois, C. & Ford, J. (2015). *Treatment of Complex Trauma: A Sequenced, Relationship-based Approach*. New York: Guilford Press.
- Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Kranenburg, M., van IJzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology, 22*, 87-108.
- Davies, D. (2010). *Child development (3<sup>rd</sup> Ed.)*. New York: Guilford.
- Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L., McGregor, J., Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2006). Short-term Mentalization and Relational Therapy (SMART): An integrative family therapy for children and adolescents. In Allen, J. & Fonagy, P., (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatments*, pp.201-222. New York: Wiley.
- Feldman, R. (2015b). The adaptive human parental brain: Implications for children's social development. *Trends in Neuroscience, 38*, 387-399.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, B., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationships of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245-258.
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233-278). New York: Analytic Press.



- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fraiberg, S. (1980) *Clinical studies in infant mental health*. New York, NY: Basic Books.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 387-421.
- Garner, A. (2013). Home visiting and the biology of toxic stress. *Pediatrics* 132S: S65-S73.
- Green, M. & Palfrey, J. (2008). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infant, children & adolescents: Third Edition*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal & Child Health.
- Hagan, J. F., Shaw, J.S., & Duncan, P.M. Bright Futures: *Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* (pocket guide). 4th edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017
- Holmes, J.A. & Slade, A. (2018). Attachment in Therapeutic Practice. London: Sage Publications.
- Kabat-Zinn, J. (2011) *Mindfulness for beginners: Reclaiming the present moment – and your life*. Colorado: Sounds True, Inc.
- Karen, R. (1998). *Becoming attached: First relationships and how they shape our capacity to love*. New York: Oxford University Press.
- Klerman, L. (2004). *Another chance: Preventing additional births in teenage mothers*. Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teenage Pregnancy.
- Lieberman, A. F., Padron, E., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 504-520.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: The Guilford Press.
- Lieberman AF, Van Horn P, Ghosh-Ippen C. (2005). Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(12):1241-8.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, L., & Parsons, L. (1999). Maternal frightened, frightening and atypical behavior and disorganized infant attachment strategies. In J. Vondra & D. Barnett (Eds.) *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monogr Soc Res Child 1999*, 64(3, Serial No.258), 67–96.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 3rd ed. (pp. 667–696). New York: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother–infant communication and infant disorganization. *Development and psychopathology*, 17(1), 1-23.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents’ unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, (pp. 161-182). Chicago: The University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, (pp. 121-160). Chicago: The University of Chicago Press.
- McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149.

- Narayan, A.J., Rivera, L., Bernstein, R. E., Harris, W. W. & Lieberman, A.F. (2017). Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the Benevolent Childhood Experiences (BCEs) Scale. *Child Abuse & Neglect*, 78, 19-30.
- Nugent, K. & Morell, A. (2011). *Your baby is speaking to you*. Boston: Houghton, Mifflin, Harcourt.
- Olds, D., Kitzman, H., Cole, R. & Robinson, J. (1997). Theoretical foundations of a program of home visitation for pregnant women and parents of young children. *Journal of Community Psychology*, 25, 1, 9-25.
- Olds, D., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 355–391.
- Ordway, M., Sadler, L. S., Holland, M., Slade, A., Close, N., Mayes, L. (2018). A home visiting parenting program and child obesity: A randomized trial. *Pediatrics*, 141(2); e20171076.
- Ordway, M., Sadler, L., Slade, Close, N., Dixon, J., & Mayes, L (2013). Lasting effects of an interdisciplinary home visiting program on child behavior: Preliminary follow-up results of a randomized trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(1), 3-13.
- Ordway, M., Webb, D., Sadler, L. S., & Slade, A. (2015). Parental reflective functioning: An approach to enhancing parent-child relationships in pediatric primary care. *Journal of Pediatric Health Care*, 29, 325-334. doi: doi:10.1016/j.pedhc.2014.12.002
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*. (pp. 3–97). New York: Plenum Press.
- Rand, N., Greenwood, A., March of Dimes Foundation, What to Expect Foundation (2002). *Baby basics: Your month by month guide to a healthy pregnancy*. New York, NY: What to Expect Foundation.
- Saakvitne, K. W., Gamble, S., Pearlman, L. A., & Lev, B. T. (2000). *Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*. Baltimore, MD, US: The Sidran Press.
- Sadler, L.S., Slade, A., Close, N., Webb, D.L., Simpson, T., Fennie, K., & Mayes, L.C. (2013). Minding the Baby: Improving early health and relationship outcomes in vulnerable young families in an interdisciplinary reflective parenting home visiting program. *Infant Mental Health Journal*, 34(5), 391-405.
- Sadler, L.S., Slade, A., & Mayes, L.C. (2006). Minding the Baby: A mentalization based parenting program. In J.G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment*, pp. 271-288. Chichester, UK: Wiley.
- Shonkoff, J. P., et al. (2012). "The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress." *Pediatrics* 129(1): e232-e246.
- Simkin, P. (1992) Overcoming the legacy of childhood sexual abuse: The role of caregivers and childbirth educators. *Birth*, 19, 224-225.
- Simkin, P. & Klaus, P. (2004). *When survivors give birth: Understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women*. Seattle, WA: Classic Day Publishing.
- Slade, A. (2002). Keeping the baby in mind: A critical factor in perinatal mental health. In special issue on perinatal mental health, A. Slade, L. Mayes, & N. Epperson, (Eds.) *Zero to Three*, June/July 2002, 10-16.
- Slade, A. (1994). Making meaning and making believe. In *children at play: Clinical and developmental approaches to meaning and representation*. A. Slade & D. Wolf, (Eds.) New York: Oxford University Press, 81-107.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7, 269-281.
- Slade, A. (2006). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 640-657.
- Slade, A., Aber, J.L., Berger, B., Bresgi, I., & Kaplan, M. (2003). *The Parent Development Interview – Revised*. Unpublished manuscript, Yale Child Study Center.
- Slade, A., Grunebaum, L., Huganir, L., & Reeves, M. (2004: FHCHC version) *The Pregnancy Interview*. Unpublished protocol, Yale Child Study Center.

