

**Fysisk och psykisk omsorgssvikt under barnets första
levnadsår: Att arbeta systematiskt med späda och små
barns psykiska hälsa – upptäcka, beskriva och hjälpa**

**Kapitel 2 i antologin Barn är anhöriga – vågar vi
lyssna på dem?**

Nka Barn som anhöriga 2025:2 - särtryck



© 2025 Catarina Furmark och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

REDAKTÖRER Rosita Brolin, Ritva Gough, Lennart Magnusson,

Elizabeth Hanson

Ta del av hela antologin på www.anhoriga.se/publicerat/publikationer-barn-som-anhoriga/

Kapitel 2

Fysisk och psykisk omsorgssvikt under barnets första levnadsår: Att arbeta systematiskt med späda och små barns psykiska hälsa – upptäcka, beskriva och hjälpa

Catarina Furmark

Catarina Furmark är doktorand vid Karolinska institutet. Hennes forskningsfokus är samspel mellan barn och förälder, föräldrarepresentationer och upplevelser vid föräldrablivandet. Hon är legitimerad psykolog och verksam vid Barn- och ungdomspsykiatri i Luleå, region Norrbotten. Hon handleder och undervisar bland annat i utvecklingspsykologi, anknytningsteori och diagnossystemet DC:0–5. Hon är seniorrådgivare och medlem i Zero to Three Expert Faculty Committee och leder tillsammans med den norska psykologen Nina Sanner det nordiska nätverket för DC:0–5. Furmark är utbildad och certifierad i systematiska behandlings- och bedömningsmetoder för observation och tolkning av spädbarns reaktioner i olika situationer samt intervention. Hon verkar för att implementera och sprida evidensbaserade metoder för att upptäcka och behandla psykisk ohälsa hos de allra yngsta.

Sammanfattning

Späda och små barn är beroende av sina omsorgspersoner. Ett litet barn som är anhörig till en förälder med allvarlig psykisk sjukdom eller där relationerna mellan de vuxna präglas av konflikter eller interpersonellt våld, är särskilt utlämnat. Spädbarn kan redan vid några få månaders ålder uppvisa posttraumatiska stressymptom efter våldshändelser. Om föräldern själv har posttraumatiska stressymptom kan det ytterligare påverka barnet. Barnet uppvisar fler och allvarligare symptom och löper högre risk att också utsättas för trauma, när omsorgspersonen blivit utsatt för våld. Det är viktigt att poängtera att inte alla barn som växer upp med en förälder med egen våldsutsatthet eller psykisk sjukdom utvecklar egen psykisk ohälsa. Samtidigt har forskning visat att det finns samband mellan psykisk sjukdom eller egen våldsutsatthet hos föräldern och psykisk ohälsa hos barnet.

Spädbarn utsätts för traumatiska händelser i högre grad än äldre barn, nära hälften av alla barn som utsätts för trauma är under sex år. Internationella studier visar att 23 procent av barn mellan sex och 36 månader har exponerats för våld mellan vuxna.

En svensk studie rapporterade att var femte skolbarn i Sverige utsatts för fysiska övergrepp av en närstående vuxen. Data för yngre barn saknas till stor del.

Små barn kan lida av psykisk ohälsa och de har kapacitet att visa det på en rad olika sätt. Ett alltför vanligt antagande är att barnet är för litet för att komma ihåg händelser, eller för att visa symptom, men små barn har sin egen unika, icke-verbala förmåga att kommunicera vad de varit med om. De har dock en begränsad röst att göra sig hörda. Det kommer an på oss professionella att uppmärksamma barnets situation och vara barnets röst. Vi kan se spädbarnets behov och värna dess rättigheter. Barn har rätt att få omsorg, vara älskade, trygga och skyddade från våld och övergrepp. För att belysa spädbarnets rättigheter kan dokumentet "Declaration of Infant Rights", utgivet av WAIMH, användas. För fallet som presenteras i det här kapitlet är det särskilt resolution nummer fem; "Spädbarnet har rätt att skyddas från omsorgssvikt, fysiska, sexuella och emotionella övergrepp." och resolution sex: "Spädbarnet har rätt till professionell hjälp när barnet varit exponerat för traumatiska händelser" som är relevanta.

En gedigen kartläggning bör alltid ligga till grund för det professionella arbetet med spädbarn som uppvisar symptom på trauma. Ett arbetssätt som kan användas för att systematiskt kartlägga barns svårigheter är DC:0–5; Diagnostisk klassificering av psykisk hälsa och utvecklingsavvikelser under spädbarnsålder och tidig barndom. I kapitlet presenteras och diskuteras ett fall som fokuserar på diagnostiska aspekter och insatser som kan krävas för att ge effektiv behandling till ett litet barn som exponerats för våld i olika former. Genom fallbeskrivningen kopplas olika perspektiv samman.

Summary

Physical and Emotional Abuse During the First Year of Life: Systematic Infant Mental Health Work with Early Adversity - Identification, Assessment and Intervention

Infants are highly dependent on their caregivers. Young children living with a parent suffering from serious mental illness, or where there is partner violence, are particularly vulnerable. Infants can show signs of posttraumatic stress as early as three months of age. In the event of the parent also exhibiting symptoms of posttraumatic stress, parental capacity can be compromised. The infant is more likely to show more severe symptoms of trauma and run higher risk of being abused if the primary caregiver is suffering from PTS. It is important to note that poor mental health does not necessarily equal poor parenting. However, several studies have found a link between mental illness, intimate partner violence and long term negative developmental consequences for the child.

Infants are exposed to traumatic events more often than older children—nearly half of all children affected by trauma are under the age of six. International studies show

that 23 percent of children aged 6 to 36 months have witnessed violence between caregivers. A Swedish study found that 19.7 percent of schoolchildren in Sweden had been physically abused by a caregiver. However, there is a lack of data regarding infants and toddlers in Sweden.

A comprehensive assessment should always precede any decision how to best intervene when an infant shows signs of trauma. One systematic way to conduct such an assessment is by using the DC:0-5; Diagnostic classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. As a framework for the infants' rights, the "Declaration of Infant Rights" by the World Association for Infant Mental Health can be used. Particularly pertinent to the case presented in this chapter are resolutions number five; "The Infant has the right to be protected from neglect, physical, sexual and emotional abuse, including trafficking" and six; "The Infant has the right to access professional help whenever exposed directly or indirectly to traumatic events". A common assumption is that infants are too young to remember traumatic events, or to display any symptoms. In fact, infants have their own unique, non-verbal capacity to communicate – however, they are unable to put their experiences into words. As professionals, we are the infants' voice. We can shine a light on the infants' situation, needs and rights. Children have the right to be nurtured, loved, safe and protected from violence and abuse.

In this chapter, a case is presented, focusing on diagnostic issues and actions necessary to provide effective treatment for an infant exposed to trauma and her parent. Different perspectives and diagnostic considerations in the formulation of the case will be considered.

Inledning och teoretisk bakgrund

Spädbarn är helt beroende av relationen till sina omsorgspersoner för att överleva och är därför särskilt sårbara för negativa livshändelser [1, 2]. Några små barn är anhöriga till en förälder med allvarlig, obehandlad psykisk sjukdom. Vissa barn lever med föräldrar som kämpar med stressfaktorer i sitt liv som är så starka att de påverkar föräldrarnas fungerande. En del små barn lever i familjer där intergenerationella trauma påverkar såväl föräldraförmåga som spädbarnets mående och utveckling. Mer information om denna typ av multiproblematik finns i kapitlet *Trygghetens skörhet: Utvecklingspsykologiska och människorättsliga perspektiv på situationen för barn i flyktingfamiljer*. Ytterligare några barn omhändertogs för samhällsvård när föräldern inte förmår ta hand om sitt barn och då är det speciellt viktigt att utgå från barnets behov, något som beskrivs i kapitlet *Med föräldrarna på avstånd – utmaningar för barn i familjehem*. Några barn har föräldrar vars relation präglas av konflikter eller interpersonellt våld. De är särskilt utlämnade och löper risk för att själva utsättas för våld med påföljande negativa utvecklingsspår [2, 3].

Spädbarn kan redan vid tre månaders ålder uppvisa posttraumatiska stressymptom efter våldshändelser och exponering för trauma [4]. Barnet kan både ha varit direkt utsatt för en traumatisk händelse, men även indirekt, då föräldraförmågan hos en förälder som utsätts för våld kan påverkas negativt. Att bli utsatt för interpersonellt våld är en betydande riskfaktor för att föräldern ska tappa i föräldraförmåga, och att föräldra-barn relationen inte utvecklas optimalt. Det finns en koppling mellan att som förälder ha blivit utsatt för fysiskt och psykiskt våld, och föräldrabeteenden som är negativa; såsom hårdhänthet, negativa kommentarer till barnet och tvingande beteenden [5]. Barnet riskerar också att bli psykiskt och emotionellt övergivet. Studier visar att när föräldern själv uppvisar posttraumatiska stressymptom efter våld, så rapporteras barnet också ha fler och allvarigare symptom på trauma [4]. Barnet löper också högre risk att själv utsättas för våld [6]. Barnets utvecklingsnivå och föräldrarnas förmåga att ta hand om barnet är förstås avgörande faktorer vid bedömning av posttraumatiska stressymptom hos spädbarn [4]. Det är viktigt att poängtera att inte alla barn som lever i våldsutsatthet utvecklar psykisk ohälsa. Men studier visar att det finns ett samband mellan föräldrarnas utsatthet för våld och psykisk ohälsa hos barnet [5].

Spädbarn utsätts också för traumatiska händelser i högre grad än äldre barn [4]. En internationell studie har visat att nära hälften av alla barn som utsätts för negativa livshändelser är under sex år [7, 8] och när det förekom våld mellan barnets omsorgspersoner hade närmare 23 procent av barn mellan sex och 36 månader utsatts för minst en våldshändelse, inklusive exponering för partnervåld [8]. I Sverige finns få studier av förekomsten av våld och övergrepp mot små barn [9]. En svensk studie med data från skolbarn [10] rapporterade att 19,7 procent av barnen i Sverige utsatts för fysiska övergrepp av en närstående vuxen – men data för yngre barn saknas. Här finns en stor kunskapslucka [9, 11], och barn som bevittnat våld har länge varit osynliga [3].

