



Anna Lannér Swensson
Helsingborg

Watch, Wait and Wonder – en barnledd psykoterapi

Aktuell forskning visar att fokus i behandlingen inte enbart bör ligga på insatser som indirekt stödjer samspelets och anknytningens utveckling (stöd- eller terapeutiska samtal som enbart riktar sig till föräldern) utan även på direkta interventioner – barn kan inte vänta. Den kanadensiska behandlingsmetoden *Watch, Wait and Wonder* (ww&w) är utarbetad och beforskad på Hincks Institute, Toronto, Kanada av Elisabeth Muir, Mirek Lojka-sen och Nancy Cohen (Muir et al., 1999) och vänder sig till familjer med samspelsproblem där barnen är i åldern 4 månader–9 år. Metoden beskrivs som en barnledd psykoterapi.

Målen i ww&w är:

- att öka föräldrarnas tillgänglighet, sensitivitet, intoning och mottaglighet för sitt barn;
- att öka känsligheten för och responsen på barnets behov (moderlighet) och minska invaderande/egna behov i relationen;
- att öka positiva affekter och glädjen i relationen och göra barnet synligt.

Behandlingen skapar ett utrymme där barnet

får ta initiativet och ges möjlighet att visa föräldern sina behov och kompetens; att öka förutsättningarna för en god anknytnings- och självutveckling.

Behandlingsmetoden

Metoden är inte svår att sätta sig in i om man är van att arbeta utifrån ett anknytningsteoretiskt perspektiv. Den kan förefalla skenbart enkel men

visar sig vara en kraftfull terapiform som kan förändra samspelet från att vara invaderande, passivt eller oförutsägbart till ett mer tryggt, förutsägbart och autentiskt relaterande mellan förälder och barn. Behandlingen är helt centrerad runt samspelet förälder-barn. Behandlingen leds av barnets aktivitet snarare än av föräldrarnas eller terapeutens initiativ. I all föräldra-barnbehandling betonas vikten av en icke påträngande förälder och att föräldrarnas emotionella tillgänglighet är av primär betydelse och ww&w utnyttjar denna kunskap fullt ut. Behandlingen bygger inte på att lära ut hur en förälder skall vara, den är vare sig pedagogisk, korrigerande eller edukativ, och arbetar inte utifrån beteendestörningar. Behandlingen är inte en lekterapi, barnets lek tolkas inte.

Muir (1992) beskriver att man i behandlingsarbetet med ww&w arbetar utifrån en psykodynamisk modell på både beteende- och representationsnivå och att metoden har sin utgångspunkt i anknytningsteori och utvecklingspsykologi. Interventionen är uppbyggd kring den teoretiska tanken att det primära terapeutiska arbetet sker i det "lekutrymme" som finns mellan mor-barnparet parallellt med det "lekutrymme" som finns mellan terapeut och mor-barnparet. En av byggstenarna är Winnicotts tankar om den tillräckligt goda modern, "good enough holding mother", och kravlös närvaro, "mothers non-intrusive presence; being present without making demands". Överföringsfenomenen i terapisisituationer är ofta kraftfulla. Begreppet "holding" är centralt och belyser terapeutens hållande funktion parallellt med moderns hållande funktion. Terapeuten bör bekräfta att barn stimulerar oss till att känna starka känslor, det är barnets sätt att kommunicera. Därför är det viktigt att föräldern beskriver de känslor som samvaron med barnet väcker. Att göra ingenting kan också väcka känslor av oro och hjälplöshet.

För förälder och barn kan sessionerna vara ansträngande då deras vanliga samspeletsstrategier hindras. Behandlingen upplevs ofta som utlämnande då relationen/interaktionen och dess brister visas upp. Arbetet kring att skapa en god och tillitsfull relation mellan förälder och behandlare inför behandlingen är av största vikt. När vi uppmanar mamman att vara närvarande, att se sitt barn och låta barnet styra samspelet samt svara på barnets initiativ, intervenerar vi på flera olika nivåer. Vi ber modern att vara tillgänglig, sensitiv

