

**N E W**  
**M O NITORING**  
GUIDELINES TO DEVELOP INNOVATIVE  
ECEC TEACHERS CURRICULA



**NeMo**  
**Kurs för**  
**Förskolläroarutbildningen om**  
**för-språklig**  
**observationsmetodik**  
**Sammanfattning**



Medfinansierat av  
EU-programmet  
Erasmus+

**N E W**  
**M O NITORING**  
GUIDELINES TO DEVELOP INNOVATIVE  
ECEC TEACHERS CURRICULA



CC BY-NC 4.0

## Credits

Prof. Claudio Paolucci  
*Università di Bologna*

Collaborators: Dr. Flavio Valerio Alessi, Dr. Gabriele Giampieri, Dr. Luigi Lobaccaro, Dr. John Sykes  
*Università di Bologna*

Contributors: NeMo Partnership

NeMo Digital Tool SE:  
[https://unibopsice.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_6thpUARnFwnt8YC](https://unibopsice.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_6thpUARnFwnt8YC)



# SAMMANFATTNING

|   |    |
|---|----|
| State of the art:<br>tre kritiska händelser | 3  |
| NEMO-PROJEKTET                              | 5  |
| Ett steg tillbaka:<br>AST och SCREENINGTEST | 6  |
| NeMo-METODIK                                | 10 |
| Bibliografi                                 | 25 |
| NeMo Manual                                 | 27 |



Medfinansierat av  
EU-programmet  
Erasmus+

# 01



## Kurs för Förskolläro-utbildningen om för- språklig observationsmetodik Sammanfattning

### State of the art: tre kritiska händelser

Prevalensen av autism i Europa är 12,2 per 1 000 barn (motsvarande ett av 89 barn). Diagnosen autismspektrumtillstånd (AST) ges vanligtvis runt 2,5 års ålder, ofta efter en utredning om försenad språkutveckling.

Barnet pratar inte och följaktligen blir vårdgivaren orolig och ber om hjälp: i efterhand kommer vårdnadsgivaren att inse att flera av indikationerna kunde ha uppfattats tidigare. Det är just denna omständighet som NeMo-projektet (<https://site.unibo.it/nemoproject/sv>) behandlar; att tydliga tecken på funktionsnedsättningar och atypiska egenskaper som kan leda till AST är synliga och avläsningsbara mycket tidigare, genom att titta på kroppsbundna och förspråkliga interaktioner med spädbarn.

# NeMo-projektet och NeMo-metodiken utgår från tre kritiker:



**1** 28 månader (eller mer) för att upptäcka utvecklingsstörningar är för sent, eftersom neuroplasticiteten är högre under det sekundära intersubjektivitetsfönstret (9–18 månader) och det har visat sig att en tidig intervention är effektivare om den jämförs med en standard «post-ADOS» (för en översikt, se Franz och Dawson 2019);

**2** Screeningtester kan inte utföras av en psykiater för varje enskilt barn som föds i denna värld;

**3** Screeningtesternas design är inte verklighetsanpassade. I ett "naturligt" test, interagerar barnet med de människor som omger barnet till vardags och gör de saker som barnet brukar göra. En fråga har varit om vi i sådan situation har en "ekologisk validitet" (se Lewkowicz 2001) som också kan hänvisas till den betydande ökningen av AST-diagnos under de senaste åren.

## 2. NEMO-PROJEKTET

Syftet med NeMo-projektet är att med hjälp av observationer kunna upptäcka icke-typiska interaktioner som i sin tur kan bidra till att en diagnos av AST kan ställas vid en tidigare ålder än vad som görs idag.

Därför har NeMo utvecklat en observationsmetodik som är lätt att följa även av icke-erfarna observatörer, som vårdgivare, familjemedlemmar och förskolelärare. NeMo-metodiken som har utvecklats av Universitetet i Bologna ersätter tidigare framtagna modeller i tre principiella funktioner:



a

Den ersätter i fråga om barns ålder vid observation eftersom den fungerar för barn redan i åldrarna mellan 9 -18 månader.

b

Den ersätter psykiatrikern (eller specialisten) med en vårdnadshavare, utgångspunkten i projektet är förskolelärare

c

Den ersätter tester i laboratoriemiljön och starkt språkligt drivna screeningtester med verkliga miljöer (i europeiska förskolor) som förstås utifrån en bred semiotisk analys med hjälp av föräldrars egna hemvideor.

Metodiken syftar till att hjälpa förskolelärare att upptäcka tydliga tecken på möjliga framtida hinder i sociala färdigheter, som senare kan leda till en AST-diagnos. Genom observation av förlingvistiska interaktioner mellan vårdgivare och spädbarn kommer förskoleläraren utveckla färdigheter i observationsmetoder, med fokus på observation av småbarns erfarenhet av interaktioner i förskolan.

# 3. Ett steg tillbaka: AST och SCREENINGTEST

För att komma närmare målet att utbilda förskollärare som inte har tidigare erfarenheter av att systematiskt observera och tidigt uppmärksamma icke-typiska interaktioner måste en översikt över huvudtecken för AST och gränserna för screeningtester övervägas.

Enligt den senaste versionen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, 2013) definieras AST som en del av ett spektrum, vars särdrag består av två huvudkategorier:

- Ihållande svårigheter i social kommunikation och social interaktion i flera sammanhang, vilket manifesteras i följande områden (för närvarande eller bakåt i tiden):

- i) Bristande förmåga till social och känslomässig ömsesidighet
- ii) Bristande förmåga i icke-verbala kommunikativa beteenden som används i social interaktion;
- iii) Bristande förmåga att utveckla, upprätthålla och förstå relationer.

Denna domän kan sammanfattas som Social påverkan





### 3. Ett steg tillbaka: AST och SCREENINGTEST

Begränsade, repetitiva beteendemönster, intresse eller aktiviteter som manifesteras av minst två av följande områden (för närvarande eller bakåt i tiden):

**Stereotypa eller repetitiva beteenden i motoriska rörelser, vid användningar av föremål eller i tal;;**

**Mycket begränsade, fixerade intressen med stark intensitet eller fokus**

**Vidhålla likhet, rigiditet i att följa rutiner eller ritualiserade mönster av verbalt eller icke-verbalt beteende**

**Hyper- eller hypo-reaktivitet mot sensoriska intryck eller ovanligt intresse för sensoriska aspekter av miljön..**



Trots biomedicinska framsteg finns det för närvarande inga medicinska tester eller biologiska markörer för att identifiera autismspektrumtillstånd. Därför, baserat på de kategorier som tillhandahålls av DSM-5, är syftet med screeningtester för AST att upptäcka avvikande beteenden och ge ledtrådar för att upptäcka tidiga tecken på vad som kan leda till en AST-utredning.

### 3. Ett steg tillbaka: AST och SCREENINGTEST



Flera screeningtester som används för att upptäcka AST hos yngre barn kan differentieras enligt tre huvudfunktioner::

#### 1) Testets målgrupp

**a)** Nivå 1 Test avsedd att screena på befolkningsnivå, det vill säga alla barn oavsett risk för funktionsnedsättning, inklusive AST (Towle och Patrick 2016: 2). ITC (Infant-Toddler Checklist) och ESAT (Early Screening for Autistic Toddlers) är exempel på denna typ av screeningtest.

**b)** Nivå 2 Test tillämpas på barn i riskzonen, t.ex. barn vars vårdnadshavare eller barnläkare anser att de löper större risk att diagnostiseras med AST än en annan typ av försening eller funktionsnedsättning (Ibid.). Till exempel, på en genetisk nivå, kommer barn som har syskon med diagnostiserad AST att utvärderas med denna typ av test. STAT (Screening Tool for Autism in Two Years Old) är ett exempel på screeningtest på nivå 2.

Tester som M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) används båda för nivå 1 och 2.

De mest tillförlitliga screeningtesterna utgör vad som definieras som Gold Standard, sammansatt av ADI-R- och ADOS-tester, vars balans mellan känslighet och specificitet gör att dessa tester används som verktyg för att identifiera AST-diagnos.

## 3. Ett steg tillbaka: AST och SCREENINGTEST

### 2) Olika sätt att administrera/genomföra testet.

Vi kan hitta screeningtester baserade på frågeformulär som administreras till eller direkt sammanställs av spädbarnens vårdgivare. För enkelhetens och snabbheten i administrationen är M-CHAT en av de mest använda screeningtesterna av frågeformulärstyp.

Till skillnad från M-CHAT finns tester som ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) där barnet observeras i planerade interaktioner.

Det finns också blandade metoder, såsom ADI-R, vars utvärdering erhålls genom både ett frågeformulär som administreras till vårdgivarna och den direkta observationen av barnet.



### 3) Kriterierna för värdering

Screeningtester presenterar olika värderingskriterier och tröskelvärden genom vilka det bestäms om barnet potentiellt har AST. Dessa gränsvärden uppnås genom värdering av barnets beteenden eller genom svaren på de relaterade frågorna. Således beror värderingssystemet och tröskelvärden strikt på utformningen av frågorna och de tillgängliga svaren.

## 4. NeMo-METODIK.

# ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN



Problemet med variablerna som utgör screeningtesterna (lista över tecken, förmågor, och aktiviteter) är att en vardagsobservatör, t.ex. en vårdgivare eller en förskollärare, har inte möjligheter och kompetenser att hantera allt det arbetet. Den första uppgiften i att ta fram den här metodiken har varit att göra metoden tillgänglig för fler genom att «förenkla» genomförandet. Förenklingen innebär att de komplexa variablerna som ska värderas sammanfattas i ett mindre antal indikatorer att leta efter, tecken som en vårdgivare lätt kan urskilja. Semiotisk teori har varit det viktigaste verktyget som använts för att identifiera dessa tecken (se Paolucci 2012, 2021, 2022; Fusaroli, Paolucci 2011).

---

I detta arbete har mer tekniska semiotiska detaljer reducerats för att göra metodiken mer tillgänglig. I projektet används begreppet följsamhet genomgående som ett sätt att förhålla sig till hur vi kan observera barnets interaktion, eller brist på interaktion, med sin omvärld.

## 4. NeMo-METODIK.

### ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN

#### Så, vad är följsamhet?

Med en enkel inramning kan detta beskrivas som att vara följsam är att anpassa sig till andra genom det sätt man rör sig, betar sig eller känner tar hänsyn till hur den andra rör sig, betar sig eller känner.

Det huvudsakliga som gör NeMo-observationsmetodiken smidigt, är att observatören enbart behöver titta på ömsesidig följsamhet mellan spädbarnet och vårdgivaren under deras interaktion.

Tre dimensioner har tagits fram, dessa förhåller sig på olika sätt till följsamhet i relation till interaktion: A) kroppens följsamhet; B) följsamhet i handlingen; C) följsamhet i känslorna. Dessa utgör en sensorimotorisk (A), en beteendemässig (B) och en känslomässig (C) dimension.



**Sensorimotorisk dimension (kroppens följsamhet)**

**Beteendemässig dimension (följsamhet i handlingen)**

**Emotionell dimension (följsamhet i känslorna)**

## 4. NeMo-METODIK.

### ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN

#### 4.1 SENSORIMOTORISK DIMENSION:

##### A) KROPPARNA



När det gäller den kroppsliga dimensionen är en typisk interaktion som en bra fungerande dans. I dansen anpassas kroppar till varandra på ett harmoniskt sätt då den ene anpassar sig till vad den andra gör.

Om det lilla barnets kropp i en interaktion enbart verkar röra sig efter sina egna "regler", utan att anpassa sig till den andras kropp, kanske interaktionen inte framstår som "naturlig" (typisk). Detta kan vara en indikation på risk för framtida autismrelaterad förändring.

När kroppar är i vad som kan identifieras som en typisk interaktion så anpassas personers kroppar till varandra. Kropparna är följsamma i relation till varandra och anpassar sig till vad den andra kroppen gör. Motsatsen är en brist på följsamhet där det till synes verkar som att kropparna följer sina egna separata instruktioner, till synes utan anpassning till varandra. Hur kroppar beter sig under en interaktion är av stor vikt, personer med AST har inte främst svårigheter "tankeläsning" och kommunikation (se Paolucci 2019, 2020).