Spädbarnet har rätt att få omsorg, vara älskat, tryggt och skyddat från våld och övergrepp. När det gäller de allra yngsta barnens rättigheter, så kan vi utgå ifrån dokumentet "Declaration of Infant Rights", utgivet av WAIMH för spädbarns psykiska hälsa [1]. För fallbeskrivningen som presenteras i kapitlet är särskilt nummer fem och sex relevanta; "The Infant has the right to be protected from neglect, physical, sexual and emotional abuse, including infant-trafficking" och "The Infant has the right to have access to professional help whenever exposed directly or indirectly to traumatic events". Trots kunskap om vilka insatser som fungerar för små barn så sätts stödet till de yngsta barnen ofta in för sent, och är bristfälligt [9]. Tillgången till behandling för små barn i Sverige är ojämlik och möjligheterna att få lämpligt stöd är ofta bristfälliga [12]. Detta gäller särskilt för familjer i utsatta områden, där många familjer med minoritetsbakgrund finns, något som beskrivs i kapitlet *"Färgad" av en svår barndom – Rasismens konsekvenser för barn i familjer som tillhör minoritetsgrupper*. Ur ett barnrättsperspektiv är bristerna i att

upptäcka och kunna hjälpa psykisk ohälsa hos de allra yngsta barnen oacceptabla [1, 9, 12]

Att bli utsatt för allvarligt negativa livshändelser under det första levnadsåret kan leda till en rad negativa konsekvenser för barnet, från känslomässiga- och beteendemässiga svårigheter till kliniska störningar [13]. Det innebär också ökad risk för andra emotionella problem senare i livet [14]. De specifika symptom som barnet uppvisar är avhängigt flera faktorer såsom barnets ålder och utvecklingsnivå, individuella karakteristika hos barnet och omgivningens förmåga att fungera som en skyddande buffert [15, 16]. När ett litet barn lever i rädsla och utsatthet med en förälder som inte effektivt kan skydda barnet, och parallellt inte orkar eller förmår stimulera barnet och stärka barnets utveckling, riskerar de tidiga negativa livshändelserna att hämma barnets övergripande utveckling [16]. Bristande omsorg kan leda till att spädbarnet känner sig otryggt och osäkert. Det kan störa barnets neurobiologiska utveckling och barnets anknytningsmönster och om grundläggande behov som mat, sömn och trygghet samt stimulans i form av utvecklingsstödjande lek inte tillgodoses, riskerar spädbarnet få svårigheter att nå förväntade milstolpar i utvecklingen [16].

Det kommer an på de professionella runtom barnet att uppmärksamma barnets situation och vara barnets röst när det upptäcks att barnets utveckling är på avvägar. Små barn kan lida av psykisk ohälsa, och de har kapacitet att visa det på olika mer eller mindre tydliga sätt, men små barn har en begränsad röst att göra sig hörda. Ett alltför vanligt antagande är att barnet är för litet för att komma ihåg händelser, eller för litet för att visa symptom. Men små barn har sin egen unika, icke-verbala förmåga att kommunicera vad de har varit med om, och vad de känner. Det professionella arbetet bör alltid utgå ifrån en gedigen, bred och systematisk kartläggning av spädbarnets svårigheter som grund för planerad behandling. Ett arbetssätt som används inom primär- och specialistvård är DC:0-5; Diagnostisk klassificering av psykisk hälsa och utvecklingsavvikelser under spädbarnsålder och tidig barndom [17, 18]. I kapitlet presenteras och diskuteras ett fall som fokuserar på diagnostiska frågor med hjälp av ramverket DC:0-5 samt aktuella insatser för effektiv utredning och behandling till ett litet barn som utsatts för fysisk och psykisk omsorgssvikt. Kapitlet inleds med en beskrivning av vilka effekter som kan uppstå när små barn upplever våld. Därefter följer en fallbeskrivning och diskussion.

Effekter av att uppleva våld

Våld i nära relationer får allvarliga och långsiktiga negativa konsekvenser för barnets utveckling och välbefinnande. Att bevittna våld i nära relationer och att uppleva våld mot den egna personen påverkar barnet negativt, både gällande känslomässig utveckling, kognitiv utveckling samt funktioner såsom minne och koncentration [19]. Spädbarn är särskilt sårbara eftersom deras hjärnor och emotionella system fortfarande utvecklas. Därför är konsekvenserna allvarligare för de yngsta barnen. Bara att bevittna verbalt våld mellan omsorgspersonerna kan ha negativa conse-

kvenser för hjärnans utveckling [20, 21]. En studie som undersökt barns reaktioner på olika trauma, fann att trauma bestående av att ha bevittnat interpersonellt våld ledde till särskilt allvarliga symptom, med ökad känslighet, överdriven vaksamhet, samt rädsla [22]. De negativa långtidseffekterna av att uppleva våld tidigt i livet är väldokumenterade, särskilt vad gäller barnets utveckling och ökad risk för psykisk ohälsa senare i livet [23–26]. Nedan listas några av de negativa reaktioner som spädbarn under 12 månader kan uppvisa på kort och lång sikt när de bevittnar eller utsätts för våld och dess konsekvenser:

Fysiska reaktioner: Starkt stressande händelser kan utlösa fysiska reaktioner, inklusive ökad hjärtfrekvens, ökad andning, ökad produktion av stresshormonet kortisol och ökad muskelspänning. Detta är skadligt på kort sikt därför att det hämmar barnets utforskande och naturliga lekbeteende, men det förefaller vara skadligt även för barnets fysiska hälsa och generella utveckling på lång sikt [19, 27]. Ökad utsatthet för stress tidigt i livet kan leda till nedsatt motståndskraft mot stress senare i livet [28].

Psykiska reaktioner: Spädbarn som exponeras för våld i hemmet uppvisar ökad överdriven vaksamhet och oro. De kan reagera med hög, gäll gråt och skrikighet under längre perioder, otröstlighet, otrygghet och rädsla när de hör eller ser våldshandlingar mellan sina vårdgivare eller andra i familjen. Små barn kan också reagera med att dra sig tillbaka från social samvaro, kan ha lätt för att rycka till vid plötsliga stimuli som höga ljud, eller stimuli som påminner om den traumatiska situationen, samt verka frånvarande [2]. Barn som är utsatta för våld löper större risk på gruppnivå att utveckla psykiatrisk problematik som ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) både under barndomen, men även senare i livet [23, 29, 30]. Späda och små barn kan visa generell irritabilitet och aktivt försöka undvika stimuli som påminner dem om den traumatiska händelsen, t.ex. efter smärtsamma medicinska procedurer [31].

Sömn- och ätsvårigheter: Spädbarn som är utsatta för våld kan ha svårigheter att sova och få sömnrubbingar. De kan ha svårt att somna, få mardrömmar eller vakna ofta på natten på grund av rädsla och oro. Våldshändelser och stress kan påverka spädbarnets aptit och matsmältning. De kan bli selektiva i maten, äta mer eller mindre än vanligt och få magbesvär [32].

Kognitiv utveckling och språkutveckling: Tidiga traumatiska erfarenheter, såsom exponering för våld eller försummelse, kan störa spädbarnets hjärnutveckling, särskilt i områden som är centrala för språk och exekutiva funktioner. Långvarig exponering för våld kan påverka spädbarns kognitiva och språkliga utveckling [33, 34], och ge svårigheter med inläring, minne och koncentration [35, 36]. Dysreglering av stresssystemet till följd av tidig traumatisering påverkar delar av hjärnan negativt, bland annat hippocampus och prefrontala cortex, som är avgörande för minne, uppmärksamhet och språkbearbetning [37].

Minne: Spädbarn föds med en relativt väl utvecklad förmåga att registrera och lagra information med sina sinnen, en process som påbörjas redan under fosterstadiet. De kan känna igen sina föräldrars röster och lukten av moderns hud. Detta tidiga sinnesminne hjälper dem att känna igen och känna trygghet i sin närmaste omgivning. De demonstrerar också minnesförmåga från födseln genom att de kan imitera saker de ser, exempelvis ansiktsuttryck, även när det gått flera veckor i tid från exponering till imitering [38]. Studier har visat att när fostret utsätts för stress under fosterstadiet så påverkas bland annat delar av hjärnan som är associerade med minne och hjärnans struktur förändras [36]. Forskning har också visat att spädbarn kan utveckla implicita minnen, det vill säga att de kan reagera på och känna igen mönster och händelser som de är bekanta med [39]. De kan forma episodiska minnen, minnen som är baserade på erfarenheter och upplevelser, på ett liknande sätt som vuxna, redan vid sju månaders ålder [40]. Studier har också visat att spädbarn kan hålla information i arbetsminnet under korta stunder och använda informationen till att exempelvis komma ihåg ett objekts placering [41].

Vad gäller långtidsminne finns studier som pekar på att spädbarn kan ha minnen som påverkar deras beteende under längre tid, minnen av tidigare händelser och även relationella erfarenheter. Tre till fyra månader gamla spädbarn kan bilda långvariga minnen av något de observerar under endast en kort tid [41]. Spädbarn som fick se en viss handling vid tre månaders ålder, kunde både lära sig och komma ihåg handlingarna och sedan imitera dem vid sex månaders ålder – när de blivit motoriskt kompetenta nog att utföra dem [42]. Det är dock viktigt att notera att spädbarnets minnesförmåga har begränsningar och att det fortsätter att utvecklas över tid. Vissa episodiska minnen bibehålls sannolikt inte på grund av det som kallas infantil amnesi (0–2 års ålder).

Känslomässig reglering och anknytning: Spädbarn föds med kapacitet att uttrycka grundläggande känslomässiga affekter och reaktioner, men förmågan att reglera känslor är till en början mycket begränsad. Barnet är beroende av sina omsorgspersoner för affektreglering. Interpersonellt våld påverkar föräldrarnas förmåga att uppfatta, tolka och svara på spädbarnets behov på ett lyhört, konsekvent och förutsägbart sätt. Detta kan på sikt underminera barnets känsla av att det finns trygga vuxna som kan hjälpa och lugna och det kan också äventyra spädbarnets utveckling av ett organiserat anknytningsmönster [43]. Spädbarn är helt beroende av sina omsorgspersoner för att få sina fysiska, emotionella och psykiska behov tillgodosedda. En förutsättning för att skapa en trygg tillvaro för spädbarnet är att omsorgspersonerna svarar snabbt, lyhört och konsekvent på spädbarnets signaler och behov [44]. Spädbarnets sätt att signalera sina behov innefattar att le och vända sig mot omsorgspersonerna och ta ögonkontakt, men det kan också vara att gråta eller skrika om upplevelserna är negativa. Barnets gråt är en biologisk signal för att väcka föräldrarnas omsorg [45]. Gråten är graderad och varierar i styrka och andra akustiska dimensioner för att reflektera barnets grad av stress och obehag. Barnets gråt och föräldrarnas reaktion är synkroniserade – när barnet gråter högre och gällare,

är det en markör för barnets allt större nivå av stress, vilket leder till en starkare reaktion hos föräldern av att vilja trösta – hos en förälder med god föräldraförmåga. I vissa fall kan dock barnets gälla gråt istället väcka irritation och motvilja hos föräldern. Barn som gråter extremt mycket löper högre risk för att utsättas för våld [45].