och mottaglig för sitt barn. Ett utrymme skapas där barnet får ta initiativet och där barnet ges utrymme att visa upp sina behov. Modern och barnet får en chans att förändra sin relation och frigöra barnets strävan mot kontakt och utveckling. Genom att be modern följa barnets initiativ påskyndas en slags psykologisk kris, då modern inte kan påverka barnet eller skeendet. Barnet kommer att rikta moderns uppmärksamhet mot sina behov vad gäller relation/anknytning och utveckling, behov som föräldern på ett omedvetet plan undvikit att se för att kunna behålla sin inre representation av sig själv och sitt barn intakt. Målet för behandlingen är att hjälpa modern att bemästra sina negativa obearbetade samspelsfarenheter och den uppväckta ångesten så att hon kan följa sitt barns initiativ och behov. Sömn-, uppfödning- och beteendestörningar under barndomen kan vara en manifestation av olösta negativa samspelsupplevelser (Muir et al., 1999).

Forskningsöversikt

Watch, Wait and Wonder har jämförts med traditionell psykodynamisk föräldra-barnpsykoterapi (PPT) med avseende på behandlingsutfall (Cohen et al., 1999). Beskrivningen av PPT-behandlingen i studien; modern inviteras att leka med sitt barn (utan någon instruktion) och att samtala med terapeuten; att det främsta arbetet sker mellan terapeuten och föräldern, traditionell psykoterapi, samtidigt som de löpande under sessionen uppmärksammar barnets aktivitet.

Studien omfattade 67 kliniskt jämförbara barn i åldern 10–30 månader (vid behandlingens start) och deras mödrar. Mödrarna som deltog i studien sökte för att deras barn hade olika svårigheter; sömn- och uppfödningproblem, aggressivt och överaktivt beteende. Barnen upplevdes vidare vara bråkiga eller svårtröstade samt uppvisade separationssvårigheter. Föräldrarna sökte även för att de hade problem med att förstå sina barn och uttryckte oro kring sin relation med barnet. För de flesta familjer var dessa svårigheter långvariga och hade startat vid födelsen eller någon gång då barnet bara var några månader gammalt.

Mödrar och barn erhöi i medeltal 15 behandlingstillfällen (8–18) med frekvens 1 tillfälle/vecka över en tid på 5 månader. Följande bedömningar

görs i de båda behandlingsgrupperna: mor-barnrelationen avseende anknytningsmönster, kvalitet på leken mellan mor och barn, depressionsskattning av mamman, säkerhet/osäkerhet i föräldraskapet samt beteende- och utvecklingsbedömning av barnen.

Resultatet visar att barnen och föräldrarna som fått ww&w-behandling i högre utsträckning var organiserat eller tryggt anknutna och uppvisade bättre resultat vad gäller problemlösning och andra kognitivt laddade uppgifter. Barnen i ww&w-gruppen uppvisade högre förmåga att reglera sitt beteende och sina känslor och kunde därför fortsätta med en uppgift trots att de blev störda.

Mödrarna till barnen som ingick i ww&w-gruppen rapporterade, efter behandlingen, färre psykologiska svårigheter och depressionssymptom. Mödrarna i ww&w-gruppen rapporterade även att de kände sig mer kompetenta och tillfredsställda i sin föräldraroll än mödrarna i den andra behandlingsgruppen.

I båda grupperna visar resultatet på en minskning av svårighetsgrad av barnens problem samt minskad föräldrastress. Förbättringar i mor-barnleken observerades i båda behandlingsgrupperna då mödrarna gjorde färre intrång i barnens lek och det blev färre konflikter. Forskarna registrerade ökat antalet ömsesidiga och trevliga leksituationer mellan mödrar och barn.

Vid uppföljning efter 6 månader (Cohen et al. 2002) fick båda grupperna samma resultat avseende samtliga parametrar. Resultatet i den traditionella behandlingsmetoden (PPT) låg nu på samma nivå som resultatet från ww&w. Båda metoderna är således effektiva, men de positiva behandlingseffekterna visar sig tidigare med ww&w.

Praktisk tillämnning

Settingen för behandlingen skall vara förutsägbar, pålitlig och ge en känsla av kontinuitet. Utrustningen är en del av den terapeutiska ramen. Madrassen/pölen/filtten ligger färdig på golvet med leksakerna uppdukade runt kanterna, i samma ordning vid varje behandlingstillfälle. Terapeuten sitter i en stol en liten bit ifrån föräldra-barnparet. Rummet är i övrigt fritt från leksaker.