## 4. NeMo-METODIK.

### ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN

#### 4.1 SENSORIMOTORISK DIMENSION:

##### A) KROPPARNA

Inom neurovetenskapen har forskare hittat en speciell klass av neuroner som kom att kallas "peripersonella neuroner" (PPN). Dessa neuroner övervakar det utrymme som omger våra kroppar (som sträcker sig så långt vi kan nå), nu kallat "peripersonellt utrymme" (PPS). Idag kan medvetenhet om sådana skillnader informera hur vi upptäcker, interagerar med och stöttar barn med AST.



Ett fynd inom experimentell neurovetenskap är att verktygsanvändning kan öka storleken av en persons PPS. Detta beror på att personens "interaktionsområde" blir större tack vare verktyget. Om en person till exempel använder en dammsugare förlänger detta verktyg hur stort utrymme personen kan påverka.

Att samarbeta med en annan person kan också expandera en persons PPS. Studier har visat att när två personer samarbetar (t.ex. i lek och spel) kommer deras PPS att expandera för att även inkludera den andra personen. När vi interagerar med en annan människa förändras hur vi relaterar till det omgivande utrymmet för att rymma den/de andra personerna och återspegla den förändring detta medför för vår situation. Vi har kraften av två i någon mening och måste kunna navigera i vår omgivning och ta hänsyn till en annan persons kropp. Teneggi et al. (2013) fann att PPS för båda samarbetspartnerna kommer att öka till att omfatta varandra efter samarbete.

## 4. NeMo-METODIK.

### ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN

#### 4.1 SENSORIMOTORISK DIMENSION:

##### A) KROPPARNA

Brister i denna automatiska kapacitet kan få negativa konsekvenser för intersubjektiviteten. Det verkar som om barn med AST är något inneslutna inom sina egna rumsliga gränser. De normalt flytande och permeabla gränserna för PPS i sociala situationer förblir fasta. Objekt som faller inom denna starka rumsliga gräns är verkligen "mina" och kanske inte dyker upp som delade objekt. Detta har naturligtvis ingenting att göra med själviskhet: det är bara så de ser ut för hjärnan på grund av dess rumsliga sammansättning.



I bambini coBarn med AST kan verka sakna hänsyn till andras närvaro eller automatiskt inkludera dem i sin egen kroppsliga lek. Även om barnet kan tycka om att interagera med föremål, kommer hen tydligt att visa preferenser för att denna aktivitet ska vara helt på sina egna villkor. Slutligen har vissa forskare (t.ex. Noel et al. 2015) påpekat att det kan vara en terapeutisk fördel att hitta sätt att försvaga denna skarpa själv-andra gräns och hjälpa spädbarn med AST att öka sin förmåga att interagera och samordna med andra.



## 4. NeMo-METODIK.

### ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN

#### 4.1 SENSORIMOTORISK DIMENSION:

##### A) KROPPARNA

För att maximera den information som hittills samlats in om sensomotoriska studier fokuserar NeMo-metodiken på fyra olika dimensioner (för den utökade versionen och klassificeringssystemet, se NeMo-manualen och NeMo-verktyget som du hittar i "Kurs för Förskolläraryrket om för-språklig observationsmetodik"):

##### **A1) Anpassning av den egna kroppen i rummet och till ting.**

Denna kategori tar hänsyn till barnets kompetens att hantera kroppen och utrymmet nära kroppen, att närma sig eller flytta sig bort från vårdgivare, föremål eller andra barn.

##### **A2) Anpassning av den egna kroppen i förhållande till någon annans kropp.**

Denna kategori mäter i vilken utsträckning barnet verkar anpassa och samordna sin kropp till vårdgivare eller andra spädbarn i en interaktion. Det är inte ovanligt att barn med AST-diagnos inte justerar sin egen kroppsställning och rörelser på ett sätt som överensstämmer med en annan persons rörelser.

##### **A3) Uppvisar kroppskontroll och medvetenhet om den egna kroppen.**

I denna utgångspunkt för observation uppskattas barnets övergripande kroppsliga kontroll och rörelsestil, detta gäller även under icke-interaktiva situationer. En eventuell varningssignal (hos lite äldre barn) kan vara om barnet återkommande upprepar enkla kroppsörelser som till synes saknar målinriktning som till exempel handviftande (flapping), intensivt gnuggande eller fram-och-tillbaka-gående.

##### **A4) Grad av uppmärksamhet på vårdgivarens motoriska sanktion.**

En motorisk sanktion, i detta sammanhang, är en positiv eller negativ bekräftelse kopplat till barnets fysiska aktivitet eller motorik i en interaktion. Vårdgivarens motoriska sanktion bör tolkas som alla typer av värderande responser (positiva eller negativa) som vårdgivaren signalerar med ord, handlingar, ljud och gester som används för att påverka barnets handlingar och reaktioner. Uppmuntrande bekräftelse är exempel på en sanktion som ofta används av vårdnadshavare för att motivera, öka och hjälpa barnet att orientera sin prestation. Observationspunkten mäter barnets uppmärksamhet och föregripande för att möta vårdgivarens kroppsliga rörelser.

## 4. NeMo-METODIK.

### ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN

#### 4.2. BETEENDEMÄSSIG DIMENSION:

##### B) FÖLJSAMHET I HANDLINGEN



Att observera handlingar är kanske den mest uppenbara och lättförståelig av de tre dimensionerna. Spädbarn med AST kan upplevas vara i sin egen värld på ett sätt som kan tolkas som att de inte bryr sig om att interagera med vårdgivarna. Naturligtvis säger vi inte att de inte bryr sig - förmodligen gör de det - men utifrån kan det se ut som att de inte gör det, kanske för att det är svårt för dem att interagera på ett sätt som förväntas av omvärlden, så de föredrar att sluta[1]. När du inte är bra på något vill du vanligtvis inte göra detta, eftersom det påminner dig om din egen otillräcklighet.

Redan kort efter födseln deltar spädbarn i protokonversationer med sin vårdgivare (Tomasello, 1979). Protokonversationer är sociala och intersubjektiva interaktioner där föräldern och spädbarnet fokuserar sin uppmärksamhet på varandra på sätt som tjänar till att uttrycka och dela grundläggande kommunikation. Tomasello (2000) specificerar dock att interaktionerna är intersubjektiva först när spädbarn förstår andra som egna subjekt med egna erfarenheter - vilket barn inte kommer att göra förrän vid nio månaders ålder. Runt denna ålder börjar en ny uppsättning beteenden dyka upp som inte bara är dyadiska men triadiska i den meningen att de involverar en samordning av deras interaktioner med föremål och människor. Denna samordning resulterar i en referenstriangel bestående av barn, vuxen och objektet eller gemensam händelse.

[1] För en diskussion om detta ämne, kopplat till sociala Motivation av AST, se Paolucci 2021.

## 4. NeMo-METODIK.

### ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN

#### 4.2. BETEENDEMÄSSIG DIMENSION:

##### B) FÖLJSAMHET I HANDLINGEN

Runt nio månaders ålder tycks spädbarn visa en ny förståelse för samband mellan handling och händelse (utfall).

Nya beteenden som visar på denna nya förståelse är (a) användningen av flera beteendemässiga medel för samma mål och (b) erkännande och användning av beteendeförmedlare i strävan efter mål. Denna nya nivå av förståelse visar sig som ömsesidiga handlingar mellan barn och vårdgivare, i vissa fall kan detta saknas vilket kan definieras som en avvikande utveckling för ett barn.



---

Även denna dimension är indelad i fyra kategorier (för den utökade versionen och klassificeringssystemet, se NeMo-manualen och NeMo-verktyget som du hittar i "Kurs för Förskolläro-utbildningen om för-språklig observationsmetodik":

## 4. NeMo-METODIK.

### ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN

#### 4.2. BETEENDEMÄSSIG DIMENSION: B) FÖLJSAMHET I HANDLINGEN

##### **B1) Att göra tillsammans.**

Denna kategori mäter i vilken utsträckning barnet spontant kan delta i delade aktiviteter med framgång. Här är det viktigt att observera om eller hur flexibelt barnet kan delta i aktiviteter som inte är strikt planerade och/eller strukturerade.

##### **B2) Ömsesidig blick i en gemensam handling (vårdgivare och barn tittar på varandra).**

Denna kategori mäter frekvensen och stilen genom vilken barnet får ögonkontakt med sin vårdgivare eller ett annat barn under en gemensam aktivitet. Detta är naturliga beteenden som används av barn och vuxna för kommunikativa och pragmatiska ändamål. Om barnet undviker att söka efter och / eller svara på den andras blick upprepade gånger, sällan eller bara ibland, kan detta vara en indikation på risk för

##### **B3) <sup>AST</sup> Gemensam uppmärksamhet, undersökande beteende och kommunikation med vårdgivare.**

Den här observationspunkten mäter i vilken utsträckning barns och vårdgivares uppmärksamhetsfokus verkar samordnade med varandra i en samspelssituation en gemensam handling eller uppgift. Till exempel, om vårdgivaren påkallar barnets uppmärksamhet på en leksak så kommer barnet att titta på leksaken och sannolikt att bjuda in vårdgivaren att leka tillsammans. En potentiell varning i detta fall kan vara om barnet skulle visa svårigheter med att rikta uppmärksamhetsfokus till sin vårdgivares inbjudan, eller om barnet sällan kommunicerar med partnern, varken verbalt eller icke-verbalt, under delade uppgifter och spel.

##### **B4) Grad av uppmärksamhet på vårdgivarens beteendespåföljd.**

Observationspunkten mäter i vilken utsträckning barnet uppfattar, är medveten om och reagerar på en handling i sitt sammanhang och/eller gester som görs av vårdgivaren. En annan situation att uppmärksamma kan vara om barnet inte "följer spelreglerna" i en särskild situation även efter uppmuntran förstärkta instruktioner och motivationer.

## 4. NeMo-METODIK.

### ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN

#### 4.3. EMOTIONELL DIMENSION:

##### C) FÖLJSAMHET I KÄNSLORNA



När det gäller känslor, i en typisk interaktion, förändras beteenden och känslor i enlighet med en förändring i den/de andras känslor. Om någon blir arg tar den som interagerar med den arga personen hänsyn till ilskan och ändrar kanske sitt beteende och sitt humör därefter. Barn med AST har ofta svårt att ta hänsyn till detta.

Naturligtvis säger vi inte att spädbarn måste vara glada när vårdgivaren är glad, eller ledsen när vårdgivaren är ledsen. Detta är inte följsamhet. Att vara följsam betyder inte att känna samma känsla: det är vare sig empati eller känslomässig smitta. Det innebär helt enkelt att ta hänsyn till de andras känslor. Till exempel när ett spädbarn med en typisk utveckling ser att deras vårdgivare är arg på dem så kan barnet besluta sig för att anpassa sig till vårdgivaren genom att fortsätta med det som gör hen frustrerad och vara medveten om detta. Detta är ett val, men det är också en följsamhet, eftersom barnet anpassar sig på sitt eget sätt. Barn med AST kan ofta se ut att inte ta hänsyn till förändringen i vårdgivarens känslor.

## 4. NeMo-METODIK.

### ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN

#### 4.3. EMOTIONELL DIMENSION:

##### C) FÖLJSAMHET I KÄNSLORNA

Trevarthan och Hubley (1978) har tillhandahållit en definition av intersubjektivitet som kan beskrivas som: "ett avsiktligt utbyte av erfarenheter om händelser och ting." Nivån eller graden av utbytet synliggörs av flera ömsesidiga handlingar som visar på följsamheten mellan barnet och vårdgivaren. Bakom handlingarna i en interaktion byggs och utvecklas hela tiden en känslomässig dimension. Stern argumenterar för möjligheten att tala om en känslolavstämning (affect attunement) som uppvisandet av ett känslomässigt tillstånd som svar på den andres känslomässiga tillstånd utan att direkt imitera den andres beteendetryck[1].