Summering

Det lilla barnet föds med förmågor som utvecklas snabbt under det första levnadsåret. Barnet får en alltmer koordinerad motorik (till exempel att sitta, krypa, gå), förbättrad förmåga att kommunicera och samspela socialt (exempelvis ögonkontakt, leenden) samt utvecklar en anknytning till omsorgspersonerna. Dessa förmågor är centrala för barnets fortsatta emotionella, kognitiva och fysiska utveckling och formas inom ramen för barnets närmaste relationer. Barnet och dess utveckling är beroende av att relationerna är tillräckligt väl anpassade till barnets behov av skydd, tröst, kärlek och stimulans. Våld i nära relationer och allvarlig psykisk ohälsa påverkar barnets omsorgspersoner och deras förmåga att ta hand om barnet. Omsorgspersonerna har ansvaret för att tillgodose barnets behov och se till att barnet är tryggt och väl omhändertaget. I en familj där interpersonellt våld förekommer riskerar det få betydande och långvariga konsekvenser för spädbarnet.

Presentation av fallet

Emma

Emma var sju månader när hon remitterades till specialistvården. Bakgrunden var att hennes mamma Anna, 28 år, flytt till ett skyddat boende efter en allvarlig incident i hemmet när Emma var fem månader gammal. Anna hade sedan tidigt i graviditeten ingen kontakt med Emmas biologiske far, utan Anna och Emma hade bott tillsammans med Annas nya pojkvän, Kevin. Kevin hade vid flera tillfällen uppträtt hotfullt och utövat våld mot Anna när Emma varit närvarande.

När Anna vistats på boendet en dryg månad, började hon känna sig trygg med personalen på boendet och vågade berätta lite mer om sin oro för Emma. Emma uppvisade flera olika symptom, hon vägrade ofta äta och hon hade gått ned i vikt. Hon grät ofta, och Anna uppgav att hon ofta inte kunde trösta Emma. Anna insåg alltmer vad hon och hennes dotter faktiskt varit med om, och hon funderade hur Emma haft det när Anna kortare stunder varit tvungen att lämna henne ensam med Kevin. Hon började också känna alltmer skam och ångest över att hon inte kunnat skydda sitt barn bättre. Personalen på boendet hade noterat att Emma endast gav flyktig ögonkontakt. Emma log inte utan hade ett allvarligt ansiktsuttryck större delen av tiden. Hon skrek oftast under blöjbyten.

Emma verkade inte heller vilja prova att äta smakportioner, men hade också svårt att ta flaska. Vid de tillfällen Emma skulle äta och matades med flaska sög hon

intensivt några gånger, för att sedan ligga stilla med flaskan i munnen. Anna försökte hjälpa Emma att fortsätta äta, men hon förmådde inte. Ibland började Emma istället skrika, värja sig och kasta huvudet av och an. Anna uttryckte att det var jobbigt och frustrerande att mata Emma, att hon inte visste hur hon skulle göra och vad det kunde bero på. Personalen observerade detsamma. De såg också att Emma blev väldigt upprörd när Anna lämnade rummet, även om det bara var för en kort stund. Emma var extremt tillbakadragen och försiktig inför nya människor i hennes omgivning och verkade rädd. Emma hade svårt att komma till ro och vaknade skrikande flera gånger per natt. Personalen på det skyddade boendet uppfattade symptomen som allvarliga, och Anna som hjälpsökande, och hjälpte därför Anna att boka in ett extra besök till barnhälsovården (BHV).

Vid den extra kontrollen strax efter sex månader noterade sköterskan att Emma var mycket trött, och att hon låg betydligt under sin viktkurva. Emma visade inget intresse för leksakerna vid skötbordet, och hon log inte. Anna i sin tur verkade nedstämd, hon svarade enstavigt och hon log inte heller mot Emma. Emma var ett friskt barn i övrigt, men BHV-sjuksköterskan gjorde ändå på dessa indikationer en bedömning av social förmåga. Vid bedömningen noterades bristande ögonkontakt, inga svarsleenden, undvikande av social kontakt och svårigheter att få barnet att medverka vid samspel. Sköterskan delade Annas oro för Emmas utveckling och efter konsultation med psykolog i primärvården skickades en remiss till specialistpsykiatrins späd- och småbarnsteam.

Kartläggningsprocessen med samlad information och observationer

Vid komplexa bedömningar behövs kartläggning av samtliga områden som påverkar barnets utveckling och även barnets egna konstitutionella förmågor. För att kunna ställa en diagnos för ett barn under ett år krävs en omfattande systematisk bedömning. Här ingår bedömning av barnets kognitiva och kommunikativa förmåga, emotionella och sociala utveckling, biologiska områden såsom sömn/vakenhetscykler, ätmönster och motorisk koordination, samt bedömning av barnets relationella situation.

Det finns inga nationella riktlinjer i Sverige för bedömningsprocessen för späda och små barn, men vissa regioner har tagit fram riktlinjer (standardiserade vårdprocesser, processkartor) särskilt för bedömning av späda och små barns psykiska hälsa inom specialistvården. Späd- och småbarnsspecialister i Sverige följer ofta internationella rekommendationer (Best practice/Gold standard) [46–48]. Avsnittet om kartläggningsprocessen och diagnostiseringen är skrivet i samråd med Vilma Reyes och Alicia F. Lieberman [16].

I Emmas fall fokuserade psykologen sin bedömning särskilt på hur upplevelsen av potentiellt traumatiserande händelser kunde ha påverkat Emmas utveckling. Även faktorer som kan bidra till återhämtning, så kallade friskfaktorer, kartlades. Bedömningsprocessen inkluderade genomgång av medicinsk journal, noggrann

intervju med Anna om Emmas utveckling, kliniska observationer, samverkan med socialtjänsten och intervju med socialsekreterare, samt samspelsbedömning. Bedömningen innefattade både mottagningsbesök och observationer på boendet, samt en rad strukturerade bedömningsmetoder och skattningsformulär, beskrivna nedan.

Bedömningsmetoder

För utvecklingsbedömning användes Ages and Stages Questionnaire: Socio-Emotional (ASQ:SE-2) [49] och för en fördjupning av vissa områden användes Behavioural Assessment of Babys Emotional and Social Style (BABES) [46]. För traumaskattnings för barnet användes Traumatic Events Screening Inventory Parent Report Revised (TESI-PRR) [50]. Eftersom omsorgspersonens mående och fungerande är avgörande för barnets utveckling, gjordes också en bedömning av föräldrarnas traumasymptom med Parent trauma response questionnaire (PTRQ) [51], Life Stressors Checklist-Revised (LSC-R) [52] samt Angels in the Nursery Interview [53]. Det är också viktigt att bedöma föräldrarnas psykiska mående, i det här fallet användes formuläret Patient Health Questionnaire (PHQ-9) [54]. Vid den systematiska samspelsobservationen användes Brief Early Relational Assessment (BERA) [55, 56] och för att kunna fråga Anna om hennes tankar om Emma, sig själv som förälder och om sin relation till Emma användes Working Model of the Child Interview (WMCI) [57]. All information sammanfattades med hjälp av det multiaxiala diagnossystemet DC:0–5, Diagnostisk klassificering av psykisk hälsa och utvecklingsavvikelse under spädbarnsålder och tidig barndom [17, 18]. Diagnossystemet med åldersanpassade kriterier används i hela Norden för att bedöma späda- och små barns psykiska hälsa [58]. DC:0–5 manualen påpekar att diagnosen PTSD ska ges med försiktighet till barn under ett år, eftersom barnet under det första året undergår stora utvecklingsmässiga förändringar och kan uppvisa en rad symptom som ibland kan vara motstridiga – skrikighet kontra socialt tillbakadragande – och ibland otydliga. Eftersom symptomen är så olika, krävs det stor kunnighet och en gedigen kartläggningsprocess för att kunna bedöma om spädbarn under ett år uppfyller diagnoskriterier för PTSD eller inte.

Medicinsk och utvecklingspsykologisk historik

I journalanteckningar framkom att graviditeten varit oplanerad, efter en tillfällig relation. Anna beskrev också under den anamnestiska intervjun graviditeten som ”stressig”, och att hon lidit av extremt graviditetsillamående. I vecka 18 blev hon inlagd på sjukhus i fyra dagar. Hon använde inga mediciner, och efter vecka 20 mådde Anna bättre. Graviditeten förlöpte i övrigt medicinskt normalt. Fyra veckor före planerad nedkomst kom Anna in efter vattenavgång och Emma föddes efter en 11-timmar lång förlossning. Hon hade bra värden, vägde 2,235 gram och var 45 cm lång. Personalen på avdelningen där Emma och Anna vistades under ett par dagar efter den något för tidiga födseln noterade att Anna verkade överväldigad av att ha

fött ett barn, och att hon helst lämnade över omvårdnaden av Emma till personalen. Anna klagade över olika diffusa smärtor och bad om smärtlindrande medicin eller tabletter för att kunna sova. Hon var ensam och verkade lite känslomässigt frånvarande. Hon hade ingen kontakt med den biologiske fadern. Annas nya pojkvän hade varit med under förlossningen, men därefter avvikit. Personalen observerade att Anna verkade ha svårt med närhet och att ta till sig babyn. Personalen hade försökt få Anna att bära Emma hud-mot-hud och hjälpa henne att få igång amningen, men Anna hade svårt med att få till det. Hon beslutade sig att flaskmata, och då började Emma äta lite bättre. Anna och Emma kunde åka hem.

Genomgång av BHV-journal visade vidare att Emma under de första två månaderna utvecklades som förväntat, men att de sedan uteblivit från flera kontroller, så information saknades. När Emma var fyra månader sökte Anna vård för Emmas andningssvårigheter. Vid undersökningen upptäcktes att Emma hade RS-virus och mycket låg syresättning. Personalen uppfattade Anna som något oengagerad, man noterade att flickan gått en längre tid med en allvarlig infektion utan att Anna sökt hjälp, att Anna föreföll nedstämd samt att flickans hygien var eftersatt. En orosanmälan upprättades. Efter att Emma blivit bättre, skrevs de ut från sjukhuset. En ytterligare incident fanns journalförd, då Emma var knappt fem månader. Anna hade då kommit in till akuten med Emma, då hon var orolig över att Emma kunde fått en hjärnskakning efter ett fall. Anna uttryckte också oro över hur Emma hade det när hon själv inte var hemma. Det var inte ofta hon var borta, men vid de få tillfällena hade Kevin passat Emma. För vårdpersonalen berättade Anna också detaljer om egen våldsutsatthet, och hon fick då hjälp med polisanmälan och flytt till skyddat boende. Socialtjänsten var redan inkopplad efter den första orosanmälan.