I texten benämns förälder ibland som mor, metoden i sig är lämplig för både mor-barn- och far-

barnpar. Behandlingen består av två delar:

Den första delen är en barnledd leksession vilken varar 5–30 minuter, beroende på barnets ålder och föräldra-barnparets uthållighet och avbryts av terapeuten då barnet eller föräldern inte orkar mer, blir trött, ängslig eller orolig. Terapeuten instruerar modern att vara på golvet med barnet, följa barnets initiativ, svara sitt barn, men bara på barnets initiativ, inte ta över eller rikta aktiviteten på något sätt. Det är barnet som bestämmer och ger förutsättningarna för interaktionen, barnet leder – modern följer.

I den andra delen följer ett samtal om moderns observationer av sitt barn, hennes tankar och känslor, hennes upplevelse av barnets aktivitet, vad som känts lätt/bra och om eventuella svårigheter som modern har upplevt då hon skulle följa instruktionerna. Terapeuten är i denna del nyfiken på moderns egna iakttagelser och bör därför följa upp och fråga vidare. Vad har du lagt märket till av (x) aktivitet? Vad har du tänkt på/sett? Hur har det känts för dig att följa (x)? Hur tror du detta var för (x)? Vad tycker du hände mellan er? Hur var det för dig att följa instruktionen? (x) står för barnets namn.

Reflektionerna kan sedan leda vidare till att beröra samspelet mellan mor och barn utanför terapirummet. Terapisessionen fortskrider med reflektioner över moderns anknytningserfarenheter till andra viktiga personer via de affekter och tankar som väcks och benämns under behandlingen i samspelet med barnet. I reflektionsdelen belyser terapeuten vikten av att acceptera och tolerera känslor, att känslor är meningsfulla och möjliga att bära.

Terapeutens förhållningssätt

Förälder och barn är tillsammans på golvet under den barnledda aktiviteten. Terapeuten sitter i en stol en bit ifrån, tyst, närvarande, observerande, utan att intervensera, samma funktion som Winnicotts ”good enough holding mother”. Terapeuten förklarar för föräldern att han/hon inte kommer att interagera med barnet för att inte störa det som utvecklas mellan föräldern och barnet. Om barnet söker kontakt ska terapeuten rikta barnet tillbaka mot föräldern. Vissa mödrar placerar sig långt från barnet och tror att de inte får prata. Terapeuten

bör låta detta ske utan att kommentera eller korrigera under behandlingen.

I samtalet med modern fokuserar terapeuten samtalet på moderns observationer/iakttagelser av barnet och samspelet samt moderns upplevelser av att låta barnet styra. Det är viktigt att först få moderns beskrivning av sina observationer av barnet och samspelet dem emellan, före hennes tankar och känslor kring det hon upplevt.

När modern berättar om sina upplevelser av samspelet, bekräftar terapeuten och kan även göra ytterligare kommentarer i samma linje. Då modern blir tyst och inte kan kommentera sina observationer finns risk att terapeuten blir alltför aktiv och delger modern sina egna observationer för att låta moderns och sin egen ångest, en motöverföring. Om modern uppger att hon inte ser att barnet gör något bör terapeuten hålla tillbaka impulsen att förmedla sina iakttagelser eller rätta modern.

Behandlingsprocessen

Behandlingsprocessen beskrivs utifrån ett bestämt mönster (Muir et al., 1999).

Inledningsfas: Det är snarare regel än undantag att det är svårt för modern att förstå vad som krävs av henne initialt. Föräldern kan upplevas vara invaderande, oengagerad/uttråkad, aktiv/överaktiv, eller trött. Hon kan säga att hon inte gillar att leka. Hon kan känna sig obekvämt med situationen, att behandlaren sitter vid sidan och observerar. Under reflektionsdelen kan modern vara tveksam till att ge uttrycka åt sina observationer och hon söker ofta terapeutens observationer och svar. Modern kan uttrycka att barnet är olikt sig under samspeletsituationen exempelvis lugnare eller mindre kinkig i jämförelse med hur barnet är hemma. Det är vanligt att barnet inte kan leka och undersöka saker fritt, utan är upptagen av situationen och relationen till modern.