[1] D. N. Stern, The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology; 1985; Libri Karnac

## 4. NeMo-METODIK.

### ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN

#### 4.3. EMOTIONELL DIMENSION:

##### C) FÖLJSAMHET I KÄNSLORNA

Behovet av att skilja "följsamhet" från andra affektiva (känslomässiga) fenomen som har kallats "affektiv matchning" eller "affektiv smitta" är att det senaste innebär en automatisk induktion av ett känslotillstånd hos en person som kommer ifrån att se eller höra någon annans känslouttryck.

Vidare presenterar Stern tre dimensioner som definierar ömsesidig följsamhet (attunement), dessa är intensitet, tid och form. Om de två första är kvantitativa dimensioner, skulle överensstämmelsen i kinetiska former (kroppsliga rörelser) uppstå på ett synestetiskt sätt mellan syn och hörsel, såväl som mellan syn och beröring. Poängen med denna diskussion om sinnenas samstämmighet är att argumentera för att förmågan att identifiera tvärmodala ekvivalenser (som skapar en perceptuellt enhetlig värld) är i grunden samma förmågor som tillåter modern och barnet att engagera sig i affektanpassning som leder till affektiv intersubjektivitet (känslomässig intersubjektivitet).

Flera studier om intersubjektivitet ledde till att vi föreslår följande punkter för att utvärdera nivån på känslomässig anpassning mellan ett barn och en vårdgivare (för den utökade versionen och klassificeringssystemet, se NeMo-manualen och NeMo-verktyget som du hittar i "Kurs för Förskolläraryrket om för-språklig observationsmetodik"):



## 4. NeMo-METODIK.

### ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN

#### 4.3. EMOTIONELL DIMENSION:

##### C) FÖLJSAMHET I KÄNSLORNA

**C1) Vårdgivare och spädbarn som ömsesidigt reglerar sitt känslomässiga tillstånd (var särskilt uppmärksam på spädbarnssnack av vårdgivaren).**

Från denna observationspunkt mäts hur barnet och vårdgivaren anpassar sina ömsesidiga känslomässiga tillstånd. Detta betyder inte att barnet måste uppvisa glädje om vårdgivaren är glad: barnet kanske också inte vilja lyda. Försök bara att märka om barnet tar hänsyn till vårdgivarens känslomässiga tillstånd. Vanligtvis anpassar både barn och vårdgivare kontinuerligt sina känslomässiga tillstånd till varandra på ett spontant, flytande och dynamiskt sätt.

**C2) Ömsesidig social blick (vårdgivarens och spädbarnets känslomässiga blick).**

Från denna observationspunkt bedöms hur ofta spädbarn och vårdgivare får ögonkontakt med varandra utanför direkt uppgiftsrelaterade sammanhang. Barn söker ofta naturligt och spontant att få ögonkontakt med vårdgivare eller andra barn och vuxna, även utanför situationer relaterade till konkreta handlingar eller lek. En potentiell varningssituation kan uppstå om barnet verkar ointresserat av att möta en annan persons blick, och / eller till och med kan verka undvika ögonkontakt helt.





## 4. NeMo-METODIK.

### ETT VERKTYG FÖR DEN VANLIGA OBSERVATÖREN

#### 4.3. EMOTIONELL DIMENSION:

#### C) FÖLJSAMHET I KÄNSLORNA

**C3) Ansiktsuttrycken med särskild uppmärksamhet på leenden som visar känslomässig följsamhet.**

Från denna observationspunkt mätes i vilken utsträckning barnet spontant imiterar eller reagerar på sina vårdgivares ansiktsuttryck. Vanligtvis reagerar barn naturligt och spontant med att spegla de känslomässiga uttrycken hos sin vårdgivare. Därför kan en potentiell varningssituation uppstå om barnet inte reagerar på vårdgivarens ansiktsuttryck.

**C4) C4) Grad av uppmärksamhet på vårdgivarens känslomässiga sanktion.**

Från denna observationspunkt mätes ett mer övergripande intryck av hur uppmärksam barnet verkar vara på vårdgivarens känslomässiga bekräftelse. En situation som kan uppmärksammas för denna observation kan vara om barnet bedöms visa svagt intresse för andras känslomässiga tillstånd och därmed också uteblir deras svar på vårdgivarens vägledning eller signaler om att anta ett särskilt känslomässigt tillstånd. Vid en interaktion kan den vuxne vårdgivaren vilja påverka barnets känslomässiga tillstånd, t.ex. försöka få barnet att känna nyfikenhet eller förvåning. Vårdgivare kan uppleva frustration när barnet inte svarar på dessa utan förblir i sitt tidigare tillstånd.



## 5. Slutsatser



Observationsmetoden som beskrivs ovan har genom NeMo-projektet nått ut till fem team av förskollärare från fem olika europeiska länder (Italien, Sverige, Spanien, Slovenien och Cypern). Dessa fem länder utgår på nationell nivå ifrån olika utbildningsriktlinjer där både enhetliga system (barn i ålder 0-6 ingår i samma utbildningssystem) och delade (där åldersgrupperna 0-3 respektive 3-6 ingår i olika utbildningssystem). Dessa skillnader var anledning till att just dessa fem länder valdes ut att arbeta med projektet för att testa hur användbar och effektiv observationsmetoden är för lärare i dessa olika utbildningsorganisationer. De fem forskarteamen introducerade observationsmetoden för förskollärare på lokal nivå som fick testa och utvärdera metoden.

För en fullständig rapportering och återkopplingen från de lokala förskollärarnas upplevelser av arbetet med observationsmetoden, NeMo-manualen och verktyget ta del av "Kurs för Förskollärarytbildningen om för-språklig observationsmetodik".

För att sammanfatta effekten har NeMo-observationsverktyget utvärderats som användbart för att rikta förskollärarnas observation på ett välorganiserat sätt, och upplevs som lätt att dela med kollegor och vårdnadshavare. Förskollärares och föräldrars erfarenheter av observationerna kan ha betydelse även i samverkan med andra professioner.

Med ödmjukhet och entusiasm delar vi NeMo:s forskning, metodik och verktyg till europeiska förskollärare, utbildningspolitiska beslutsfattare samt forskarvärlden. NeMo-projektet har spridits och kommer att fortsätta sprida bättre förståelse för hur vårdnadsgivare kan upptäcka tidiga tecken på autismspektrumtillstånd och på så vis stödja förskoleverksamhet och barnomsorg i Europa att förbättra dess förmåga att upptäcka, vårda och hantera tillgängligheten för barn med autism.

# BIBLIOGRAFI

Adornetti, I. (2018), *Patologie del linguaggio e della comunicazione*, Roma, Carocci.

Adornetti, I., Ferretti, F., Chiera, A., Slawomir, W., Przemysław, Ż., Deriu, V., et al. (2019). Do children with Autism Spectrum Disorders understand pantomimic events?, in «*Frontiers in Psychology*», 10, 1382 [10.3389/fpsyg.2019.01382].

Diciotti S., Paolucci C. (2022), A pilot study on embodied interactions and Artificial Intelligence in Autism Spectrum Disorders, forthcoming.

Fontanille J. (2004), *Figure del corpo. Per una semiotica dell'impronta*, Roma, Meltemi.

Franz L., Dawson G. (2019), Implementing early intervention for autism spectrum disorder: a global perspective, «*Pediatric medicine (Hong Kong, China)*», 2, 44, doi.org/10.21037/pm.2019.07.09.

Fusaroli R., Paolucci C. (2011), The External Mind: A Semiotic Model of Cognitive Integration, «*VS. Quaderni di Studi Semiotici*», 112-113, 3-30.

Gallagher S., Hutto D. (2008), Understanding Others Through Primary Interaction and Narrative Practice. In Zlatev J., Racine T.P., Sinha C., Itkonen E. (eds.), *The Shared Mind: Perspectives on Intersubjectivity*, John Benjamins, pp. 17-38, doi.org/10.1075/celcr.12.04gal.

Lebersfeld J.B. et al. (2020), Systematic Review and Meta-Analysis of the Clinical Utility of the ADOS-2 and the ADI-R in Diagnosing Autism Spectrum Disorders in Children, in «*Journal of Autism and Developmental Disorders*», doi.org/10.1007/s10803-020-04839-z.

# BIBLIOGRAFI

Lewkowicz D.J. (2001), The Concept of Ecological Validity: What Are Its Limitations and Is It Bad to Be Invalid, «Infancy», 2, 437-450.

Luyster R. et al. (2009), The Autism Diagnostic Observation Schedule – Toddler Module: A new module of a standardized diagnostic measure for autism spectrum disorders, in «Journal of Autism and Developmental Disorders», 39(9), 1305-1320, doi:10.1007/s10803-009-0746-z.

Paolucci C. (2012), Per una concezione strutturale della cognizione: semiotica e sci-enze cognitive tra embodiment ed estensione della mente, in Graziano M., Luvèrà C. (eds.), Bioestetica, bioetica, biopolitica. I linguaggi delle scienze cognitive, Messina, Corisco, pp. 245-276.

Paolucci C. (2019), Social Cognition, Mindreading and Narratives. A Cognitive Semiotics Perspective on Narrative Practices from Early Mindreading to Autism Spectrum Disorders, «Phenomenology and The Cognitive Science», 18 (2), 375-400, Dordrecht, Springer.

Paolucci C. (2020), A Radical Enactivist Account of Social Cognition, in Pennisi A., Falzone A. (eds.), The Extended Theory of Cognitive Creativity. Interdisciplinary Approaches to Performativity, Cham, Springer, pp. 59-74.

Paolucci C. (2021), Cognitive Semiotics. Integrating Signs, Minds, Meaning and Cognition, Berlin-New York, Springer, 2021. Paolucci C. (2022), A semiotic point of view on Autism Spectrum Disorders: The NeMo Methodology, «Versus», forthcoming.

Pennisi A. (2021), Che ne sarà dei corpi? Spinoza e i misteri della cognizione incarnata, Bologna, Il Mulino.

Pennisi A., Falzone A. (2020), The Extended Theory of Cognitive Creativity. Interdisciplinary Approaches to Performativity, Cham, Springer.

# BIBLIOGRAFI

Rahman Mokhlesur et al. (2020), A Review of Machine Learning Methods of Feature Selection and Classification for Autism Spectrum Disorder, «Brain Sciences», 10, 949; doi: 10.3390/brainsci10120949.

Trevarthen C., Hubley P. (1978), Secondary Intersubjectivity: Confidence, Confidence and Acts of Meaning in the First Year, in A. Lock (ed.), Action, Gesture and Symbol: The Emergence of Language, London, Academic, 183-229.

Van't Hof et al. (2021), Age at Autism Spectrum Disorder Diagnosis: A Systematic Review and Meta-Analysis from 2012 to 2019, in «Autism», 25(4), 862-873



**N E W**  
**M O NITORING**  
GUIDELINES TO DEVELOP INNOVATIVE  
ECEC TEACHERS CURRICULA



Europeiska Kommissionens stöd åt framställningen av detta dokument utgör inte ett godkännande av dess innehåll, vilket endast återspeglar upphovsmännens åsikter, och Kommissionen kan inte hållas ansvarigt för någon användning av informationen i det.



Medfinansierat av  
EU-programmet  
Erasmus+

[Data]

# NeMo | Observation Methodology Manual



New Monitoring Guidelines to develop innovative  
ECEC Teachers Curricula

ERASMUS+ PROJECT - 2019-1-IT02-KA201-063340



## **Nemo**

### **Med nya riktlinjer för att utveckla innovativa läroplaner för förskollärare**

#### **Handbok för observationsverktyget: Rekommendationer, förtydliganden och förklaringar**

#### **Innehållsförteckning:**

1. Introduktion och poängsättningsförfarande: om när och hur man använder den här handboken
2. NeMo-metodik: analysdimensioner<sup>4</sup>
3. Att fylla i och bedöma: rekommendationer om hur man använder schemat och bedömer interaktionerna
4. Värderingskriterier: beskrivning och förklaring av varje delområde





## 1. Introduktion och poängsättningsförfarande: om när och hur man använder den här handboken

Som förskollärare arbetar du med utbildning och omvårdnad av de allra yngsta barnen i svensk skolorm och bidrar till det primära och grundläggande uppdraget att främja utvecklingen av framtida generationer.