Kliniska observationer

Anna och Emma kom till det första besöket på BUP med en socialsekreterare. Emma hade just blivit sju månader. Emma halvlåg i sin vagn iklädd rena, passande kläder och var liten och späd för sin ålder. Hon hade ett allvarligt ansiktsuttryck och granskade noga sina omgivningar. Men hon tittade inte på psykologen som tog emot utan vände bort ansiktet och såg istället bort mot ingången där de just kommit in. Emma var tyst och vaksam under hela besöket, och protesterade inte alls över att ligga själv i vagnen, trots att besöket varade i nästan en timme. Anna verkade vilja kolla till Emma hela tiden, och uttryckte oro för Emmas mående. Psykologen noterade att Emma inte tittade på eller vände sig till sin mamma. Anna beskrev att hon kände en tafatthet med Emma, hon visste inte hur hon skulle kunna få henne att äta, och att gråta mindre, och Anna ville gärna ha hjälp. Socialsekreteraren bidrog med upplysningar från utredningen. Dessa upplysningar var till hjälp för förståelsen av Emmas beteende.

Vid det andra besöket noterade psykologen att Emma verkade nöjd och lugn när de kom in i mottagningsrummet. Psykologen föreslog att de skulle försöka leka en stund på golvet, och Anna lyfte upp Emma ur vagnen, men då Anna böjde sig ned för att

lägga ifrån sig henne stelnade hon till. Anna pratade lugnt med Emma, och lade ned henne på filten på golvet men Emma förblev spänd och verkade inte kunna slappna av. När psykologen försökte avleda Emma och väcka hennes intresse med en leksak sträckte hon sig inte efter den; hon ville inte ens följa den med blicken. Hon verkade istället bli skrämmd över situationen och började gråta. Anna tog genast upp Emma och tog fram en nalle de haft med sig. Psykologen kunde se att Anna var mjuk och lugn i sina rörelser. Emma kom till ro till slut, men det tog nästan tio minuter av gäll gråt. Psykologen reflekterade med Anna över att Emma verkade behöva närheten av sin mamma för att kunna lugna ned sig, och att hon inte verkade tycka om hastiga förändringar i position. Anna berättade då att Kevin ofta kastat upp henne i luften och skrattat åt henne när hon protesterat eller blivit rädd. Under resten av besöket höll sig Anna nära Emma på golvet, och Emma låg tyst och stilla på filten med vaksam blick. Hon visade inga naturliga rörelser av utforskande eller lek.

Vid det tredje tillfället kom Anna ensam för att genomföra en föräldraintervju. Vid detta tillfälle hade Anna också med sig en ljudupptagning som hon ville spela upp, av ett gräl mellan henne och Kevin. Man kunde höra Kevin hota Anna, och hur Anna vädjade till Kevin att lämna Emma utanför bråket. Man kunde också höra Emmas gälla, höga, oavbrutna gråt. Det lät som att Anna inte fick komma till Emma, utan att hon var i Kevins famn under grälet. Anna var märkbart upprörd när de lyssnat på ljudinspelningen, och grät lite. Psykologen och Anna pratade tillsammans om hur det påverkat Anna att, tillsammans med sitt lilla barn, leva i den våldsamma relationen med Kevin, om att känna sig maktlös och utan möjlighet att kunna skydda sitt barn. Psykologen fick skjuta upp intervjun till ett annat tillfälle för att kunna fokusera på Annas reaktioner kring händelsen vid ljudupptagningen.

Vid det tredje gemensamma besöket gjorde psykologen flera observationer gällande Emmas motoriska och känslomässiga utveckling. Emma låg igen på golvet och var lite mer bekväm, hon försökte röra sig lite på filten för att komma åt en liten boll, men hennes koordination var skakig och ostadig. Hon hade en spänd muskeltonus och varje gång fläkten i rummet gick igång ryckte Emma till. Vid ett tillfälle när psykologen flyttade sig närmare Emma lite för hastigt och hade en docka i ögonhöjd för att locka Emma till lek började Emma istället häftigt gråta. Anna böjde sig genast fram och lyfte upp henne med lugnande ljud. Hon försökte trösta henne, men det gick inte, Emma kastade sig bakåt i famnen och tryckte sig ifrån Annas grepp. Psykologen kommenterade att plötsliga ljud också verkade skrämma Emma samt att det måste vara svårt för Anna att försöka erbjuda tröst när Emma var så upprörd, men att det ju hade gått bra förra gången de var på mottagningen. Anna verkade ta till sig det psykologen sagt, och i takt med att hon blev lugnare, kunde Emma också komma till ro. Hon somnade till slut utmattad i Annas famn.

Eftersom Emma inte var tillräckligt gammal för en individuell skattning av svåra och potentiellt traumatiserande erfarenheter, gjorde psykologen traumaskattningen TESI som klinisk intervju med Anna. Här framkom att Emma hade bevittnat våld och varit närvarande vid högljudda gräl då pojkvännen Kevin utsatt Anna för våld.

Vid ett tillfälle hade Emma varit i Annas famn när Kevin knuffat henne och de hade bägge ramlat. Traumaskattningen tillsammans med utvecklingsbedömningen ASQ:SE och kliniska observationer visade att Emma var försenad inom flera utvecklingsområden. Emma hade motoriska svårigheter, svag muskeltonus och verkade ointresserad av att utforska i lek eller med nya föremål. Hon hade också långa perioder av undvikande ögonkontakt och social tillbakadragenhet, något som också bekräftades av BHV-sjuksköterskans tidigare bedömning av Emmas sociala förmåga och intresse för socialt samspel. Anna kunde beskriva flera symptom såsom sömnsvårigheter, skrikighet, svårtröstlighet, rädsla vid plötsliga ljud och händelser i omgivningen samt separationsångest. Under bedömningarna berättade Anna även att hon kände djup skuld över att hon inte förmått skydda sitt barn. Hon klandrade sig själv och uttryckte intensiv ångest över Emmas symptom och att hon inte funnits där för henne känslomässigt. Psykologen försökte hjälpa henne att förstå sambanden mellan Emmas beteenden och skrämmande upplevelser med Kevin. Psykologen försökte ge hopp genom att berätta att Emma skulle förbättras i takt med att hon fick uppleva en förutsägbar, lyhörd och trygg omsorg av Anna.

WMCI-intervjun genomfördes med Anna. WMCI har både öppna och mer strukturerade frågor och den är utformad för att undersöka föräldrarnas tankar och känslor om sitt barn, sig själv som förälder och relationen till barnet. Intervjun inleds med frågor om spädbarnets utvecklingshistoria, graviditeten, milstolpar i barnets utveckling, barnets personlighet och om dagliga rutiner och föräldrarnas reaktioner kring dessa. När Anna tillfrågades om sin reaktion på graviditeten uttryckte hon att hon känt en blandning av rädsla och försiktigt hopp om att bli mamma. Upplevelser runt förlossningen var svåra för Anna att dra sig till minnes, hon kom först inte riktigt ihåg vad hon känt. När hon fick tänka en stund beskrev hon förloppet med ord som "hemsk", "långdragen", "överklig" och "panikartad". Under intervjun övergick Anna ofta till att prata om sina egna upplevelser, snarare än att berätta om Emma. Psykologen uppfattade att Anna gav uttryck för en blandning av besvikelse, skuld och rädsla för det Emma utsatts för, känslor som verkade överskugga hennes förmåga att hålla fokus på Emma. Psykologen noterade att Anna var upptagen av skamkänslor och att hon inte riktigt kunde beskriva glädje i samvaron med sin dotter. När psykologen bad Anna beskriva sin dotters personlighet med fem adjektiv, valde Anna ord som "snäll", "en kämpe", "sorgsen", "rädd", och "inte samarbetsvillig". Anna gav intryck av att känna sin dotter väl, hon kunde ge exempel på vart och ett av de adjektiv hon valt. Även om flera av adjektiven beskrev socio-emotionella eller beteendemässiga svårigheter hos Emma, kunde Anna också ge uttryck för att hon var stolt över att Emma var som hon beskrev, en "stark och snäll tjej" som klarat svåra motgångar.

Under traumaskattningarna och intervjuerna med Anna framkom det att Anna själv haft en del svåra upplevelser under sin barndom, uppväxt och i sitt unga vuxna liv. Hon hade aldrig träffat sin biologiska pappa och kunde beskriva att hon saknade att inte ha en relation till sin pappa. När Anna var sex år, hade Annas mamma träffat en

man som flyttade in hos dem. Mannen hade varit våldsam både mot Anna och hennes mor, och Annas mamma hade inte förmått skydda Anna mot våldet. När Anna återberättade sina upplevelser kunde hon visa både ilska och sorg. Hon kunde även göra kopplingen till hur hennes egna upplevelser hade påverkat henne och hennes föräldraskap. I frågeformuläret PTRQ svarade Anna instämmande i påståenden som: "Mitt barn har fått permanenta skador av de skrämmande händelserna", "En annan förälder hade aldrig låtit detta hända sitt barn", "Jag frågar mig själv om och om igen varför det här hände mitt barn" och "Mitt barn kommer inte att kunna klara sig i framtiden efter detta". Det fick psykologen att tänka att Anna skulle kunna vara hjälpt av att kunna bearbeta sin skuld och det hon varit med om. I intervjun *Angels in the Nursery*, som fokuserar på berättelser av känslomässigt trygga upplevelser och gemenskap under uppväxten (inklusive sensoriska detaljer som doft, visuella intryck osv), kunde Anna återkalla detaljrika minnen på goda stunder tillsammans med sin egen mamma. Anna mindes cykelutflykter på sommaren, och kunde berätta om dem med inlevelse. De haft med sig goda smörgåsar, saft och kaffe, och tagit svalkande kvälsdopp i skymningen tillsammans. Hon mindes också att de julpysslat och pyntat i hemmet, med tända ljus som lyst upp i decembermörkret och kunde beskriva doften av pepparkakor som kom ifrån köket. Psykologen tog fasta på Annas positiva minnen, och uppmuntrade henne att berätta närmare om sina upplevelser. Psykologen berättade att de under behandlingen kunde ta fram Annas berättelse för att dra nytta av hennes positiva känslomässiga upplevelser, och använda dem som en slags ritning för hur Annas och Emmas framtida samspel skulle kunna se ut.