Terapeuten måste komma ihåg att den viktigaste relationen är den mellan mor och barn (fokus på dyaden – ej primärt modern) och att den främsta uppgiften är att göra det möjligt för modern att följa sitt barn. Terapeuten skall ej internera då modern inte klarar att följa instruktionen att invänta barnet, då interventionen kan väcka känslor av hjälplöshet och värdelöshet. Oro och ångest smittar och hjälplöshetskänslor hos terapeuten

i början av behandlingen är inte ovanligt. Det är viktigt att inte avsluta samspeletsdelen för tidigt (eller hela terapin), utan låta processen få chans att utvecklas. Terapeuten intar en tillåtande, närvarande, intresserad, nyfiken och hållande position

Mittfas: Modern känner sig efter hand mer bekväm med att följa sitt barn. Hon gör kanske fortfarande intrång i barnets lek, men inte lika mycket. Hon rättar sig själv antingen spontant i leken eller efteråt i reflektionsdelen. I samtalet kan modern komma med fler observationer och spontana försök till tolkningar.

Det äldre barnet kan visa lek som är kopplad till ett aktuellt tema. I mittfasen visar en del barn att de vill lämna rummet, de somnar eller agerar ut och barnets beteende/reaktion är sannolikt ett försök att undkomma ångesten/oron i terapisisituationen.

Terapeuten kan känna ångest då barnet riktar sig mot terapeuten istället för föräldern eller om barnet vill lämna rummet. Det är då risk att behandlaren känner sig oempatisk och tveksam inför metodens positiva effekter på samspelet. Terapeuten känner sig efterhand säkrare på metoden då modern och barnet blir mer bekväma med metoden.

Avslutningsfas: Så fort modern känner ”sig bekväm i behandlingen” är det dags att avsluta. Modern visar att hon njuter av sitt barn och samvaron med barnet. Hon avbryter samtalet med terapeuten då barnet behöver uppmärksammas och ägnar barnet full uppmärksamhet, därefter kan hon återvända till samtalet med terapeuten.

När barnet är redo att avsluta behandlingen kan barnet leka på ett koncentrerat och organiserat sätt, utan moderns aktiva inverkan. Barnet gör inte intrång/stör då terapeuten och modern pratar under reflektionsdelen. Barnet använder föräldern på ett tydligt sätt som en trygg bas som barnet kan utgå ifrån då han/hon utforskar omgivningen och leker med leksaker och föräldern i sin tur fungerar som en trygg hamna att återvända till.

Klinisk presentation

Av utrymmesskäl ges endast korta vinjetter ur 6 av behandlingens 12 sessioner. Johanna (J) ringer på min remisstelefon och uppger att hon inte mår bra och inte kan ta till sig sitt barn, tycker att allt känns

jobbigt, säger att hon inte älskar barnet och att hon har känt så ända sedan förlossningen. Barnet, Kim (K), är fyra månader.

I bedömningsamtalet beskriver J graviditeten som helt problemfri. Under förlossningen var J dock starkt smärtpåverkad, hon blev chockad utav smärtan och uttrycker en känsla av misslyckande kring förlossningen. Uppger inga starka känslor för barnet efter förlossningen. J beskriver att hon har försökt skapa struktur kring sin samvaro med Kim, bestämt att hon ska sjunga vid speciella tidpunkter varje dag, men att detta blir svårt då hon påverkas av sina humörsvängningar som hon inte kan styra och inte förstå var de kommer ifrån.

Bedömningen visar på en allvarlig samspelsstörning mellan mor och barn. J är intresserad av att omedelbart starta med samspelsbehandlingen och vi avtalar behandlingsstart påföljande vecka med behandlingsfrekvens en gång i veckan.

Vinjett ur session 1 och 2

Under samspelsdelen är Johanna växelvis invaderande och passiv i samspelet med Kim. J skakar med leksaker upp i ansiktet på K eller ter sig frånvarande och tittar bort. Få tillfällen av turtagning eller gemensamt fokus observeras. Under reflektionsdelen säger J ”Jag förstår inte, det händer ingenting, jag förstår inte vad K vill, allting känns fel. Det är svårast när jag är nere och är ledsen och det går ut över K. Det känns som om K är i vägen, jag skulle vilja gå och träna eller bara köpa mjölk. Jag känner mig bunden. Jag känner att det är K som styr, K är mammig och ibland tycker jag att K skrattar och då tänker jag att K känner att där fick jag som jag ville. Jag måste fostra K nu så jag slipper konflikter sedan”.