Denna handbok har utformats i syfte att hjälpa förskollärare att känna igen potentiella varningssignaler i barns interaktioner för att upptäcka tidiga indikationer på utveckling av autismspektrumtillstånd (AST). Det är också viktigt att veta att även andra utvecklingsproblematiker än AST kan inverka på barns kommunikationer och interaktion i tidig ålder. Det är därför viktigt att upptäcka alla sådana indikatorer så snart som möjligt. Syftet med NeMos observationsmetod är att hjälpa till att uppnå en tidig diagnos av AST som kan förbättra både barnets och familjens livskvalitet. För att göra detta ber vi dig att observera och bedöma barns aktiviteter medan de interagerar med dig eller med en av dina kollegor.

Vi föreslår att du väljer tillfällen för att göra observationerna då barn och vårdgivare engagerar sig tillsammans i vardagliga aktiviteter (äta, leka, dela föremål, röra sig tillsammans etc.). En interaktion med ett (spädbarn som påverkas av autismspektrumtillstånd (eller andra kognitiva funktionsbegränsningar) kommer att framstå som avvikande, eftersom varken vårdgivaren eller barnet verkar kunna upprätta en ömsesidig kontakt. Detta skiljer sig tydligt från den kontakt som uppstår mellan ett spädbarn med neurotypisk utveckling (ett barn utan AST) och en vårdgivare som utforskar en slags väg för kommunikation tillsammans genom sina handlingar, sina kroppar och sina känslor.

Verktyget består av totalt *12 observationspunkter* där du ska göra uppskattning av barns handlingar och beteenden i en interaktion. De 12 punkterna har delats in (om 4) under tre huvuddimensioner för att analysera interaktionen (du tittar alltså efter och bedömer 4 observationspunkter per dimension). Varje uppskattning görs som en bedömning på en numerisk skala (1-8).

Observationsverktygets *12 observationspunkter* har delats in i *tre huvuddimensioner*:  
i) A) "Anpassa Kropparna" (Sensomotorisk dimension);  
ii) B) "Utföra Handlingen" (Beteendemässig följsamhet);  
iii) C) "Anpassa Känslorna" (Emotionell dimension).

*Var och en av dessa dimensioner (teman) är vidare indelad i fyra delområden* med specificerade observationspunkter (4 observationspunkter per dimension). Du anger ett uppskattat värde på en numerisk skala för varje punkt. Dessa huvuddimensioner med sina delområden (observationspunkter) förklaras i handboken. För varje observationspunkt gäller ett specifikt delområde med tillhörande beteendemässiga ledtrådar att söka efter. Var



och en av dessa kan värderas ("poängsätts") från siffran 1 till 8, där 1 står för närvaron av förväntade beteenden och kompetenser och 8 står för deras frånvaro eller funktionsnedsättning. Som du kommer att läsa i instruktionerna delar det här schemat upp poängfördelningarna i grupper om *två värden* (1-2; 3-4; 5-6; 7-8). Beroende på hur du uppskattar graden av svårigheter i sammanhanget och de avvikelser som du observerar anger du ett värde för varje observationspunkt i schemat – från 1-2, (som betyder "*ingen oro*"), till 7-8, (Som indikerar "*allvarlig oro*").

Vi ber er att göra minst två utvärderingar per vecka under två veckor på ett barn, följt av en upprepning av samma operation (två utvärderingar per vecka i två veckor) med en ny uppskattning (om möjligt gärna med olika aktiviteter). Naturligtvis är detta inte obligatoriskt och när du blir mer van kan du utvärdera fler barn samtidigt. Använd alltid ett separat frågeformulär för varje barn som utvärderas. Bedömningen bör ta cirka 10/15 minuter att slutföra.



## 2. NeMo-metodik: analysdimensioner

Det här avsnittet innehåller en djupgående beskrivning av de viktigaste funktionerna i varje delområde som omfattas av de 3 dimensioner som används i NeMo-metoden: *Sensorimotorisk följsamhet* kallad "Anpassa Kropparna" (A), beteendemässig följsamhet kallad "Utföra Handlingen" (B) och emotionell följsamhet kallad "Anpassa Känsloerna" (C).

### A – *Anpassa Kropparna*:

#### A1 – *Rumsligheten (Anpassning av den egna kroppen i rummet och till ting)*

Denna kategori tar hänsyn till barnets kompetens att hantera kroppen och utrymmet nära kroppen, att närma sig eller flytta sig bort från vårdgivare, föremål eller andra barn. Forskning har ofta noterat att barn med diagnostiserad autismspektrumtillstånd ofta kommer att interagera annorlunda med andra när det gäller den andras personliga utrymme jämfört med barn som har typisk utveckling. Dessutom kan barn med AST verka som om de inte märker närvaron av andra som är i närheten och det kan också framstå som att de aktivt undviker fysisk närhet eller beröring. Det kan också förekomma att barnet förbli antingen för nära andra eller kommer att behålla ett överdrivet avstånd från dem under en interaktion. Det är vanligt att barn med AST diagnos oftare interagera med leksaker eller andra föremål, än med människor. De besitter därför rummet mer med hänsyn till de ting de interagerar verkar mer intresserade av att samordna sina rörelser för att leka (vanligtvis ensam) med sina leksaker, istället för att anpassa sig till en annan persons rörelser.

#### A2 – *Den andras kropp (Anpassning av den egna kroppen i förhållande till någon annans kropp):*

Denna kategori mäter i vilken utsträckning barnet verkar anpassa och samordna sin kropp till vårdgivare eller andra spädbarn i en interaktion. Till exempel kan barnet vända hela kroppen i den riktning som vårdgivaren pekar mot, eller vända sig mot en vårdgivare som kallar på barnets uppmärksamhet, samt samordna sina rörelser till den andras rörelser för att hålla igång interaktionen, som till exempel i en titt-tut-lek. I allmänhet kommer barn med typisk utveckling att anpassa sin egen kropp till vårdgivarens rörelser som i en turtagning, där ens egen kropp anpassas följsamt till den "andras" kropps-rörelser. Det är inte ovanligt att barn med AST-diagnos inte justerar sin egen kroppsställning och rörelser på ett sätt som överensstämmer med en annan persons rörelser. Barn med någon form av Autism uppvisar oftare ett sätt med kroppen som verkar styvt och oflexibelt till situationen och "den andras" försök att engagera sig med honom eller henne. Sådana icke-följsamma kroppsliga interaktioner kan ge intryck av att barnet undviker fysisk interaktion eller är orolig eller osäker på sin roll i situationen.



### **A3 – Barnets egen kropp (Kroppsmedvetenhet):**

I denna utgångspunkt för observation uppskattas barnets övergripande kroppsliga kontroll och rörelsestil, detta gäller även under icke-interaktiva situationer. Barn utvecklas olika men vanligtvis från 6 månaders ålder samordnar barn sina motoriska rörelser och sin kroppshållning, balanserar huvudet, bålen, händerna, armarna och benens rörelser för att starta eller fortsätta någon form av aktivitet. Ett annat exempel på detta kan vara att samtidigt som barnet kryper (vid 6-12 månaders ålder) sträcker barnet ut en arm för att nå en leksak eller "den andras" (vårdnadshavarens) kropp. Notera att en del barn hoppar helt över det så kallade "krypstadiet" innan de börjar gå. En eventuell varningssignal (hos lite äldre barn) kan vara om barnet återkommande upprepar enkla kroppsörelser som till synes saknar målinriktning som till exempel handviftande (flapping), intensivt gnuggande eller fram-och-tillbaka-gående. Dessa rörelser beskrivs som självstimmulerande och kallas "stimming". Barn med AST kan anta en hållning med kroppen som verkar påtagligt stel, ibland samtidigt som de upptas av stimmingbeteenden. Motoriska svårigheter och brist på samordning mellan överkroppen (som i allmänhet är lösare) och den nedre delen (i allmänhet stelare) kan också förekomma. Det har också visat sig att barn som vid 3 årsålder eller senare, får en AST-diagnos kan ha uppvisat en allmänt svagare muskeltonus redan som spädbarn.

### **A4 – Grad av uppmärksamhet på vårdgivarens motoriska sanktion:**

En motorisk sanktion, i detta sammanhang, är en positiv eller negativ bekräftelse kopplat till barnets fysiska aktivitet eller motorik i en interaktion. Vårdgivarens motoriska sanktion bör tolkas som alla typer av värderande responser (positiva eller negativa) som vårdgivaren signalerar med ord, handlingar, ljud och gester som används för att påverka barnets handlingar och reaktioner. Uppmuntrande bekräftelse är exempel på en sanktion som ofta används av vårdnadshavare för att motivera, öka och hjälpa barnet att orientera sin prestation.

Med denna utgångspunkt för observation uppskattas huruvida barnet svarar på vårdgivarens kroppsliga signaler i en specifik interaktion. Observationspunkten mäter barnets-uppmärksamhet och föregripande för att möta vårdgivarens kroppsliga rörelser. Särskild fokus bör läggas på avslutningen av en handling/aktivitet eller om en handling hos vårdgivaren kräver en *specifik* svarshandling från barnet. Exempel på detta kan observeras när barnet förbereder sig för att bli lyft eller kramad av vårdgivaren genom att till exempel sträcka sig mot vårdgivarens utsträckta armar. Till skillnad från de mer allmänna och öppna beteenden som mäts i A2, kräver en sanktion (bekräftelse) en specifik kroppsreaktion från barnet. Man kan se att barn med typisk utveckling (inte AST) spontant observerar sina vårdnadsgivares rörelser och att dessa barn spontant justerar sina egna rörelser till detta. Frånvaron av sådana kroppsliga anpassningar kan utgöra en varningssignal för potentiell risk att utveckla autism. Ytterligare observationsobjekt inom denna utgångspunkt för observation gäller imitation. Barn med typisk utveckling imiterar ofta vårdgivarens kroppsliga handlingar



även utanför tydliga samspelssituationer, hos barn med AST är dessa imitativa beteenden ofta starkt begränsade.

## **B – *Handlingen:***

### **B1 – Att göra tillsammans:**

Denna kategori mäter i vilken utsträckning barnet spontant kan delta i delade aktiviteter med framgång. Här är det viktigt att observera om eller hur flexibelt barnet kan delta i aktiviteter som inte är strikt planerade och/eller strukturerade. Därför mäter detta delområde hur adekvat barnet presterar under interaktiva sammanhang, till exempel barnets förmåga att gå in i en roll inom en interaktiv lek eller uppgift, med särskild uppmärksamhet på situationer där uppgiften / leken plötsligt förändras eller ett nytt element introduceras och barnet måste flexibelt anpassa sig till det nya.

### **B2 – Ömsesidig blick i en gemensam handling (vårdgivare och barn tittar på varandra):**

Denna kategori mäter frekvensen och stilen genom vilken barnet får ögonkontakt med sin vårdgivare eller ett annat barn under en gemensam aktivitet. Detta är naturliga beteenden som används av barn och vuxna för kommunikativa och pragmatiska ändamål. Om barnet undviker att söka efter och / eller svara på den andras blick upprepade gånger, sällan eller bara ibland, kan detta vara en indikation på risk för AST. Till exempel är minskad eller frånvarande ögonkontakt och en märkbar brist på uppmärksamhet på andra människors ansikten båda indikatorer på möjliga alarmerande situationer. Således, om barnet under ett samspel eller en i en uppgift ägnar betydligt mer uppmärksamhet åt omgivningen än till partnern i aktiviteten, och / eller verkar undvika att få ögonkontakt, kan detta vara en indikation på risk för Autismspektrumtillstånd.