Samspelsobservation

Bedömning av samspelet mellan Anna och Emma gjordes med hjälp av BERA, en systematisk samspelsbedömning där föräldern och barnet observeras i en samspelssituation. Föräldern får instruktionen att vara med sitt barn "som du brukar vara". Därefter görs en skattning av föräldrarnas, barnets och de bådas gemensamma bidrag till samspelet. Vid observationen såg psykologen att Anna hade en del svårigheter och att Anna visade tecken på nedstämdhet och oro. När hon var tillsammans med Emma tittade hon visserligen på Emma, och när de fick ögonkontakt så log Anna och pratade mjukt med Emma, men så fort Emma tittade bort fick Anna ett allvarligt uttryck i ansiktet, och tystnade. Anna reagerade på minsta signal från Emma med ökad motorisk aktivitet, plockade fram många olika leksaker, försökte avleda Emma och såg orolig ut. Emma i sin tur gav endast flyktig ögonkontakt, gav lite gensvar på Annas försök till kontakt och att få till någon form av lek. Emma hade också ett allvarligt ansiktsuttryck.

Psykologen noterade att det fanns få tecken på ömsesidig glädje och gemensamt fokus. Anna såg mest ledsen ut, och verkade inte tycka det var så roligt att vara med Emma. Hon lade ofta ner Emma på golvet och lät henne leka själv. Psykologen observerade vidare att Anna ibland uttryckte sig negativt om Emma och sa saker som

att hon kände som att "hon inte vill vara med mig". Dessa uttalanden åtföljdes ofta av känslor av skuld och en insikt om att Emma "bara var en baby och att inget av detta var hennes fel". Vid ett tillfälle när Anna hade Emma i famnen, slog Emma Anna i ansiktet, tryckte sig bort från henne och böjde sig bakåt. Anna tolkade de icke-verbala signalerna från Emma som tecken på att Emma inte älskade henne, eller var arg på henne. Psykologen såg också att när Emma blev uppspelt, eller var nöjd kunde Anna säga att "nu kan hon vara charmig och glad, men när som helst kan hon börja skrika. Precis som Kevin gjorde", som att hon trodde att Emma tagit efter honom. Sammantaget verkade Anna vara överväldigad av Emmas känslomässiga behov. Skulden Anna kände när hon såg Emma vara ledsen hindrade henne från att glädjas och faktiskt vara närvarande i relationen med Emma. Men psykologen såg också att Emma och Anna kunde ha fina stunder tillsammans, där de lugnt läste i en bok, och satt nära. Anna klarade också av det praktiska omhändertagandet fint som blöjbyte och påklädning.

Observation i hemmet

Vid besöket i det skyddade boendet noterade psykologen att Annas och Emmas rum var bekvämt, rent och trivsamt. Det vilade ett lugn över lokalerna och överlag var atmosfären varm och trevlig. Personalen hade många frågor om hur de skulle stötta Anna och Emma för att få till en positiv förändring hos Emma. Personalen berättade under besöket att de sett en generell förbättring i nattnings- och matningsrutiner. De beskrev att de uppfattade att Emma verkade må lite bättre; hon sov bättre och var något lättare att trösta. Hon hade börjat visa mindre rädsla och istället ett försiktigt intresse av människor i sin omgivning. Anna höll med om Emmas förbättring. Anna i sin tur kunde berätta att hon kände sig sedd av personalen och att hon kände sig trygg. Anna hoppades få flytta till en egen lägenhet så småningom, men uttryckte att hon trots allt trivdes bra på boendet.

Fallformulering; hypoteser och diagnostisk sammanfattning

Diagnostisk klassificering

DC:0–5; Diagnostisk klassificering av psykisk hälsa och utvecklingsavvikelser under spädbarnsålder och tidig barndom [17, 18] är ett multiaxialt diagnostiskt bedömningssystem som är särskilt åldersanpassade för späda- och små barn 0–6 år. DC:0–5 beskriver psykisk hälsa, utvecklingsavvikelser och beteendesvårigheter på ett systematiskt och utvecklingsrelaterat sätt som inkluderar barnets relationella sammanhang. De olika axlarna gör att barnets svårigheter kan sammanfattas och beskrivas på ett omfattande vis. Här nedan beskrivs Emmas svårigheter och de diskuteras ur flera perspektiv relaterat till respektive axel inom DC-systemet.

Axel I: kliniska störningar. Emma uppvisade både specifika (plötslig uppkomst av symptom på stress efter den traumatiska händelsen, rädslor förknippade med

påminnelser om traumat) och ospecifika (dissociations- och undvikande) symptom på PTSD. Hon visade tecken på undvikande beteende, försök att dra sig undan vissa stimuli, såsom höga ljud och plötsliga förändringar. Hon hade lätt för att gråta och var svår att trösta. Hon ville inte alltid äta. Spädbarn som utsatts för trauma är mer benägna att utveckla PTSD om även deras omsorgsperson utsatts för trauma [4, 6], vilket var fallet för Emma. Vid diagnostisk bedömning kontrolleras även för andra, möjliga diagnoser, s.k. differentialdiagnostisering. Diagnosen anpassningsstörning var inte lämpligt eftersom hennes symptom hade varat mer än tre månader. Emma visade vissa tecken på separationsångest med högljudd gråt som reaktion på när Anna lämnade rummet, men psykologen bedömde att man bäst kunde förstå dessa symptom som klinisk indikation på PTSD.

Axel II: relationell kontext. Barnets svårigheter, och kvaliteten på barnets och omsorgspersonens relation, är avhängigt av både omsorgspersonens och barnets bidrag. DC:0–5 sätter de primära omsorgsrelationerna i barnets liv i fokus vid beskrivningen av barnets relationella sammanhang. Både barnets primära relationer och barnets hela omsorgsmiljö skattas i flera dimensioner på en skala från ett till fyra, där ett är tillräckligt väl fungerande, och fyra är allvarligt störda relationer och anmälan till socialtjänst behöver upprättas.

Del A: Bedömningen av Emmas och Annas relation baserades på kliniska observationer, samspelsbedömning och intervjuer. Psykologens bedömning var att Anna kunde trösta Emma större delen av tiden. Hon bar henne, kramade henne, klappade på henne och skyddade henne från känslomässig överbelastning. De få gånger när hon inte klarade av att trösta Emma, lade hon ned henne och gick undan för att lugna sig själv. Anna visade känslomässigt engagemang för Emmas känslor och upplevelser, och hon ville gärna förstå henne bättre. Den största utmaningen för Anna var hennes oro, och oförmåga att stå ut med Emmas tillbakadragande beteende, som triggade en stark känsla av skuld hos Anna och som gjorde att hon inte kunde fokusera på sitt barn. Emmas bidrag till relationen i sin tur hade psykologen kunnat observera, och Anna hade beskrivit dem för psykologen. Anna hade också fått utrymme att reflektera kring dem via metoden BABES, där ett av fokusområdena var "Är ditt barn svårt att trösta?" och man hade diskuterat Emmas temperament, hennes känslighet för starka stimuli som påminde om traumat osv. Emma var heller inte så benägen att utforska, utan var ett mer känsligt, försiktigt barn – det kan ha varit hennes personlighet, som sedan förstärkts av hennes upplevelser. Emmas tillit till vuxna omsorgspersoner hade allvarligt störts under hennes första levnadsår. När en förälder är en källa till fara, eller inte kan skydda barnet, genomsyras spädbarnets känsla av sig själv i relation till andra av misstro, överdriven vaksamhet, rädsla och upprördhet [59] och kan ta sig uttryck i social tillbakadragenhet.

Emmas symptom på traumatisk stress och hennes behovssignaler blev också en trigger för Anna. Anna påmindes om vad hon själv varit med om. Hon kände sig också ofta överväldigad av skuld och skam när hon föreställde sig hur det måste ha

varit för Emma. Hon hanterade sina skuldkänslor genom att ängsligt trösta Emma på ett sätt som ibland kunde bli påträngande. Och Emma i sin tur hanterade situationen genom att dra sig undan Anna och till stor del undvika samspel, något som Anna uppfattade som ett avvisande.

Ingen information fanns om Kevins och Emmas relation. Det går inte att göra en bedömning av föräldraförmåga grundat på andras berättelser, men baserat på socialsekreterarens rapport och polisanmälan kunde psykologen ändå konstatera att det funnits brister i Kevins förmåga att ombesörja Emmas känslomässiga och basala behov; fysisk säkerhet, förmedla psykologiskt engagemang och känslomässigt åtagande, trösta vid oro och obehag, eller visa intresse för späd-/småbarnets egna upplevelser och perspektiv. Sammantaget bedömde psykologen att Anna hade många goda föräldraförmågor att bygga vidare på.

Del B: Denna del beskriver relationerna runtom barnet, och hur väl de kan samarbeta med varandra. Emma spenderade större delen av sin tid med Anna och på det skyddade boendet. Där fanns inga pågående konflikter, och hög grad av ömsesidig respekt. Det hade inte gått att samla in information om samarbetet mellan Kevin och Anna på grund av de rådande omständigheterna. Det enda psykologen kunde uttala sig om var att, eftersom det pågick en rättslig process mot Kevins våldsagerande, kunde relationen bedömas vara förenad med hög risknivå och avsevärt höga konfliktnivåer.

Axel III: fysiska hälsotillstånd och överväganden. Emma hade inga men av den något för tidiga födseln, och hade börjat gå upp i vikt. Dock noterades här den sviktande viktkurvan, ät- och sömnsvarigheterna.

Axel IV: psykosociala stressfaktorer. På axel IV anges psykosociala stressfaktorer i barnets miljö, med angivelse hur pass det har påverkat barnet; a) allvarlighetsgrad av stressfaktorn (intensitet, varaktighet och förutsägbarhet), b) barnets utvecklingsmässiga nivå och c) hur väl har omsorgspersonerna kunnat agera skyddande och buffrande för barnet.

Emma hade utsatts för känslomässigt våld av Annas pojkvän Kevin, och hon hade varit med om allvarligt känslomässigt och fysiskt interpersonellt våld av Kevin mot Anna. De här händelserna hade inträffat under de första fem månaderna av hennes liv, en period som är extra känslig då barnet är som mest utvecklingsmässigt sårbart [4]. Hennes föräldrar hade inte haft förmågan att agera som känslomässigt skyddande sköldar [59]. Efter att Anna hade lämnat den våldsamma relationen, kunde denna förmåga upprättas långsamt och över tid. Men under själva flykten till det skyddade boendet hade Emma varit utlämnad till Anna, som i den stunden hade nedsatt förmåga att vara känslomässigt tillgänglig på grund av sina egna överväldigande känslor. Att beakta var även Annas höga totalpoäng enligt depressionsskattningen, vilket indikerade trolig depression med symtom som ytterligare bidrog till Annas begränsade förmåga att trösta Emma, att hjälpa henne att reglera sina känslor, eller att kunna förklara situationen och göra den begriplig.