Vid andra sessionen undrar J hur det här egentligen kan hjälpa och vi pratar om samspel och samspelsbehandling. Under reflektionen efter samspelsdelen säger J ”Det här känns konstigt, konstlat. Det är sällan vi sitter så här hemma och jag sitter aldrig med K med leksaker. Det är trevligt att vara tillsammans och vara ihop här fast jag vet ju inte om jag gör rätt och jag saknar mycket att känna mig glad och tillfreds. Jag har liksom en irriterande känsla som jag inte riktigt vet var den kommer ifrån, ungefär samma som jag hade i tonåren kommer jag ihåg.

Vinjett ur session 7 och 8

Under samspelsdelen säger J till K ”det här var ju kul, här är ju andra saker än de du har hemma”. Kim tittar på mor när mor flyttar sig i pölen, Kim är mest tyst och mor sitter vid sidan och tittar och kommenterar. Under reflektionsdelen säger J ”Kim är bra på att roa sig själv. Det känns som att K kan vara vilket barn som helst”. J kommenterar att det är konstigt att andra säger att hon är allt för Kim. Hon kan inte alls se det själv. Hon känner att det är fel att hon skyller allt på Kim.

Vid nästa session sitter J och K i pölen ansikte mot ansikte. K sträcker sig efter bollen och mor räcker den. K tar bilen, sedan bollen och de skrattar, ”vet du vilken du vill ha” säger mor. K sträcker sig efter dockan och mor tar dockan och dockan ger Kim en puss. ”Hej Kim” säger dockan/J. K tar muggarna och säger ”ah ah ah”, tar muggen till munnen och gör prutt ljud. Mor tar sedan muggen till sin mun och gör prutt ljud. Båda tittar på varandra och ler och bygger sedan med muggarna. Då J skall reflektera över vad som hänt mellan dem under samspelsdelen säger hon att hon inte har tänkt på något särskilt. Berättar att Kim är ett halvår nu. Då vi tillsammans reflekterar över att mor härjade Kim i slutet av samspelsituationen blir J förvånad intresserad av fenomenet.

Vinjetter ur session 10 och 11 samt avslutning av behandlingen

Nu ter sig samspelet mer intonat med ett tydligt känslomässigt utbyte i kommunikationen. J är mer uppmärksam på Kim vilket leder till fler tillfällen av delad uppmärksamhet. Samvaron ser autentisk ut. I reflektionsdelen säger J ”K verkar mer medveten. K känner igen mig och den här situationen nu. Det känns lugnare, det känns mer, det känns som jag tycker om K mer. Jag saknade K igår. Jag var borta på kvällen och sedan ville jag bara hem. Jag känner mig inte irriterad, jag blir inte irriterad, jag är lugnare, bara att jag inte blir arg på natten är så skönt. Jag tänker att jag faktiskt har landat i mammarollen, det är så här det är, jag kan inte ändra på det”. Kim klappar i händerna och J avbryter samtalet och vänder sig mot Kim. Innan J går säger hon: ”Du, det känns precis som jag kommit över vattenytan, det känns precis som att jag behö-

ver inte hålla på som jag gjort innan och kämpa och kämpa för att få luft”.

Sista sessionen

Så fort mor och Kim kommer in i rummet så säger K ”ah ah” och vill ner i pölen med detsamma, K sträcker sig för att få komma ner. Mor säger ”visst vi skyndar oss, vad ska du ha?” J flyttar sig så att de kan sitta mitt emot varandra och säger ”känner du igen sakerna? Bollen vill du ha och de där andra sakerna”. J bygger och K tar klossarna och bankar, mor och K tittar på varandra och bankar båda två på varandras klossar. De leker tillsammans tillsammans i pölen. Under reflektionsdelen säger J ”Ja, det känns som det är vi, vi som leker och umgås, som har det bra ihop. Jag är mycket mer tillsammans med K hemma också. Jag känner att jag tittar mycket mer på vad det är K vill och jag sitter mer med och leker och är närvarande. Det kan vara så nu att om vi är borta en hel dag så saknar jag att inte ha haft den här stunden tillsammans”.