### **B3 – Gemensam uppmärksamhet, undersökande beteende och kommunikation med vårdgivare:**

Den här observationspunkten mäter i vilken utsträckning barns och vårdgivares uppmärksamhetsfokus verkar samordnade med varandra i en samspelssituation en gemensam handling eller uppgift. Till exempel, om vårdgivaren påkallar barnets uppmärksamhet på en leksak så kommer barnet att titta på leksaken och sannolikt att bjuda in vårdgivaren att leka tillsammans. En potentiell varning i detta fall kan vara om barnet skulle visa svårigheter med att rikta uppmärksamhetsfokus till sin vårdgivares inbjudan, eller om barnet sällan kommunicerar med partnern, varken verbalt eller icke-verbalt, under delade uppgifter och spel. I dessa fall skulle vi således bevittna spädbarnen som om de vore "i sin egen värld", vilket kan manifesteras i deras markant reducerade kommunikativa, utforskande och ögonskådningsbeteenden.



## **B4 – Grad av uppmärksamhet på vårdgivarens beteendespåföljd:**

Observationspunkten mäter i vilken utsträckning barnet uppfattar, är medveten om och reagerar på en handling i sitt sammanhang och/eller gester som görs av vårdgivaren. I likhet med punkten A4 observeras här hur barnet svarar mot vårdgivarens beteende i samspel och hur mycket uppmärksamhet barnet ägnar åt vårdgivarens reaktioner. Till exempel, under en måltid, om barnet vägrar att äta och vårdgivaren fortsätter att uppmuntra barnet att äta, hur mycket påverkar detta barnets beteende?

En annan situation att uppmärksamma kan vara om barnet inte "följer spelreglerna" i en särskild situation även efter uppmuntran förstärkta instruktioner och motivationer.

Barn med AST eller andra utvecklingsrelaterade problematiker uppvisar ofta mindre uppmärksamhet för motiverande handlingar som annars uppmuntrar barn att vilja delta i interaktionen och bild sociala band i lek, såsom positiva ord och gester (t.ex. pekande, tummen upp eller klappa på ryggen).

## **C – Anpassa Känslor:**

### **C1 – Vårdgivare och spädbarn som ömsesidigt reglerar sitt känslomässiga tillstånd (var särskilt uppmärksam på spädbarnssnack av vårdgivaren):**

Från denna observationspunkt mäts hur barnet och vårdgivaren anpassar sina ömsesidiga känslomässiga tillstånd. Var uppmärksam på om barnet följsamhet av sina känslor till vårdgivarens känslor. Detta betyder inte att barnet måste uppvisa glädje om vårdgivaren är glad: barnet kanske också inte vilja lyda. Försök bara att märka om barnet tar *hänsyn* till vårdgivarens känslomässiga tillstånd. Vanligtvis anpassar både barn och vårdgivare kontinuerligt sina känslomässiga tillstånd till varandra på ett spontant, flytande och dynamiskt sätt. Tänk också på att vårdgivaren som använder så kallat "bebisprat" (eller sk. "motheres") ofta har bättre möjlighet att få barnets uppmärksamhet. Detta kan märkas om vårdgivaren plötsligt övergår från "normalprat" till uppmärksamhetsstimulerande "bebisprat".

### **C2 – Ömsesidig social blick (vårdgivarens och spädbarnets känslomässiga blick):**

Från denna observationspunkt bedöms hur ofta spädbarn och vårdgivare får ögonkontakt med varandra *utanför direkt uppgiftsrelaterade sammanhang*. Barn söker ofta naturligt och spontant att få ögonkontakt med vårdgivare eller andra barn och vuxna, även utanför situationer relaterade till konkreta handlingar eller lek. Denna ögonkontakt har vanligtvis en



kommunikativ funktion och stödjer den övergripande kvaliteten på interaktionen. En potentiell varningssituation kan uppstå om barnet verkar ointresserat av att möta en annan persons blick, och / eller till och med kan verka undvika ögonkontakt helt. Om du gör din bedömning utifrån en videospelad interaktion, bör du vara medveten om att barnet oftast kommer att se direkt på, eller strax ovanför, kameran om de får ögonkontakt med personen som håller i videobandspelaren.

### **C3 – Ansiktsuttrycken med särskild uppmärksamhet på leenden som visar känslomässig följsamhet:**

Från denna observationspunkt mätes i vilken utsträckning barnet spontant imiterar eller reagerar på sina vårdgivares ansiktsuttryck. I stället för att observera det övergripande känslomässiga tillståndet som i C1, är C3 mer uppmärksam på hur barnets ansiktsuttryck (t.ex. leende, skratt, frynande, uttryck av överraskning) matchar det som uttrycks av vårdgivaren, liksom hur barnets eget uttryck förändras i direkt svar på det som uttrycks av vårdgivaren (t.ex. blir barnet ledsen om vårdgivaren plötsligt verkar missnöjd?).

Vanligtvis reagerar barn naturligt och spontant med att spegla de känslomässiga uttrycken hos sin vårdgivare. Därför kan en potentiellt varningssituation uppstå om barnet inte reagerar på vårdgivarens ansiktsuttryck.

### **C4 – Grad av uppmärksamhet på vårdgivarens känslomässiga sanktion:**

Från denna observationspunkt mätes ett mer övergripande intryck av hur uppmärksam barnet verkar vara på vårdgivarens känslomässiga bekräftelse. En situation som kan uppmärksammas för denna observation kan vara om barnet bedöms visa svagt intresse för andras känslomässiga tillstånd och därmed också uteblir deras svar på vårdgivarens vägledning eller signaler om att anta ett särskilt känslomässigt tillstånd. Vid en interaktion kan den vuxne vårdgivaren vilja påverka barnets känslomässiga tillstånd, t.ex. försöka få barnet att känna nyfikenhet eller förvåning. Vårdgivare kan uppleva frustration när barnet inte svarar på dessa utan förblir i sitt tidigare tillstånd.



### 3. Att fylla i och bedöma: rekommendationer om hur man använder schemat och bedömer interaktionerna

I det här avsnittet ges några viktiga kommentarer om hur du bedömer nivåerna enligt värderingsskalan i observationsschemat. Avsnittet kommer att omfatta i) *hur* de beteenden som observerats bör beaktas (**Anmärkning A**); ii) *hur värderingsschemat 1-8 är strukturerat* och vad stegen på skalan betyder (**Anmärkning B**); iii) *när och hur ofta* verktyget kan användas (**Anmärkning C**).

#### **Anmärkning A:** *Hur man värderar de observerade beteendena*

Ju mer du märker oväntade/avvikande beteenden eller svårigheter i barnets dagliga beteenden och vanor, desto högre värde bör du ange på värderingsskalan (1-8). Det avvikande i dessa beteende bör bedömas efter följande:

i) Kvantitativ bedömning: Frånvarande/otillräckliga eller till synes avvikande beteendena förekommer ofta och upprepade gånger och/eller förväntade beteendena är alltmer frånvarande.

ii) Kvalitativ bedömning: Beteenden verkar tydligt avvikande, vilket medför svårigheter i interaktioner, och / eller så saknar förväntade beteenden sina kännetecken mer och mer.

#### **Anmärkning B:** *Vad innebär skalans nivåer*

i) *Att bedöma värdering 1 eller 2* på skalan innebär att du inte uppskattar att det finns grund för *oro* för barnets motoriska, beteendemässiga och känslomässiga tillstånd. Barnet *agerar ändamålsenligt*, svara på vårdgivarens försök att engagera sig med honom / henne och försöka interagera med vårdgivaren.

ii) *Att bedöma värdering 3 eller 4* på skalan innebär en mild *oro* för barnets motoriska, beteendemässiga och känslomässiga tillstånd. Barnet *agerar något mindre ändamålsenligt* och kan verka oförmögen *eller ointresserad av* att engagera sig med vårdgivaren; barnet kan också visa någon form av *mindre* avvikande och/eller visar oväntade svårigheter i sina sensorimotoriska, beteendemässiga och känslomässiga förmågor som krävs för den specifika interaktionen. Om du värderar interaktionen till 3 eller 4 så har du märkt att vissa förväntade beteenden saknas, även om interaktionen på ett övergripande plan inte avviker. Till exempel efter några försök som gjorts av vårdgivaren att påkalla barnets uppmärksamhet (som bara kan verka distraherad), börjar barnet så småningom interagera med vårdgivaren. Det vill säga när du värderar 3 eller 4 kommer du att märka en interaktion som inte är helt flytande (som i 1 eller 2) men innehåller så små avvikelser att det kan bero på att barnet är upptaget, distraherat, trött etc.

**Commentato [SL1]:** Isn't this incorrect? C is about what to do when you cannot score.....





iii) Att bedöma värdering 5 eller 6 på skalan innebär *måttlig oro* för barnets tillstånd. Barnet *verkar tydligt oförmögen eller ointresserad* av att engagera interagera med vårdgivaren, och kommer att uppvisa någon form av avvikelser i den sensorimotoriska, beteendemässiga och känslomässiga kapacitet som krävs för den aktuella aktiviteten. *Barnet uppvisar beteenden som tydligt försvårar* utvecklingen av gemensamma aktiviteter, handlingar och interaktioner. Detta är ett viktigt steg för värderingskriteriet, eftersom du från 5 till 8 kommer att bedöma barnets beteenden och interaktionsförmåga som tecken på en potentiellt oroväckande situation. Ju högre poäng du ger, desto mer kommer det att återspegla någon form av icke-ändamålsenligt, avvikande, bristfälligt och / eller oroande beteende.

iv) Att bedöma värdering 7 eller 8 på skalan innebär en *allvarlig oro* för barnets tillstånd. Barnet *verkar tydligt ointresserad eller frånvarande för andra människors försök att interagera dem i en delad aktivitet och visar betydande nedsättningar* i den sensorimotoriska, beteendemässiga och känslomässiga kapacitet som krävs för den aktuella aktiviteten. Barnets beteenden tolkas som *avvikande och undvikande, vilket förhindrar* utvecklingen av gemensamma handlingar och interaktioner.

### **Anmärkning C: Värderingsinstruktioner och rekommendationer**

Om du använder verktyget för första gången och du inte är säker på om beteendena är utvärderingsbara och/eller om du tycker att de inte går att upptäcka ("inte är läsbara") kan du ange (0) i värderutan.

Efter träning och efter att ha läst förklaringarna till parametrarna i samband med träning med hjälp av träningsvideorna, är vi tacksamma om du uppger ditt uppskattningsvärde om inte den specifika delområdesposten är helt oidentifierbar.

Om du är osäker på när ett beteende är utvärderingsbart eller vad en "värderingspoäng motsvarar", fyller i värderingsrutan i formuläret med ett frågetecken (?) och tryck på "Next".

En kort beskrivning kommer att dyka upp som belyser rankingens kriterier och huvudfunktioner.

När du är säker på vilket värde du vill tilldela interaktionen, anger du det uppskattade värdet i den ruta som också motsvarar värdet (om du t.ex. bedömer interaktionen som en 3a, skriver du siffran 3 i motsvarande ruta nummer 3) och tryck sedan på knappen "nästa" för att komma till nästa fråga. Om din bedömning är att observationspunkten inte är tillämplig i den aktuella interaktionen anger du värdet 0 i rutan "n/a"

Läs bruksanvisningen innan du gör din första uppskattning av värden. Du kan också hitta detaljerade beskrivningar av värdekriterierna i verktyget genom att fylla i rutorna med ett frågetecken.

Commentato [SL2]: ? ok? Do you provide videos?



#### 4. Värderingskriterier: beskrivning och förklaring av varje delområde

Det här avsnittet innehåller en beskrivning och förklaring av NeMo-metodens 12 utgångspunkter för observation (delområden). Detta hjälper dig att förstå *vilka tecken som* är signifikanta (avgörande) när du gör uppskattningar utifrån värderingskalan (1-2, 3-4, 5-6 eller 7-8).