Axel V: utvecklingsmässig kompetens. Spädbarnets psykiska hälsa kan bäst förstås utifrån spädbarnets förmågor och framväxande kompetens inom ramen för spädbarnets viktiga nära relationer.

Emma uppvisade tecken på försenad motorisk utveckling, med spänd muskeltonus och skakig och ostadig koordination. Hennes socio-emotionella utveckling var också negativt påverkad av hennes upplevelser. Hon var lättskrämd, svårtröstad och känslig för plötsliga rörelser och ljud. Hennes språkliga utveckling var försenad, hon ljudade inte "p", "b" eller "m" ljud ännu, och hon visade ett svagt intresse för icke-verbal kommunikation. Hennes relationella utveckling hade gått lite tillbaka, och hon visade inget intresse för nya personer, snarare tvärtom, att hon verkade rädd. Eftersom barnets utveckling i den här åldern är tätt sammankopplade med barnets upplevelser, är det rimligt att anta att några av förseningarna på axel V är ett resultat av en oförutsägbart och skrämmande miljö med för lite av ett inkännande och lyhört stöd från en känslomässigt närvarande förälder [16].

Beskrivning av behandling

Allteftersom detaljer om Emmas upplevelser rullades upp under bedömningsprocessen kunde Anna mer och mer se att Emmas beteende till stor del berodde på de allvarliga händelserna hon varit med om. Anna förstod att det var sannolikt att Emma blivit rädd, när hon bevittnat våld mellan Anna och Kevin och att Emma troligen även till viss del fått utstå hårdhänt behandling själv. Framför allt hade hon blivit lämnad ensam med sina känslor, utan några vuxna som skyddande sköldar mot skrämmande händelser.

Psykologen började behandlingen redan under kartläggningen genom att sätta ord på Emmas olika beteenden och symptom. Psykologen förtydligade Emmas behov av närhet trots att hon signalerade tvärtom, och snarare verkade avvärja eller undvika kontakt. Psykologen förklarade betydelsen av Emmas gråt när Anna lämnade rummet och fick Anna att förstå att Emma var orolig för att bli lämnad ensam. Emma behövde få bekräftelse från en konsekvent och pålitlig anknytningsperson. Anna började inse att för att underlätta Emmas emotionella utveckling, var det nödvändigt att ge Emma extra mycket omsorg och kärlek. Psykologen förklarade också de möjliga konsekvenserna av att ha bevittnat och utsatts för våld och hur det kunde ha påverkat Emma, såsom Emmas bristande intresse och förmåga att ta ögonkontakt och social kontakt, svårigheter att reglera sina egna känslor och sitt beteende. Det hjälpte Anna att inte känna sig så avvisad.

Under ett besök på mottagningen tränade sjukgymnasten en massageteknik som verkade lugna Emma; hennes spändhet minskade och hon kunde le en kort stund när man sjöng för henne. Denna teknik använde Anna sedan själv för att lugna Emma när hon verkade obekvämt, överstimulerad eller upprörd. När det gällde matningen föreslog psykologen att Anna skulle hålla Emma i famnen som för att ge henne en känsla av skydd och för att fysiskt lugna henne under denna vanligtvis

kaotiska stund. Psykologen uppmuntrade också Anna att leka rimma och ramsa, läsa sagor för Emma som ett sätt att få kontakt med Emma både visuellt och genom ljud, och övade några tillfällen med henne. Efter några veckor noterade både Anna och psykologen att Emma grät mindre, verkade mindre rädd och åt bättre, men flera symptom kvarstod. Behandlingen som erbjöds var den anknytningsbaserade relationella behandlingsmetoden Child Parent Psychotherapy (CPP) [59, 60]. Metoden är ursprungligen framtagen för just barn 0-6 år som exponerats för våld i nära relationer [60] och deras föräldrar. Målet är att genom lek, reglerande aktiviteter och med ett tydligt traumafokus hjälpa barnet att bearbeta de händelser barnet varit med om [59, 60]. CPP syftar också till att adressera brister i föräldraförmågan som uppkommit under och efter de traumatiska händelserna. Terapeuten arbetar tillsammans med föräldern för att behandla de uppkomna symptomen, att återskapa ett gott samspel mellan förälder och barn, främja utvecklingen av en trygg anknytning hos barnet samt stärka föräldrarnas omsorgsförmåga. CPP har prövats i Sverige med lovande resultat. Både barnets och föräldrarnas symptom minskade och föräldra-barn-relationen förbättrades [61].

En stor del av arbetet under psykologens kartläggning inriktades på att ge Anna kunskap om barns reaktioner vid negativa livshändelser och trauma. I CPP-behandlingen arbetade psykologen vidare för att öka Annas förståelse för Emmas behov och reaktioner samt att öka Annas lyhördhet för att kunna svara på Emmas behov. Psykologen jobbade också med att öka stunder av delad glädje och vitalisering. Utvecklingen av behandlingsalliansen mellan psykologen, Emma och Anna var positiv och blev allt starkare. Emma återhämtade sig från sina tidiga livshändelser och började leva upp.

När Emma var 13 månader gammal och behandlingen hade pågått i drygt fyra månader kunde psykologen se stora förbättringar i måendet både hos Anna och Emma. Emmas kommunikativa förmåga hade förbättrats. Hon gav fortfarande lite sparsam ögonkontakt och hade ett kortare uppmärksamhetsspann än vad som var förväntat för hennes ålder, men hon kunde engagera sig en stund i saker som var intressanta för henne. Hennes motoriska koordination var ännu inte optimal, men hon klarade av att göra det mesta som var förväntat för hennes utvecklingsnivå. Anna var inte längre så skuldtynad över Emmas beteende eller känslor, hon kunde hjälpa Emma med känslomässig reglering och kände sig mer hoppfull.

Diskussion

Psykiska problem hos en förälder riskerar försämra både föräldraförmågan och relationen mellan föräldern och barnet [62–66]. PTSD – ofta förekommande hos mödrar som utsatts för våld – påverkar föräldraförmågan och därmed föräldra-barn-relationen negativt [67]. Utsatthet för interpersonellt våld är förknippat med negativa effekter på föräldraskapet. Effekterna omfattar en rad negativa egenskaper från bristande värme och engagemang till mer allvarliga beteenden. Det finns ett samband mellan att en förälder blir utsatt för våld och försämrad kommunikation

och negativt samspel med barnet. Man har också kunnat se att brist på positiva föräldrafärdigheter kan resultera i högre nivåer av fysisk aggression, försummelse och tvingande, auktoritär föräldrastil [68]. Kvaliteten på relationen mellan spädbarnet och omsorgspersonen har långsiktiga konsekvenser för spädbarnets psykiska hälsa senare i livet [11, 69]. Tidiga omsorgsmiljöer som kännetecknas av god omsorg, lyhördhet och förutsägbarhet främjar en sund utveckling hos spädbarnet [11, 62, 63, 70], medan tidiga negativa erfarenheter av omsorg, eller brist på positiva erfarenheter, istället kan hämma spädbarnets utveckling [9, 64].

Små barn upplever hotfulla eller våldsamma situationer som starkt obehagliga, skrämmande och stressframkallande. På grund av sin utvecklingsmässiga sårbarhet är de särskilt känsliga för interpersonellt våld, och exponering för sådana erfarenheter kan leda till omfattande och långvariga negativa konsekvenser för barnets emotionella, neurobiologiska och kognitiva utveckling [71, 72]. Redan mycket små barn har förmåga att både uppfatta och minnas negativa händelser som innefattar hot eller våld (39, 73). Omedelbara fysiologiska stressreaktioner kan innefatta förhöjd hjärtfrekvens, ökad andningsfrekvens, aktivering av det sympatiska nervsystemet, förhöjd kortisolutsöndring, muskelspänning och ökad gråt eller uttryck för obehag [74]. Om barn utsätts för våld eller hot under längre tid, riskerar det att påverka hjärnans utveckling negativt, särskilt de strukturer som är centrala för reglering av känslor, stressrespons och samspel samt anknytning [75–77]. Dessa erfarenheter, särskilt om de är fler än en negativ händelse, kan lämna djupa spår i barnets utvecklingsbana och utgöra riskfaktorer för framtida psykisk ohälsa [75–78]. Små barn är beroende av sina omsorgspersoner för att bli lugnade, och när omsorgspersonerna är upptagna med sina egna konflikter sinsemellan, lämnas barnet i ett tillstånd av hög stress/rädsla, utan någon vuxen som lägger märke till barnets behov, eller kan lugna barnet. När omsorgspersonerna är upptagna med sig själva, utan att vara tillgängliga för att effektivt trösta barnet utsätts barnet för ökad stress och obehag. Studier har visat att interpersonellt hot och våld har en negativ inverkan på omsorgsgivarnas förmåga att uppfatta, tolka och svara på spädbarnets behov på ett lyhört, konsekvent och förutsägbart sätt [79, 80].

Emma kom för bedömning med uppenbara effekter av, och symptom på, exponering för våld. I det här fallet underlättade det för barnet att Anna hade kunnat ta sig ur den destruktiva relationen och att hon sökt hjälp för dem båda. Effekterna av försummelse och omsorgssvikt och symptomen hos spädbarn kan lätt förbises. Ett så litet spädbarn som Emma kan inte prata för sig, kan inte bli utagerande, kan inte säga ifrån. Ett spädbarn kan bara lida i det tysta av effekterna av att ha bevittnat våld och blivit utsatt för omsorgssvikt. Emma behövde mycket kärlek och omsorg; hon protesterade om hon lämnades ensam, och till och med när hon väl var hos Anna kunde hon verka ofokuserad och undvikande. Hon behövde mycket extra omvårdnad för att återuppta sin känslomässiga och relationella utveckling. I Emmas fall var en av de centrala frågorna hur de traumatiska upplevelserna hade påverkat

henne och vad som kunde göras för att hjälpa Emma och Anna. Det fanns också frågor om Annas eget psykiska mående, och hur det i sin tur påverkat Emma.

När det gällde Emmas socio-emotionella utveckling kunde psykologen observera att Anna hade svårt att hjälpa Emma att reglera sina känslor, och hon hade mycket svårt att dela några glädjefyllda stunder med Emma. Emma hade varit med vid återkommande gräl och bråk mellan Anna och Kevin. Det är sannolikt att Emma behandlats hårdhänt och utan tanke på hennes känslor. Med tanke på det lidande som Emma utstått var hennes frusna vaksamhet att förvänta sig, och i linje med vad vi vet om hur spädbarn som har utsatts för denna typ av negativa livshändelser reagerar. Hennes upplevelser hade troligen påverkat hennes motoriska koordination samt hennes sociala, emotionella och kognitiva utvecklingsförmåga. Hon hade uppvisat tecken på stress utlöst av olika påminnelser om tidigare erfarenheter. Ytligt sett kunde Emma ses som ett barn som var ”okej” i den meningen att hon såg välskött ut och ibland kunde ge ögonkontakt. Effekter av trauman kan således förbises av någon som inte är van att se dem hos små spädbarn.