Mor berättar att innan hon kom till dagens besök så funderade hon på om hon verkligen behövde komma och vi avslutar i och med dagens besök. Behandlingen har inneburit 12 sessioner varav 11 med samspelsbehandling utifrån ww&w-metodiken, familjen har inte återkontaktat verksamheten efter avslutad behandling.

Bedömning inför samspelsbehandling

Samspelsbehandlingen förutsätter att föräldern har ett psykologiskt reflektionsutrymme vilket är avgörande för att kunna reflektera över sig själv och sin relation till barnet.

Bedömning inför ställningstagande för eventuell behandling är, på min enhet, formaliserad och innefattar bedömning av samspelet med fokus på föräldrarnas bidrag; föräldrarnas känslomässiga närvaro och lyhördhet för barnets signaler, barnets bidrag; regleringskapacitet, sensitivitet, temperament, moget och utveckling samt kvaliteten på samspelet; hur samspelet initieras och vidmakthålls, om det finns ett gemensamt fokus och turtagning kring detta och om det finns ett känslomässigt utbyte i kommunikationen.

För att mäta föräldrarnas uppfattning om sitt

samspel med barnen gör vi mätningar före och efter samspelsbehandlingen. Vi har valt att använda PBQ (Postpartum Bonding Questionnaire) ett självskattningsformulär som undersöker och mäter *Impaired bonding, Rejection and anger, Anxiety about care* samt *Risk of abuse* (Brockington et al., 2001; Brockington et al., 2006). Det är ett lättadministrerat instrument som mäter måttliga såväl som svårare störningar i föräldra-barnrelationen. PBQ används idag som ett stöd i bedömning inför erbjudande om eventuell samspelsbehandling (ofta tillsammans med EPDS och WMCI). Behandlingen följs upp efter avslutning med PBQ och vår sammanställning visar att samtliga föräldrar som har uppgett en samspelsproblematik, efter fullföljd behandling inte längre uppfattar att de har några samspelsstörningar (utfall under cut off gränsen, se också Edborg, 2004).

Kliniskt arbete med Watch, Wait and Wonder

Arbetet med *Watch, Wait and Wonder* startade 2004 som ett projektarbete inom Psykologverksamheten för Mödra- och Barnhälsovård i Nordvästra Skåne, med uppdrag att söka och pröva metoder för samspelsbehandling för familjer med barn yngre än ett år, där föräldrar och barn är primärt involverade i behandlingen, metoder som är prövade och utvärderade och som harmoniserar med verksamhetens vårdnivå och verksamhetens övriga behandlingsinsatser för att därefter kunna ta ställning till implementering i den ordinarie verksamhetens utbud.

Projektet föll väl ut och idag erbjuder vi samspelsbehandling till föräldrar och spädbarn/barn från 4 månaders ålder som kommit via remiss eller via egenremiss. Behandlingen erbjuds till föräldrar som känner sig osäkra i sin föräldraroll och har svårighet att förstå barnets behov och signaler; föräldrar som känner sig nedstämda, oroliga, otillräckliga och har svårt att finna fungerande rutiner tillsammans med sitt barn vad gäller ex. mat, sömn och skrikighet – regleringssvårigheter. Föräldrar som uppfattar sitt barn som överdrivet aktivt/passivt eller uppfattar att barnet reagerar påfallande starkt ex får vredesutbrott, är klängigt eller lättstört.

Behandlingserfarenheter

Det är vanligt att terapeut och förälder initialt känner motstånd och att känslor av hjälplöshet dyker upp hos både behandlaren och föräldern. Känslan av oro och ångest kan driva parterna till att avsluta, avbryta behandlingen i förtid eller ändra behandlingen för att undvika/lindra oron. Det är vanligare än man tror att även erfarna terapeuter har svårt att börja arbeta på annat sätt än det de är vana vid. Risken är stor att man blir försiktig i överkant och inte vågar prova eller ger upp efter första försöket. Min och mina kollegers erfarenhet är att behandlingsmetoden är en mycket kraftfull terapimetod som ger förbluffande resultat och gör stor skillnad för familjen, kanske i ett generationsperspektiv.