- Slade, A. & Holmes, J.,(Eds.), (2013). *Attachment theory, volumes I-VI*. London: Sage Publications.
- Slade, A., & Sadler, L.S. (in press, 2018). Pregnancy and infant mental health. In C.H. Zeanah, Ed., *Handbook of Infant Mental Health, 4th edition*. New York: Guilford Press.
- Slade, A., Sadler, L., Close, N., Fitzpatrick, S., Simpson, T., & Webb, D. (2017). *Minding The Baby®: The impact of threat on the mother-baby and mother-clinician relationship*. In S. Gojman de Millan, C. Herreman, & L. A. Sroufe, *Attachment across cultural and clinical contexts*, pp. 182-205. London: Routledge.
- Slade, A., Sadler, L.S., deDios-Kenn, C., Webb, D., Ezepchick, J., & Mayes, L. (2005a). Minding the Baby: A reflective parenting program. *Psychoanalytic Study of the Child, 60*. 74-100.
- Slade, A., Sadler, L.S., Mayes, L. (2005b). Minding the Baby: Enhancing reflective functioning in a nursing/mental health home visiting program. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & E. M. Cummings, (Eds.) *Enhancing early attachments*, pp.152-177. New York: Guilford Publications.
- Slade, A., Simpson, T. E., Webb, D., Albertson, J., Close, N., & Sadler, L. (2017). *Minding the Baby®: Developmental trauma and home visiting*. In H. Steele and M. Steele, Eds., *Handbook of Attachment-Based Interventions*, pp. 151-173. New York: Guilford Press.
- Squires, J. & Bricker, D. (2009). *Ages & Stages Questionnaires. Third Edition (ASQ-3)*. Baltimore, MD: Brookes Publishing.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person*. New York: Guilford Press.
- St. John, M., Thomas, K., and Norona, C. (2012). *Infant Mental Health Professional Development: Together in the struggle for Social Justice. Zero to Three*. November, 12-21
- Strathearn, L., Fonagy, P., Amico, J., & Montague, P. R. (2009). Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology, 34*(13), 2655.
- Terry, M. (2018) *Linking Hostile/Helpless Maternal Representations in Pregnancy and Later Child Protection Involvement: A Pilot Study*. Unpublished dissertation, City University of New York.
- Toepfer, P., Heim, C., Entringer, S., Binder, E., Wadhwa, P., & Buss, C. (2017). Oxytocin pathways and the intergenerational transmission of maternal early life stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 73*, 293-308.
- Tudge, J, Mokra, I., Hatfield, B. & Karnik, R. (2009). Uses and misuses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. *Journal of Family Theory and Review, 1*, 198-210.
- van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score*. New York: Penguin Books.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: Strengths forged through adversity. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes (3rd Ed.)*, pp399-423. New York: The Guilford Press.
- Weatherston, D. & Barron, C. (2009). What does a reflective supervisory relationship look like? In S. Heller & L. Gilkerson (Eds.), *A practical guide to reflective supervision*. Washington, D.C.: Zero to Three Press.
- Webb, D., Simpson, T., & Fitzpatrick, S. (2010). *Minding the baby® Clinician's Quick Reference Guide*. New Haven: Yale University School of Nursing.
- Zuckerman, B., & Parker, S. (1997) Teachable moments: Assessment as intervention. *Contemporary Pediatrics, 14*, 27-33.