##### *Dimensionen: Anpassa Kropparna (A)*

#### **A1 – Rumsligheten (Anpassning av den egna kroppen i rummet och till ting):**

**1-2:** Ange värdet 1 eller 2 om barnet under större delen av interaktionen rör sig mot vårdgivaren och svarar normalt när vårdgivaren rör sig mot honom/henne, på ett sätt som verkar samordnat och adekvat. Till exempel, om vårdgivaren går mot barnet, kan barnet röra sig mot vårdgivaren och kanske också sträcka ut sina armar och visa igenkänning av det interaktiva sammanhanget. Barnet verkar väl medvetet om andra människor som är i närheten och verkar hålla ett lämpligt avstånd (dvs. barnet kommer inte för nära eller håller sig för långt borta från andra).

**3-4:** Ange värdet 3 eller 4 om barnet ibland verkar distraherat eller har en liten tendens att undvika och/ eller att inte engagera sig i den andras rörelser och gester. Barnet kan också undvika eller misslyckas med att röra sig mot den andra för att interagera med dem. Bedöm värdet 3-4 om barnet verkar inte svara på den andras rörelser eftersom han ser trött, upptagen, distraherad av andra stimuli eller saknar motivation.

**5-6:** Ange värdet 5 eller 6 om barnet under en stor del av interaktionen visar en tydligare tendens att hålla sig borta från vårdgivaren eller undviker att röra sig mot honom/henne. De flesta försök att involvera barnet i gemensamma rörelser antingen misslyckas eller verkar besvärliga. Barnet verkar föredra andra aktiviteter än att gå mot vårdgivaren och ta del av en gemensam aktivitet med honom / henne. Barnet verkar överlag distraherat och / eller ofokuserad.

**7-8:** Ange värdet 7 eller 8 om barnets undvikande och till sammanhanget opassande beteende allvarligt äventyrar barnets och vårdgivarens möjligheter att samarbeta eller leka tillsammans. För att bedöma värdet 7 eller 8 måste barnets rörelsemönster hindra utvecklingen av en korrekt interaktion: barnet verkar inte bry sig om andras närvaro och väljer inte att röra sig mot dem, i stället föredrar barnet att förbli upptagen i andra aktiviteter eller i ingen aktivitet alls. För majoriteten av interaktionen producerar barnet kontextuellt aparta rörelser.



## **A2 – Den andras kropp (Anpassning av den egna kroppen i förhållande till någon annans kropp):**

**1-2:** Ange värdet 1 eller 2 om barnet under interaktionen samordnar sin kropp bra med vårdgivarnas rörelser. Barnet är fysiskt anpassat med den andra personen som framgår av deras förväntan på den andras gester och handlingar. Barnet kan producera och orientera sina egna handlingar mot den andra, vilket ger upphov till ett harmoniskt och flytande fysiskt samspel. T.ex. när vårdgivaren sträcker ut sina armar (t.ex. för att uttrycka glädje) svarar barnet på denna gest med ett matchande svar. Till exempel sträcker barnet också ut armarna. Barnet kan också svara med en annan gest som tjänar till att hjälpa interaktionen. Till exempel, om vårdgivaren vill lyfta upp barnet, förbereder sig barnet synligt för att hämtas, eller kanske släpper en leksak som barnet höll i handen för att underlätta interaktionen (upplyftningen).

**3-4:** Ange värdet 3 eller 4 om barnet verkar vara något avskilt från den fysiska dynamiken i interaktionen, så att även om barnet är tillräckligt involverad i interaktionen och reaktiv mot vårdgivaren, måste barnet fortfarande stimuleras ett par gånger innan han eller hon svarar på vårdgivarens gester. Dessutom kan barnet ibland producera gester som inte är perfekt anpassade till de andras när det gäller intensitet, syfte eller samordning. Som med A1, bedöm värdet 3-4 om denna brist på konsekvens av perfekt anpassade gester kan bero på tillfälliga skäl i omgivningen som gör att barnet är distraherat, upptagen eller inte predisponerat för den nuvarande typen av interaktion.

**5-6:** Ange värdet 5 eller 6 om barnet visar tydliga kroppsrelaterade begränsningar vid försök till samspel med vårdgivaren. Ofta och upprepade gånger producerar barnet icke följsamma, avvikande och kontextuellt olämpliga kroppsrelaterade gester/handlingar. Till exempel, när vårdgivaren närmar sig barnet, verkar barnet ointresserat av att engagera sig med vårdgivaren, och detta är uppenbart i barnets kroppsrelaterade rörelser. Barnet visar svårigheter att förstå, förutse och samordna sina rörelser med vårdgivaren, istället förblir barnet i sitt eget kroppsrelaterade rörelsemönster och / eller verka ointresserad av den andras försök att interagera.

**7-8:** Ange värdet 7 eller 8 om barnet uppvisar tydliga och allvarliga funktionsnedsättningar när det gäller att samordna sin kropp med vårdgivaren i form av ett sammanhängande och harmoniskt samordning av kroppsinteraktioner, vilket äventyrar ökningen eller utvecklingen av interaktionen. Barnets motoriska kompetenser och önskan att engagera och samordna med den andra saknas synligt, vilket skadar interaktionens övergripande fluiditet. I stället för att samordna med vårdgivarens rörelser kunde barnet: i) producera okoordinerade rörelser, vilket visar svårigheter att interagera med vårdgivaren; ii) producera begränsade, repetitiva och till synes meningslösa rörelser, iii) undvika den andres rörelser, förbli stilla eller fokuserade i sina egna rörelser.



### A3 – Barnets egen kropp (Kroppsmedvetenhet):

**1-2:** Ange värdet 1 eller 2 om barnet kan röra sin kropp (armar, ben, magmuskler och bål, huvud, fingrar etc.) på ett samordnat sätt och balansera kroppens vikt och dess olika delar. Var särskilt uppmärksam på samordningen mellan kroppens övre och nedre delar (spädbarn med högrisk för senare AST diagnos kan "lösa" eller "slappa" benen). Barnets hållning bör också verka något flytande och avslappnad. För att bedöma värdet 1 eller 2 bör barnet inte heller uppvisa några begränsade, repetitiva, i sammanhanget icke-anpassade, dysfunktionella eller hämmande interaktiva fysiska beteenden (t.ex. "fastna i" att vifta med händerna, trippa på tå, vrider huvud och kropp fram och tillbaka, munfixeringar osv.).

**3-4:** Ange värdet 3 eller 4 om du märker några små och/eller ovanliga sensorimotoriska svårigheter. Till exempel kan du märka att barnet har enstaka svårigheter att: a) stå på sina egna ben; b) krypning; c) förbli liggande d) hålla sig alert; e) kontrollera kroppens nedre del. f) koordinera ben och bål och/eller balansera kroppens vikt för att delta i en aktivitet. Dessutom kan du märka några ovanliga, något återkommande rörelsemönster som kan bero på utvecklingsfaktorer (varje barn har sin egen utvecklingsväg för sensorimotorisk utveckling) eller kontextuella faktorer. Som ett resultat av sådana begränsningar kan barnet behöva att vårdgivaren gör ett par försök innan barnet börjar interagera med honom / henne. Till exempel, om barnet uppvisar milda svårigheter att stå på sina egna ben, kan det kopplas till att barnet inte svarar omedelbart på vårdgivarens försök att leka med honom / henne.

**5-6:** Ange värdet 5 eller 6 om du märker tydligare och mer allvarliga tecken på sensorimotorisk begränsning som uppstår ofta och intensivt och som äventyrar utvecklingen av interaktionen. Du märker tydligt att barnet har problem att: a) stå på sina egna ben; b) krypa (obs inte alla barn genomgår krypstadium); c) förbli liggande; d) hålla sig alert; e) flytta sina ben och bål och/eller balansera kroppens vikt för att delta i någon annan aktivitet. Du kommer också att märka fall av monotona (enkla) och repetitiva beteenden (t.ex. viftar med händerna, trippa på tå, vrider huvud och kropp fram och tillbaka, omotiverade rörelser munnen osv) som verkar ovanliga och / eller inte hör till sammanhanget och kan också hindra interaktionen mellan barn och vårdgivare.

**7-8:** Ange värdet 7 eller 8 om du märker flera exempel på allvarlig sensorimotorisk begränsning eller närvaro av repetitiva gester, rörelser och ställningar som allvarligt äventyrar barnets förmåga att delta i andra aktiviteter (dvs. barnet kan repetitivt trycka på en knapp och inte utföra någon annan handling). Specifikt kommer barnet att ha tydliga problem i: a) att gå; b) krypa; c) förbli liggande; d) hålla sig alert; e) koordinera benen och bålen och/eller balansera kroppens vikt för att delta i någon annan aktivitet. Du har också märkt en konstant (mycket ofta förekommande) och avvikande närvaron av begränsade och repetitiva beteenden (viftar med händerna, trippar på tå, vrider huvud och kropp fram och tillbaka, omotiverade rörelser munnen osv.) som uppstår inte bara när barnet stimuleras i en aktivitet, men också utan någon uppenbar anledning.



#### **A4 – Grad av uppmärksamhet på vårdgivarens motoriska sanktion:**

**1-2:** Ange värdet 1 eller 2 om barnet under hela eller större delen av interaktionen spontant reagerar på vårdgivarens rörelser. Rörelserna i interaktionen framkallar spontant svar från barnet. Dessa ”kroppsmässiga svar” kan både ha en pragmatisk funktion (t.ex. att barnet blir upplöskat) samt en känslomässig funktion (t.ex. uttrycka glädje och kärlek). Ett exempel på detta är alltså när barnet förstår och fysiskt förutser vårdgivarens rörelse att plocka upp honom / henne och anpassar sin kropp för att underlätta detta (sträcker upp armarna, släpper en leksak etc.).

**3-4:** Ange värdet 3 eller 4 om du ibland får intrycket att barnets svar på vårdgivarens rörelser verkar något olämpliga, avvikande eller bristfälliga för att svara mot vårdgivarens kroppsliga uttryck för att underlätta en handling. Det vill säga du har intrycket att barnet ibland inte kan förutse rörelserna och gester från den andra och / eller tycker inte att de är intressanta. Men efter ett par försök gjorda av vårdgivaren kommer barnet korrekt att svara på försöken till fysisk interaktion. Som ovan bör du ange värdet 3 eller 4 om barnets uppenbara brist på intresse kan bero på tillfälliga kontextuella faktorer som distraktion, trötthet, förvirring eller tristess.

**5-6:** Ange värdet 5 eller 6 om du märker att barnets svar på vårdgivarens motoriska sanktioner (positiva och negativa bekräftelser) och rörelser är uppenbart opassande i sammanhanget, avvikande eller bristfälliga. Vid flera tillfällen verkar barnet inte uppmärksamma det övergripande syftet och eller den praktiska och kommunikativa karaktären i bekräftelsen, vilket verkar hindrande för möjligheten till en smidig och harmonisk interaktion. Exempel här kan vara att barnet inte verkar förutse vårdgivarens avsiktliga rörelser att lyfta upp barnet och inte anpassar sina egna rörelser för att underlätta resultatet, eller, om barnet gör det så kan barnet ”förlora” kontakten med sin egen kropp och sakna koordination mellan övre delen av kroppen och benen, vilket resulterar i en ”lös” underkropp.

**7-8:** Ange värdet 7 eller 8 om barnets svar på vårdgivarens motoriska sanktioner verkar allvarligt sakna anpassning, är avvikande eller bristfälliga. Barnet verkar inte alls förutse den andres rörelser och gester och / eller verkar inte finna dem intressanta. För att ange värde 7-8 är inte bara beteendet hos barnet bristfälligt, barnets beteenden försvårar också kraftigt den övergripande utvecklingen av interaktionen. Istället för att svara positivt på vårdgivarens motoriska sanktioner visar barnet antingen inget svar eller ett negativt svar till vårdgivaren. Till exempel ser du inga tecken på att barnet fysiskt förbereder sig för att medverka i vårdgivarens försök att interagera med henne eller honom, och om hon eller han försöker, kommer det inte att lyckas, vilket visar på barnets kroppsliga svårigheter i samordning och en allmän svårighet i att förstå hur att använda sin kropp. Istället för att producera de kroppsliga ”svar” som ses när du anger värdena 1-2, kommer barnet som



värderas 7-8 aldrig att hjälpa till att underlätta resultatet av en aktivitet och kan verka helt ointresserad av vårdgivaren (eller visar beteende som aktivt motstår vårdgivarens försök att engagera honom eller henne).