Referenser

- Brockington, I.F., Oates, J., Georg, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, N., Loh, C., & Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 133-140.
- Brockington, I.F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 233-242.
- Cohen, N., Muir, E., Parker, C.J., Brown, M., Lojkasek, M., Muir, R., & Barwick, M. (1999). Watch, Wait, and Wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* Vol. 20(4), 429-451.
- Cohen, N., Lojkasek, M., Muir, E., & Parker, C.J. (2002). Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: convergence of therapeutic outcomes. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 23(4), 361-380.
- Edhborg, M. (2004). *Postpartum depressive symptoms in a family perspective; some indicators, experiences and consequences*. Akademisk avhandling. Department of Woman and Child Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L., & Widström, A.M. (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Archives of Women's Mental Health* 6, 211-216.
- Edhborg, M. (2000). *The impact of Maternal Postna-*

tal Depressive Mood on the Parent-Child Relationship. Department of Woman and Child Health, Division of Reproductive and Perinatal care. Karolinska Institutet, Karolinska Hospital.

- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 273-278.
- Muir, E. (1992). Watching, Waiting and Wondering; Applying Psychoanalytic Principles to Mother-Infant Intervention. *Infant Mental Health Journal*. Vol 13(4), 319-328.
- Muir, E., Lojkasek, M., & Cohen, N. (1999). *Watch, Wait, & Wonder. A manual describing a Dyadic Infant-led approach to problems in infancy and early childhood*. Toronto: Hicks-Delkrest Centre.
- Reck et al. (2006) The German version of the Postpartum Bonding Instrument: Psychometric properties and association with postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 265-271.

Artikeln bygger också på föreläsning, workshop, handledning av Nancy Cohen, egen klinisk erfarenhet och nätverksmöten med kolleger som arbetar med samspeletsmetoden.

Sökord: *Watch, Wait and Wonder*, barnledd psykoterapi, samspel, föräldrar-barnrelation, dyad, anknytningsteori, PBQ, WMCI.

Keywords: Watch, Wait and Wonder, infant-led psychotherapy, parent-infant dyad, interplay, attachment theory, PBQ, WMCI.

Abstract

Watch, Wait and Wonder, an infant-led psychotherapy. Ww&w directly involves the infant in therapy and is requiring the parent to follow the infant's spontaneous and undirected activity. The parent is asked to watch, wait, and wonder with her/his infant. The intervention is a relational one and enables the parent to directly work therapeutically with their own child.

Ww&w are offered to parents who are seeking help, worried about their infants and their

relationships with them. Symptoms typically appear as functional problems in the infant involving feeding, sleeping, and behaviours such as extreme tantrums or difficulty being soothed.

For the first half of the session, the parent is asked to get down on the floor with the infant, follow the infant's lead, not initiate any activities him/herself, be sure to respond when the infant initiates but not to take over the activities in any way, remember to watch, wait, and wonder. The therapist sits slightly off to the side and watches, waits, and wonders, reflecting on the interactions of parent and infant.

During the second half of the session, the parent is asked to talk about what he/she observed about the infant's activity and his/her experience during the session. The therapist shows interest and curiosity about the relationship and inner life of the parent-infant dyad.

Anna Lannér Swensson, leg psykolog, leg psykoterapeut, auktoriserad psykoterapihandledare, har arbetat kliniskt inom mödra- och barnhälsovård sedan slutet av 80-talet, med särskilt fokus på behandling, utbildning och utveckling av barnhälsovårdens arbete att tidigt upptäcka och stödja familjer med reglerings- och samspelsproblem. Hon har medverkat till att införa samspelsbehandlingen *Watch, Wait and Wonder* i Sverige. Hon arbetar även som privatpraktiserande terapeut samt med undervisning och handledning. Hon är författare till skriften *Samspelet i spädbarnsfamiljen* (utgiven i augusti 2013, Gothia förlag). Hon arbetar vid psykologverksamheten för Mödra- och Barnhälsovård i Nordvästra Skåne.

anna.lanner-swensson@skane.se
anna@sundpsykologerna.se
www.sundpsykologerna.se