De första 6–12 månaderna av behandlingsprocessen är ofta avgörande när det gäller om barnet kan fortsätta på en mer positiv utvecklingsbana eller om ytterligare svårigheter uppkommer ifall barnets behov inte tillgodoses. En viktig fråga är ju vad som kan göras när det gäller Annas psykiska mående utanför samspelsbehandlingen, kanske behöver Anna en egen terapeutisk kontakt för att bearbeta sina upplevelser. En positiv faktor var att trots de stora motgångarna visade Emma förbättring, och att hon kunde gå vidare i sin utveckling, framför allt tack vare den tydliga förändringen till en lugnare miljö och där Anna kunde få bättre tillgång till sina goda föräldraförmågor.

Många frågor runt den lilla familjen förblir obesvarade. Att utforska Emmas och hennes föräldrars familjehistoria för att få en bättre uppfattning om familjemönster och eventuell ärftlighet och hur det påverkar Emma är viktigt i det fortsatta arbetet. Det skulle ge ett perspektiv på både Emmas och Annas situation och en förståelse för dem båda i ett större sammanhang och i ett familjesystem där vissa mönster kanske upprepas från en generation till nästa, så kallade intergenerationella mönster. Sådana mönster beskrivs i kapitlet *Pojkar som anhöriga våldsoffer*. Frågan är om denna upprepning kan undvikas med Anna och Emma. Många familjer har stora och långvariga problem, där föräldrarna har med sig egna svåra upplevelser av våldsutsatthet, vilket påverkar deras föräldraförmåga [80, 81]. I det beskrivna, fiktiva fallet är föräldern motiverad, hjälpsökande och under behandlingen har mammans förmåga till fysisk närhet och lugn fungerat läkande för barnet, och det har underlättat hennes utvecklings-framsteg. Men i vissa familjer kan det vara svårt att bryta intergenerationella mönster av trauma och som kliniker kan det finnas en risk att man oroar sig för att en förälder är bortom hjälp [81, 82]. Det kan vara tungt att inte känna sig överväldigad inför små barns upplevelser av trauma. För att kunna hjälpa en förälder med stora egna svårigheter behöver terapeuten vara empatisk, lyhörd och ha förmåga att förstå föräldern. Terapeuten måste kunna sätta sig in i

föräldrarnas situation och livshistoria. Det finns också praktiska aspekter som kan underlätta för familjer som är svåra att nå, att ta emot hjälp. Ju större krav som ställs på en förälder som har bristande förmågor, desto mindre sannolikt är det att behandlingen lyckas. I en mer traditionell behandlingsmodell krävs exempelvis att föräldern kan ta sig till mottagningen själv, infinna sig på en viss tid och delta aktivt över tid. För en del familjer bör kanske insatserna ges i hemmet. Det behövs både innovation och följsamhet, hoppfullhet och lyhördhet för att stötta föräldrarnas process mot läkning – under tiden som barnet får hjälp där barnet befinner sig [79, 83].

Emmas reaktioner och symptom tyder på att skrämmande upplevelser kan lämna bestående minnen och orsaka långtgående effekter. Emma utvecklade försvar mot att bli känslomässigt överväldigad och mot ofrånkomlig rädsla genom att protestera och försöka undvika situationer som utlöste minnen av styvfaderns våldsamma beteenden. När hon inte kunde undvika pågående rädsla drog hon sig istället undan eller dissocierade. Emma uppvisade några betydande förseningar som sannolikt berodde på otrygghet, brist på tillräcklig stimulans och en rädsla för att utforska på grund av att hon befunnit sig i en skrämmande miljö. Emma visade också att när trygghet uppnås och en lyhörd vårdgivare kontinuerligt organiserar och reglerar barnets känslomässiga upplevelser, kan barnet återgå till en sund utvecklingsbana. Anna fick det stöd hon behövde för att med empati och utan skuld inse på vilket sätt hennes skyddande förmåga hade brustit ur Emmas perspektiv, samt hur hon medvetet kunde reparera relationen och bygga upp Emmas tillit. Emma kunde återfå en känsla av trygghet i relationen med sin mamma. Fallet Emma visar hur omsorgspersoner kan anpassa sin omvårdnad efter barnets behov om de förstår symptom på trauma, vet vilka behoven är och hur de ska bemöta dem. Emmas fall illustrerar sambandet mellan upplevelser och utveckling i ett litet barns liv.

Referenser

1. WAIMH. (2016). Position Paper on the Rights of Infants. Hämtad på https://perspectives.waimh.org/wp-content/uploads/sites/9/2017/05/PositionPaperRightsInfants_May_13_2016_1-2_Perspectives_IMH_corr.pdf
2. Cooke, J. E., Deneault, A. A., Devereux, C., Eirich, R., Fearon, R. M. P., & Madigan, S. (2022). Parental sensitivity and child behavioral problems: A meta-analytic review. *Child Development*, 93(5), 1231-1248.
3. Grip, K., & Axberg, U. (2015). Barn som tvingas växa upp med våld mellan sina omsorgspersoner. I U. Järkestig Berggren, L. Magnusson, & E. Hanson (Red.), *Att se barn som anhöriga - Om relationer, interventioner och omsorgsansvar* (Vol. 2015:6). Artikel; kapitel 15. Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
4. Chu, A. T., Bond, M. H., Rogowski, B., Leba, N. V., Ghosh Ippen, C., Cirolia, A., & Lieberman, A. F. (2025). Posttraumatic stress in infancy: The roles of cumulative trauma and caregiving context. *Infant Mental Health Journal*.
5. Gustafsson, H. C., Cox, M. J., & the Family Life Project Key, I. (2012). Relations among intimate partner violence, maternal depressive symptoms, and maternal parenting behaviors. *J. Marriage Fam.*, 74(5), 1005-1020.
6. Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 799-815.
7. Smith, A. B., Dopp, A. R., Perrine, C. M., Parisi, K. E., Vanderzee, K. L., John, S., Edge, N. A., & Kraner, T. L. (2020). Training providers at Children's Advocacy Centers to treat early childhood trauma: Perspectives on barriers, facilitators, and sustainability. *Children and Youth Services Review*, 118, 105379.
8. Mongillo, E. A., Briggs-Gowan, M., Ford, J. D., & Carter, A. S. (2009). Impact of traumatic life events in a community sample of toddlers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(4), 455-468.
9. Norlén, A. (2025). Trauma Treatment for Young Children - Outcome and Experiences of Child-Parent Psychotherapy in Sweden. Doctoral Thesis. Karlstad University Studies.
10. Jernbro, C., Landberg, A., & Thulin, J. (2023). Vald mot barn 2022. En nationell kartläggning. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
11. Grip, K. (2012). The Damage Done - Children Exposed to Intimate Partner Violence and their Mothers: Towards empirically based interventions in order to reduce negative health effects in children. Doctoral thesis. Gothenburg University.
12. Furmark, C., & Neander, K. (2018). Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning. [Early Childhood Services/Teams in Sweden – A Survey]. Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka), Linnéuniversitetet. Nka 2018:2.

13. Cicchetti, D., (2016). Socioemotional, Personality, and Biological Development: Illustrations from a Multilevel Developmental Psychopathology Perspective on Child Maltreatment. *Annual Review of Psychology*, 67(1), 187–211.
14. Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, A. (2005). *The Development of the Person*. NY: Guilford. 2005. Guilford.
15. Zeanah, C. H., Carter, A. S., Cohen, J., Egger, H., & Gleason, M. M., Keren, M., Lieberman, A., Mulrooney, K., & Oser, C. (2017). Introducing a new classification of early childhood disorders: DC:0-5. ZERO TO THREE.
16. Reyes, V., & Lieberman, A. F. (2023) 70.1. Posttraumatic Stress Disorder: Sophia, 5.4 months old. In: Mulrooney, K., Keren, M., & Osofsky, J. D. (Eds.) DC:0-5 casebook: A guide to the use of “DC:0-5TM: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood” in diagnostic assessment and treatment planning. ZERO TO THREE.
17. ZERO ZERO TO THREE (2016/2021). DC:0-5TM Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington, US.
18. ZERO ZERO TO THREE (2022). DC:0-5TM: diagnostisk klassificering av psykisk hälsa och utvecklingsavvikelser under spädbarnsålder och tidig barndom. (1:a utgåvan, 1:a versionen). Oslo: Gyldendal Akademisk. Stockholm: Ericastiftelsen.
19. Mueller, I., & Tronick, E. (2019). Early Life Exposure to Violence: Developmental Consequences on Brain and Behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13, 156–156.
20. Choi, J., Jeong, B., Rohan, M. L., Polcari, A., & Teicher M. H. (2009). Preliminary evidence for white matter tract abnormalities in young adults exposed to parental verbal abuse. *Biol. Psychiatry* 65, 227-234.
21. Tomoda, A., Sheu, Y.-S., Rabi, K., Suzuki, H., Navalta, C. P., Polcari, A., & Teicher, M. H. (2011). Exposure to parental verbal abuse is associated with increased gray matter volume in superior temporal gyrus. *NeuroImage* (Orlando, Fla.), 54, S280–S286.
22. Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual research review: attachment disorders in early childhood – clinical presentation, causes, correlates and treatment. *J. Child Psychol. Psychiatry*. 56, 207-222.
23. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
24. Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky A. M., et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br. J. Psychiatry*. 197, 378-385.

25. Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingen, A. M., Lemgruber, V. B., and Juruela, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J. of Nerv. Ment. Dis.* 201, 1007-1020.
26. Reuben, A., Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Schroeder, F., et al. (2016). Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *Journal of Child Psychol. Psychiatry* 57, 1103-1112.
27. Gunnar, M., R., & Nelson, C. A. (1994). Event-related potentials in year-old-infants: relations with emotionality and cortisol. *Child Dev*, 65, 80-94.
28. Davis, E. P., & Sandman, C. A. (2010). The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development. *Child Dev.* 81, 131-148.
29. Kaufman, J., & Charney, D. (2001). Effects of early stress on brain structure and function: Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Development and Psychopathology*. Vol. 13(3):451-471.
30. Teicher, M.H. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & biobehavioral reviews*. Vol. 27(1-2):33.
31. Lammertink, F., van den Heuvel, M.P., Hermans, E.J. Dudink, J., Tataranno, M.L., Benders, M.J.N.L., & Vinkers, C.H. (2022). Early-life stress exposure and large-scale covariance brain networks in extremely preterm-born infants. *Translational Psychiatry*, 12, 256.
32. Bogat, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A., A., Davidson, W. S., and von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse Negl.* 30, 109-125.
33. Hane, A. A., & Fox, N. A. (2016). Early caregiving and the development of stress reactivity and regulation. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology* (3rd ed., Vol. 2, pp. 107-134). Wiley.
34. Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2014). Dimensions of early experience and neural development: Deprivation and threat. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(11), 580-585.
35. Graham-Bermann, S. A., Howell, K. H., Miller, L. El, Kwek, J., and Lilly, M. M. (2010). Traumatic events and maternal education as predictors of verbal ability for preschool children exposed to intimate partner violence (IPV). *J. Family Violence*. 25, 383-392.
36. Scheinost, D., Spann, M. N., McDonough, L., Peterson, B. S., & Monk, C. (2020). Associations between different dimensions of prenatal distress, neonatal hippocampal connectivity, and infant memory. *Neuropsychopharmacology* (New York, N.Y.), 45(8), 1272-1279.
37. Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241- 266.

38. Meltzoff, A.N. (1988). Imitation, objects, tools, and the rudiments of language in human ontogeny. *Human Evolution*, 3, 45–64.
39. Montirosso, R., Tronick, E., Morandi, F., Ciceri, F., & Borgatti, R. (2013). Four-month-old infants' long-term memory for a stressful social event. *PLoS One*, 8(12), e82277.
40. Hellmer, K., Söderlund, H., & Gredebäck, G. (2016). The eye of the retriever: developing episodic memory mechanisms in preverbal infants assessed through pupil dilation. *Developmental Science*. 2018;21:e12520.
41. Merz, E.C., McDonough, L., Huang, Y. L., Foss, S., Werner, E. & Monk, C. (2017). The mobile conjugate reinforcement paradigm in a lab setting. *Developmental Psychobiology*; 59:668–672.
42. Campanella, J., & Rovee-Collier, C. (2005). Latent Learning and Deferred Imitation at 3 Months. *Infancy*, 7(3), 243–262.
43. Pels, T., van Rooij, F. B., and Distelbrink, M. (2015). The impact of intimate partner violence (IPV) on partnering by mothers within an ethnically diverse population in the Netherlands. *Journal of Family Violence*, 30, 1055-1067.
44. Belsky, J. & Fearon, P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity and later child development: does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment & Human Development*. 4, 361-387.
45. Out, D., Pieper, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Sanford Zeskind, P. & van Ijzendoorn, M. H. (2009). Intended sensitive and harsh caregiving responses to infant crying: The role of cry pitch and perceived urgency in an adult twin sample. *Child Abuse & Neglect*, 34, 863-873
46. Finello, K. M., & Poulsen, M. K. (1996). The behavioral assessment of baby's emotional and social style (BABES): A new screening tool for clinical use. *Infant Behavior and Development*, 19(1), 453. And the BABES toolkit: Intervention strategies for developmental guidance & support. Available from San Francisco, 2018, CA: WestEd.
47. Frankel, K. A., Harrison, J., & Njoroge, W. F. (Eds.). (2019) Clinical guide to psychiatric assessment of infants and young children. Springer International Publishing.
48. Thomas, J. M., Benham, A. L., Gean, M., Luby, J., Minde, K., Turner, S., & Wright, H. H. (1997). Practice parameters for the psychiatric assessment of infants and toddlers (0-36 months). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, (10), 21-36.
49. Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2015). *Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional, Second Edition (ASQ®:SE-2): A Parent-Completed Child Monitoring System for Social-Emotional Behaviors*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
50. Ghosh-Ippen, C., Ford, J., Racusin, R., Acker, M., Bosquet, K., Rogers, C., & Edwards, J. (2002). Traumatic Events Screening Inventory-Parent Report Revised-Long Version (TESI-PRR). Child Trauma Research Project of the Early Trauma Treatment Network and National Center for PTSD Dartmouth Child Trauma Research Group.

51. Williamson, V., Hiller, R.M., Meiser-Stedman, R., Creswell, C., Dalgleish, T., Fearon, P., Goodall, B., McKinnon, A., Smith, P., Wright I., & Halligan, S.L. (2018) The parent trauma response questionnaire (PTRQ): development and preliminary validation. *European Journal of Psychotraumatology*.
52. Wolfe, J., Kimerling, R., Brown, P., Chrestman, K., & Levin, K. (1997). The Life Stressor Checklist Revised (LSC-R). (Measurement instrument). Available from <http://www.ptsd.va.gov>
53. Van Horn, P., Lieberman, A., & Harris, W. (2013). Assessing Angels in the Nursery. Child Trauma Research Program.
54. Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B. (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of Gen. Intern Med.* Sep;16(9):606-13.
55. Clark, R. (1985/2010/2015). The Parent–Child Early Relational Assessment: Instrument and manual. University of Wisconsin Medical School, Madison.
56. Clark, R. (2022). The Brief Early Relational Assessment: Instrument and manual. University of Wisconsin Medical School, Madison.
57. Zeanah, C. H., Benoit, D., & Barton, M. (1986) Working Model of the Child Interview (Unpublished manuscript). Division of Infant, Child and Adolescent Psychiatry, Louisiana School of Medicine, Tulane, New Orleans.
58. Furmark, C., & Sanner, N. (2021). DC:0-5 in the Nordic countries: Results and experiences from the first 5 years of implementation in Norway and Sweden. *ZERO TO THREE Journal*, 42(2), 56-61.
59. Lieberman, A. F., Ghosh-Ippen, C., & Van Horn, P. (2015). *Don't Hit My Mommy! A manual for child-parent psychotherapy with young children exposed to violence and other trauma* (2nd ed.). Zero to Three Press.
60. Lieberman, A. F. & Van Horn, P. (2005). *Don't Hit My Mommy! A manual for child-parent psychotherapy with young witnesses of family violence trauma*. Zero to Three Press.
61. Norlén, A., Bäckman, C., Thorén, A., & Almqvist, K. (2024). The Effectiveness of Child-Parent Psychotherapy on Traumatized Preschoolers and Their Caregivers: A Swedish Multi-Site Study. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 10(1), 1–16
62. Feldman, R., & Greenbaum, C. W. (1997). Affect regulation and synchrony in mother-infant play as precursors to the development of symbolic competence. *Infant Mental Health Journal*, 18(1), 4–23.
63. Feldman, R. (2007). Infant Biological Foundations Synchrony and Developmental Outcomes. *Current Directions in Psychological Sciences*, 16(6), 340–345.
64. Beebe, B., Lachmann, F., Markese, S., & Bahrack, L. (2012). On the origins of disorganized attachment and internal working models: Paper I. A dyadic systems approach. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(2), 253–272.
65. Beeghly, M., & Tronick, E. (2011). Early Resilience in the Context of Parent–Infant Relationships: A Social Developmental Perspective. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41(7), 197–201.

66. Andersson, G. (2015). Barn som anhöriga - i skuggan av föräldrar med problem. I U. Järkestig Berggren, L. Magnusson, & E. Hanson (Red.), Att se barn som anhöriga - Om relationer, interventioner och omsorgsansvar (Vol. 2015:6, s. 43-60). Artikel kapitel 2 Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
67. Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W., & Zeanah, C. H. (2015). Maternal factors as moderators or mediators of PTSD symptoms in very young children: A two-year prospective study. *Journal of Family Violence*, 30(5), 633-642.
68. Chiesa, A.E., Kallechey, L., Harlaar, N., Rashaan Ford, C., Garrido, E.F., Betts, W.R., & Maguire S. (2018). Intimate partner violence victimization and parenting: A systematic review. *Child Abuse Negl.* Jun;80:285-300.
69. Honda, T., Tran, T., Popplestone, S., Draper, C. E., Yousafzai, A. K., Romero, L., & Fisher, J. (2023). Parents' mental health and the social-emotional development of their children aged between 24 and 59 months in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analyses. *SSM - Mental Health*, 3, 100197.
70. van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Coughlan, B., & Reijman, S. (2020). Annual research review: Umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: Differential susceptibility perspective on risk and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 272-290.
71. Buss, C., Entringer, S., Moog, N. K., Toepfer, P., Fair, D. A., Simhan, H. N., & Wadhwa, P. D. (2017). Intergenerational transmission of maternal childhood maltreatment exposure: Implications for fetal brain development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(5), 373-382.
72. Shonkoff, J. P., Slopen, N., & Williams, D. R. (2021). Early childhood adversity, toxic stress, and the impacts of racism on the foundations of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 115-134.
73. Gee, D. G., & Gabard-Durnam, L. J. (2020). Early life stress: Effects on the developing brain. In D. W. Pfaff (Ed.), *The Neuroscience of resilience* (pp. 145-158). Springer.
74. Jensen Peña, C., & Gunnar, M. R. (2019). Stress reactivity and the developmental psychopathology of early life stress. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental Psychopathology* (3rd ed., Vol. 2, pp. 485-528). Wiley.
75. Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization trauma. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
76. Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411-1423.
77. Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the National Survey of Children's exposure to violence. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 746-754.

78. McLaughlin, K. A., & Sheridan, M. A. (2016). Beyond cumulative risk: A dimensional approach to childhood adversity. *Current Directions in Psychological Science*, 25(4), 239–245.
79. Jewkes, R., & Mahlangu, P., (2023). Intimate partner violence negatively affects parenting *The Lancet Global Health*, Volume 11, Issue 9, e1321 - e1322
80. Condon, E. M., Tobon, A. L., Holland, M. L., Slade, A., Mayes, L., & Sadler, L. S. (2022). Examining Mothers' Childhood Maltreatment History, Parental Reflective Functioning, and the Long-Term Effects of the Minding the Baby® Home Visiting Intervention. *Child Maltreatment*, 27(3), 378–388.
81. Madigan, S., Cyr, C., Eirich, R., Fearon, R. P., Ly, A., Rash, C., Poole, J. C., & Alink, L. R. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development & Psychopathology*, 31(1), 23–51.
82. Toth, S. L., & Manly, J. T. (2018). Developmental consequences of child abuse and neglect: Implications for intervention. *Child Development Perspectives*, 13(1), 59–64.
83. Slade, A., Holland, M. L., Ordway, M. R., Carlson, E. A., Jeon, S., Close, N., Mayes, L. C., & Sadler, L. S. (2019). Minding the Baby. Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Development and Psychopathology*, 32, 123–137.