## **Handlingen (B)**

### **B1 – Att göra tillsammans:**

**1-2:** Ange värdet 1 eller 2 om barnet under större delen av interaktionen verkar intresserad och lyhörd för vårdgivarens indikationer, förslag, frågor och önskemål. Detta manifesteras i att barnet deltar i en delad interaktion eller lek och att barnet visar en tydlig önskan att involvera vårdgivaren i den delade aktiviteten. På samma sätt kan barnet också uttryckligen bjuda in vårdgivaren att delta i en interaktion.

**3-4:** Ange värdet 3 eller 4 om du ibland får intrycket att barnet, kanske på grund av att det är distraherat eller upptaget, inte alltid svarar på vårdgivarens indikationer, förslag, frågor och önskemål, så att de ibland har milda hinder för att åtnjuta en gemensam interaktion eller lek. Barnet kan verka mindre lyhörd och/eller mindre intresserad av att delta i en delad aktivitet. Detta kan visa sig genom att barnet undviker den andras uppmaningar via ord eller gester, så att vårdgivaren måste insistera något tydligare för att frammana någon form av önskad reaktion från barnet.

**5-6:** Ange värdet 5 eller 6 om du märker frekventa och/eller uppenbart icke-anpassade responser från barnet på vårdgivarens antydningar, förslag, frågor och önskemål, på ett sådant sätt att barnet visar tydliga problem med att hantera en gemensam interaktionsväg. Var särskilt uppmärksam på barnet som fortsätter i sitt eget handlande eller tidigare aktivitet, medan vårdgivaren (eller någon annan) försöker introducera en ny aktivitet. Bedöm värdet 5 eller 6 om vårdgivaren verkar kämpa med att samordna *sina* handlingar med barnet för att leka eller slutföra en uppgift och interaktionen därför verkar besvärlig eller svår. Observera om barnet ibland undviker förfrågningar och samarbeten eller reagerar på ett sätt som inte följer av situationen (med udda eller icke-anpassade ljud, ord eller gester jämfört med den givna aktiviteten).

**7-8:** Ange värdet 7 eller 8 om du märker att barnet ständigt ger upprepade och/eller tydligt icke-anpassade svar på vårdgivarens antydningar, förslag, frågor och önskemål, så att det uppstår tydliga problem med att hantera en gemensam interaktionsväg. I det här fallet verkar barnet vara omedvetet om, ointresserat av eller till och med irriterat av den andras önskemål. Barnets beteenden kan vara undvikande, icke-anpassade, direkt frånkopplade eller till och med motvilliga.



## **B2 – Ömsesidig blick medan du gör tillsammans (vårdgivare och spädbarn tittar på varandra):**

**1-2:** Ange värdet 1 eller 2 om barnet under större delen av interaktionen ser ut att möta vårdgivarens blick eller/och svarar bra på vårdgivarens blick när de är involverade i ett gemensam lek eller aktivitet. Barnet söker den andras blick, svarar spontant och initierar målmedvetet ögonkontakt för att få information om interaktionens förlopp, den specifika typ av aktivitet som behövs, ett potentiellt behov av hjälp, en situation av osäkerhet etc.

**3-4:** Ange värdet 3 eller 4 om du märker att barnet ibland undviker den andras blick eller inte alltid målmedvetet letar efter den när barnet är involverat i en aktivitet, istället föredrar barnet ibland att fokusera på andra typer av stimuli (t.ex. en leksak). Bedöm värdet 3 eller 4 om barnet inte alltid använder blickkontakt för att kommunicera med vårdgivaren och om barnet ibland behöver ett eller ett par försök från vårdgivaren för att upprätta ögonkontakt.

**5-6:** Ange värdet 5 eller 6 om barnet oftast undviker ögonkontakt eller inte ser ut att möta den andras blick vid interaktion, istället visar barnet någon form av udda och avvikande blickmönster. Till exempel kan barnet föredra att fokusera på annat än vårdgivarens blick (t.ex. tittar på näsan, pannan) eller ansikte (t.ex. tittar på vårdgivarens armar, fötter) eller kan fokusera på något som uppmärksammar i omgivningen, även då dessa stimuli verkar vara irrelevanta i sammanhanget (t.ex. ljuskällor, delar av föremål eller att barnet ”stirrar blankt”). Vanligt är att barn med diagnostiserad ATS är att barnet: i) inte tittar för att möta den andras blick eller svara på den; ii) sällan använder ögonkontakt på ett kommunikativt sätt (t.ex. för att samordna ett handlingsmönster under en delad aktivitet, eller för att få ytterligare information om aktiviteten eller situationen genom att titta på vårdgivarens blick – till exempel för att förstå om situationen är säker osv.).

**7-8:** Ange värdet 7 eller 8 om barnet verkar förbise andras blick under sociala interaktioner, helt saknar en spontan tendens att se in i andra människors ögon. Bedöm värdet 7 eller 8 om barnet aldrig verkar svara på vårdgivarens blick, eller kunna kommunicera med andra genom att använda sin blick. Istället fokuserar barnet ofta på detaljer bortsett från vårdgivarens blick (t.ex. näsa, panna) eller deras ansikte (t.ex. armar, fötter), eller fokuserar barnet omotiverat på omgivande stimuli, även om dessa stimuli verkar vara kontextuellt irrelevanta (t.ex. ljuskällor, delar av föremål eller ”stirrar blankt”).





### **B3 – Gemensam uppmärksamhet, undersökande beteende och kommunikation med vårdgivare:**

**1-2:** Ange värdet 1 eller 2 om barnet svarar på vårdgivarens kommunikativa inviter, antydningar och önskemål (t.ex. ord, ljud eller gester) för att barnet ska lägga märke till leksaker eller andra föremål som kan initiera en interaktion. Ett exempel skulle vara att leka med en leksak tillsammans. En annan skulle vara om barnet spontant ber om, pekar mot, indikerar och / eller visar (med ord, ljud eller gester) något föremål (t.ex. en leksak) för att få vårdgivarens uppmärksamhet. I allmänhet måste det vara klart att ett föremål (t.ex. en leksak eller ett verktyg) kan vara i fokus för *både* barnet och vårdgivaren, och att både barn och vårdgivare ska verka vara medvetna om att "den andra" fokuserar på samma sak.

**3-4:** Ange värdet 3 eller 4 om du har intrycket att barnet ibland, när barnet är upptaget eller distraherat, undviker eller inte svarar adekvat på vårdgivarens inbjudningar, indikationer och förfrågningar (med ord, ljud eller gester) eller uppmärksammar föremål för att bidra i en interaktion. Barnet verkar heller inte själv alltid spontant be vårdnadshavaren om t.ex. ett föremål genom att peka mot eller på annat sätt indikera (med ord, ljud eller gester) något föremål eller stimulans som annars skulle kunna förväntas vara av intresse för barnet i något sammanhang. Barnet kan vara uppmärksam på samma föremål som vårdgivaren men kan verka något mindre intresserad av sådana "delade" föremål eller kan interagera med vårdgivaren först efter att vårdgivaren initierat flera försök.

**5-6:** Ange värdet 5 eller 6 om barnet ofta inte svarar på vårdgivarens inbjudningar, antydningar och önskemål (med ord, ljud eller gester) för att barnet ska lägga märke till leksaker eller andra föremål eller svarar på dessa signaler på ett icke ändamålsenligt sätt. Barnet undviker mestadels att be om, peka mot, antyda och / eller visa upp (med ord, ljud eller gester) något föremål eller stimuli (intryck) som skulle kunna förväntas för den aktuella typen av situation. Det kan tyckas att barnet till stor del är ointresserad av föremål och situationer som är av intresse för vårdgivaren, barnet föredrar att leka med eller vara engagerad i sina egna isolerade aktiviteter.

**7-8:** Ange värdet 7 eller 8 om barnet aldrig svarar adekvat, eller alls, på vårdgivarens inbjudningar, indikationer och önskemål (med ord, ljud eller gester) för att tillsammans upptäcka eller fokusera på föremål. Barnet saknar helt kommunikativ förmåga att använda ord, ljud eller gester för att hänvisa till ett objekt eller stimuli (intryck) som skulle förväntas för den aktuella situationen. Barnet verkar helt ointresserad av att delta i en interaktion med vårdgivaren och visar inte intresse för saker som intresserar vårdgivaren: barnet föredrar att leka ensam, i sammanhanget med fokus på stimuli (sinnestryck som ljuskällor, texturer etc) eller föremål (eller delar av leksaker etc.), trots alla försök som gjorts av vårdgivaren för att involvera barnet i en delad aktivitet.



## **B4 – Grad av uppmärksamhet på vårdgivarens beteendespåföljd:**

**1-2:** Ange värdet 1 eller 2 om barnet under större delen av interaktionen är intresserat av vårdgivarens bekräftelse (här sanktion) av barnets beteende under eller efter en delad aktivitet. En sanktion bör tolkas som alla typer av utvärderingar (positiva eller negativa i tonen) som används för att förstärka barnets handlingar. Denna förstärkning kan ske både under eller efter att barnet har genomfört en handling och kan användas för att motivera, uppmuntra och hjälpa barnet att orientera sin prestation och utveckla relevanta färdigheter. När på rätt sätt tillämpas är påföljden så trevlig och funktionell att barnet kan besluta att påbörja någon form av interaktion helt enkelt för att få ett positivt erkännande av vårdgivaren.

**3-4:** Ange värdet 3 eller 4 om du ser att barnet ibland kräver ett par försök från vårdgivaren för att svara på sanktionen. Barnet verkar något distraherad och ibland ofokuserad på vårdgivarens bekräftelse av barnets beteende, föredrar andra typer av stimuli på grund av tillfälliga skäl (som att vara trött eller sjuk) eller särskilda erbjudanden i miljön (något mycket lockande finns i miljön): barnet kan vara upptagen eller distraherad men efter ett eller flera försök reagerar barnet på adekvat sätt på den vårdgivarens sanktion.

**5-6:** Ange värdet 5 eller 6 om barnet verkar tydligt ointresserat av, eller sällan visar intresse för, vårdgivarens bekräftelse av barnets beteende. Ofta verkar barnet inte reagera på vårdgivarens ord, ljud och gester utan föredrar att agera på egen hand utan inblandning av någon annan, och detta beteende kvarstår även efter att flera försök görs av vårdgivaren. Barnet verkar inte visa intresse för att få någon motivation från vårdgivaren, och barnet kommer inte heller att verka söka vårdgivarens instruktioner för att slutföra en aktivitet.

**7-8:** Ange värdet 7 eller 8 om barnet verkar ständigt ointresserat av vårdgivarens sanktioner av barnets beteende; barnet verkar förbise dessa. Barnet reagerar inte, eller reagerar inte på ett adekvat sätt till, vårdgivarens ord, ljud och gester. Istället fortsätter barnet att agera på egen hand, till synes utan att märka vårdgivarens försök att engagera honom / henne. Det vill säga, barnet reagerar aldrig på sanktionen eller reagerar barnet alltid på ett sätt som i sammanhanget inte passar in; med kontextuellt aparta ord, ljud eller gester som tydligt saknar något gemensamt och lättbegripligt kommunikativt syfte.



## *Anpassa Känslor: (C)*

### **C1 – Ömsesidigt reglerande av känslomässiga tillstånd (var särskilt uppmärksam på vårdgivarens bebispåt):**

**1-2:** Ange värdet 1 eller 2 om barnet under hela eller större delen av interaktionen svarar adekvat på vårdgivarens känslomässiga ord, gester, uttryck och visar känslor på ett i sammanhanget lämpligt sätt. Barnet kan observeras spontant anpassa sitt känslomässiga tillstånd i enlighet med vårdgivarens tillstånd och detta kommer i sin tur att påverka vårdgivarens känslomässiga tillstånd, vilket tillsammans gör det möjligt att utveckla en känslomässig ömsesidighet och samordning i interaktionen. Exempel kan vara känslomässiga gester (dvs. armrörelser som indikerar glädje), leenden och andra signaler som barnet reproducerar eller svarar på ett känslomässigt sätt.

**3-4:** Ange värdet 3 eller 4 om du ibland har intrycket att barnet inte svarar på vårdgivarens känslomässiga uttryck när det skulle förväntas. Istället verkar barnet lite distraherad, upptagen eller lockad av andra typer av intressanta stimuli. Barnet kan behöva uppmanas ett par gånger innan han eller hon svarar på, och verkar vara engagerad av, vårdgivarens olika känslomässiga tillstånd - t.ex. att barnet svarar med ett leende efter ett leende från vårdgivaren, skrattar efter ett skratt, skrattar eller ler medan barnet rör sig mot vårdgivaren med öppna armar efter att vårdgivare tilltalat barnet med dess namn i normal samtalston.

**5-6:** Ange värdet 5 eller 6 om du tydligt märker att barnet ofta inte svarar på vårdgivarens känslomässiga uttryck när barnet annars kunde förväntas det, och / eller om barnet verkar svara på ett känslomässigt oväntat sätt. För att bedöma värdet 5 eller 6 har barnet uppmanats ett flertal gånger innan det svarar känslomässigt, och även då kan barnet verka ointresserat av innehållet i vårdgivarens känslor. Barnet kan också ofta misslyckas med att göra någon form av anpassat svar när en viss typ av känslomässigt svar annars skulle förväntas.

**7-8:** Ange värdet 7 eller 8 om barnet aldrig svarar på vårdgivarens känslomässiga uttryck när ett svar annars skulle förväntas, och/eller om barnet mycket sällan svarar på ett känslomässigt anpassat sätt. Barnet kommer tydligt att verka ointresserat av den andras känslomässiga tillstånd, som om barnet förbiser vårdgivarens känslomässiga uttryck och verkar inte bry sig om att producera känslomässiga uttryck själv. Barnets uppmärksamhet och känslor påkallas mer tydligt av omgivande stimuli, särskilt föremål. Således är barnets uttryck inte anpassade till vårdgivarens känslouttryck och känslouttryck används inte av barnet på något kommunikativt sätt. Vårdgivarens försök att intressera barnet kan till och med verka irriterande för barnet, vilket gör att han eller hon undviker vårdgivaren eller reagerar negativt på vårdgivarens handlingar.



## **C2 – Ömsesidig social blick (vårdgivarens och spädbarnets känslomässiga blick):**

**1-2:** Ange värdet 1 eller 2 om barnet under hela eller större delen av interaktionen spontant tar ögonkontakt med vårdgivaren och svarar på vårdgivarens blick för att skapa en känslomässig koppling. Detta kan också – men inte nödvändigtvis – inträffa medan barnet utför någon annan handling tillsammans med vårdgivaren. Medan B2-kriteriet syftade till att upptäcka en ömsesidig blick som används för att hjälpa en viss uppsättning handlingar och interaktioner, observerar du i detta fall om blicken används för att *uttrycka ett känslomässigt tillstånd*, oavsett någon form av praktiskt syfte (även om det kan hjälpa det). Detta observeras eftersom ögonkontakt ofta är meningsfullt och känslomässigt belönande för spädbarn redan från de första veckorna av livet.

**3-4:** Ange värdet 3 eller 4 om du har intrycket (även ett svagt intryck) att barnet vid vissa punkter i en interaktion inte alltid svarar på vårdgivarens blick när vårdgivaren tittar på honom / henne, och om barnet visar en tendens att undvika att få ögonkontakt. Om barnet behöver ett par försök från vårdgivaren innan dom får ögonkontakt. Denna sällan återkommande förekomst av brist på villighet kan bero på att barnet distraheras av andra aktiviteter eller stimuli. Alternativt kan barnet bara kräva mer ansträngning från vårdgivaren.

**5-6:** Ange värdet 5 eller 6 om du märker att barnet ofta inte svarar på vårdgivarens blick när vårdgivaren tittar på honom / henne. Observera också om barnet har den ihållande tendensen att inte själv initiera ögonkontakt. Till exempel kan barnet visa en tendens att flytta blicken i sidled (inte heller fokusera på någon särskild stimulans), fokusera på detaljer bortsett från vårdgivarens blick (t.ex. näsa, panna, armar) eller fokusera på omgivande stimuli, även om dessa verkar vara irrelevanta i sammanhanget eller annars meningsfulla (t.ex. ljus, delar av föremål eller stirra blankt).

**7-8:** Ange värdet 7 eller 8 om barnet aldrig (eller nästan aldrig) reagerar på vårdgivarens blick när vårdgivaren tittar på barnet och/eller om barnet aldrig själv inleder en ögonkontakt. Barnet kan fortfarande vara visuellt attraherat av andra typer av stimuli bortsett från vårdgivarens blick och kan också observeras ha ovanliga ögonrörelser. Vårdgivaren har uppenbarliga svårigheter att få meningsfull ögonkontakt med barnet, och kan inte känna igen barnets känslor eller ömsesidigt kommunicera sina känslor med barnet.



### **C3 – Ansiktsuttrycken med särskild uppmärksamhet på leenden som visar känslomässig följsamhet:**

**1-2:** Ange värdet 1 eller 2 om barnet under större delen av interaktionen spontant reagerar på vårdgivarens ansiktsuttryck när uttrycken används för att kommunicera ett känslomässigt tillstånd och/eller när barnet använder ansiktsuttryck för att kommunicera ett känslomässigt tillstånd. barnets känslomässiga tillstånd utvecklas tillsammans med vårdgivarens i interaktionen där båda påverka varandra genom ömsesidiga uttryck. Till exempel, under en glad situation, när vårdgivaren ler mot barnet, svarar barnet därefter med ett leende eller barnet ler spontant mot vårdgivaren för att uttrycka sin glädje och kärlek. Samtidigt kan barnet verka ledsen eller orolig om vårdgivaren verkar arg eller orolig, vilket matchar deras ansiktsuttryck till situationen på adekvat sätt.

**3-4:** Ange värdet 3 eller 4 om du har intrycket att barnet sällan svarar på vårdgivarens ansiktsuttryck och/eller om barnet har en tendens att sällan visa tydliga känslomässiga ansiktsuttryck vid passande tidpunkter och/eller på adekvat sätt. Till exempel, barnet kanske inte alltid ler tillbaka mot vårdgivaren, eller så kan barnet visa upp en grimas när det skulle vara mer passande att le. Men för att bedöma värdet 3 eller 4 bör dessa till synes icke-adekvata eller överraskande uttryck inte förekomma ofta och kan fortfarande ändras under interaktionen och hindrar inte att den fortskrider.

**5-6:** Ange värdet 5 eller 6 om du tydligt märker att barnet inte svarar på vårdgivarens ansiktsuttryck när barnet tittar på denne, och/eller om barnet har en tendens att inte uppvisa känslomässiga ansiktsuttryck riktade mot vårdgivaren vid passande tidpunkter och på adekvat sätt. Det vill säga för majoriteten av interaktionen verkar barnet inte drivas av en spontan tendens att svara på andras ansiktsuttryck. Barnet kan visa ansiktsuttryck oväntat och utan någon tydlig anledning i sammanhanget och på ett sätt som saknar något uppenbart kommunikativt syfte. Till exempel, barnet i) ler i andra personers riktning men utan att le direkt mot dem; ii) inte uppvisar något uttryck alls, iii) uppvisar andra känslomässiga ansiktsuttryck utan någon uppenbar anledning.

**7-8:** Ange värdet 7 eller 8 om barnet under större delen av interaktionen inte svarar på vårdgivarens ansiktsuttryck när vårdgivaren tittar på honom/henne, eller om barnet inte uppvisar och riktar känslomässiga ansiktsuttryck till sin vårdgivare vid adekvata tidpunkter och/eller på ändamålsenligt sätt. Bedöm värdet 7 eller 8 om barnet verkar helt sakna intresse eller motivation för att svara på andras (vårdnadsgivares) uttryck, om barnet upprepade gånger uppvisar oväntade ansiktsuttryck på ett sätt som verkar sakna någon kontextuell anledning eller uppenbart kommunikativt syfte. Till exempel barnet i) ler i de andra personers riktning men utan att le direkt mot dem; ii) inte uppvisar något uttryck alls, iii) uppvisar andra känslomässiga ansiktsuttryck utan någon uppenbar anledning.

### **C4 – Grad av uppmärksamhet på vårdgivarens känslomässiga sanktion:**



**1-2:** Ange värdet 1 eller 2 om barnet alltid eller ofta och spontant verkar intresserat av att få vårdgivarens känslomässiga positiva eller negativa känslomässiga bekräftelser (sanktioner). Till exempel, barnet verkar glad efter att ha fått beröm eller verkar besviken eller ledsen efter en negativ kommentar, handling eller känsla kopplad till barnets beteende. Vanligtvis är (positiva) känslomässiga sanktionen så trevliga och intressant att det motiverar barnet att starta någon form av interaktion och intersubjektiv aktivitet bara för att få vårdgivarens känslomässiga bekräftelse.

**3-4:** Ange värdet 3 eller 4 om du upplever att barnet ibland inte svarar på vårdgivarens känslomässiga positiva eller negativa känslomässiga bekräftelser (sanktioner) eftersom barnet är upptagen, distraherad eller föredrar andra typer av stimuli. Då barnet är fokuserad på andra stimuli behöver barnet att vårdgivaren oftare upprepar känslomässiga sanktioner. Men även om barnet är något distraherat och inte alltid svarar med förväntad entusiasm och anpassbarhet på den andras uppmaningar som i det tidigare kriteriet (1-2), hindrar barnets reaktioner inte att interaktionen fortskrider.

**5-6:** Ange värdet 5 eller 6 om du tydligt märker att barnet sällan svarar på vårdgivarens känslomässiga positiva eller negativa känslomässiga bekräftelser (sanktioner) när vårdgivaren tittar på barnet, och / eller om barnet har en tendens att svara på ett icke adekvat sätt. Det vill säga för majoriteten av interaktionen verkar barnet ointresserat av vårdgivarens känslomässiga sanktioner och svarar vanligtvis inte på dem och / eller svarar på ett icke-ändamålsenligt sätt. Vårdgivaren måste göra flera försök innan han eller hon får en reaktion. Till exempel, efter att vårdgivaren försöker framkalla ett känslomässigt svar genom att le, prata, skratta mot / med barnet, kan barnet reagera genom att skrika, gråta, ignorera eller låta på ett sätt som inte manar till kommunikation.

**7-8:** Ange värdet 7 eller 8 om barnet, under större delen av interaktionen, inte svarar på vårdgivarens positiva eller negativa känslomässiga bekräftelser (sanktioner) eller om barnet nästan sällan svarar adekvat., Detta påverkar möjligheten att hålla en interaktion igång. Bedöm värdet 7 eller 8 om barnet verkar helt sakna intresse för vårdgivarens positiva eller negativa bekräftelser (sanktioner) och inte verkar motiverad att svara på dem, om vårdgivaren inte kan skapa ett utrymme av ömsesidiga känslor, om barnet saknar förmåga att göra någon form av lämplig reaktion (verkar blind och döv för vårdgivarens försök) och / eller ofta reagerar på ett icke-ändamålsenligt sätt. Till exempel, när vårdgivaren inte når fram till barnet känslomässigt genom att le, skratta, gestikulera eller tala utan i stället att barnet reagera med att gråta eller göra oväntade eller upprepa ord eller ljud (t.ex. stimming).