

## Bruk av kasusformulering for gravide og partnere i tiden rundt fødsel

Hege Syversen Smerud og Agathe Syrdal Aanderaa\*

Kasus er fiktivt, basert på kliniske erfaringer. Ingen oppgitte interessekonflikter.  
Delt førsteforfatterskap; forfatterne har bidratt like mye i arbeidet med artikkelen.

## Bruk av kasesformulering for gravide og partnere i tiden rundt fødsel

Barnets utvikling gjennom svangerskapet og etter fødsel er enorm, og den særskilte læringskapasiteten som kjennetegner barnet i perinatalfasen øker mottakeligheten for både god og nedbrytende omsorg. For barn i risiko bør hjelp gis så tidlig som mulig for å forhindre utvikling av mer alvorlige vansker (Moe et al., 2016). Både stress, psykiske lidelser, traumer og måten mor lever på, synes å ha en langvarig påvirkning på en rekke områder i barnets utvikling (Graignic-Phillipe et al., 2014). Stein et al. (2014) oppsummerer at perinatal psykisk lidelse øker barnets risiko for internaliserende og eksternaliserende problematikk, vansker med tilknytning, kognitiv fungering, vekst og utvikling. Kvinner har økt risiko for å utvikle alvorlige psykiske lidelser i løpet av svangerskap og etter fødsel (Jones et al., 2014), og 15–20 % av kvinnene vil erfare en psykisk lidelse i denne livsfasen (Sutter-Dallay & Guedeney, 2016). Mesteparten av forskningen handler om mor. Samtidig får vi stadig mer kunnskap om at fars psykiske helse er assosiert med risiko i denne fasen. Skjøthaug et al. (2020) gir belegg for at risikofaktorer og opplevd stress hos fedre bør tas høyde for i familieintervensjoner i perinatalfasen. Kostnadene forbundet med perinatale psykiske lidelser er betydelige for mor, og enda større for barnet (Bauer et al., 2014). Forskning på både samfunnsøkonomi, hjerneutvikling og utvikling av psykiske lidelser viser at tidlig intervensjon er effektivt (Heckman, 2008).

Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorg angir at førstelinjen skal identifisere gravide med risiko for psykiske helseproblemer (Helsedirektoratet, 2018). Det er derimot ikke spesifisert hvordan kartleggingen skal gjøres, eller hva slags helsehjelp de gravide skal få (Høvik et al., 2021). Gravide er ikke omtalte i Prioriteringsveilederen for BUP (Helsedirektoratet, 2015). I nasjonalt pasientforløp for psykiske lidelser hos barn og unge fremgår det at gravide kan henvises til BUP (Helsedirektoratet, 2018). Det er blitt gjennomført et treårig nordisk forskningssamarbeid om psykisk helse hos barn og foreldre fra svangerskapet og inntil to års alder. Konklusjonen var at det er store variasjoner i systematiske fremgangsmåter og i bruk av validerte screeninginstrumenter, at fokus primært er på barnets mor og i liten grad på partner og familie, og at det er store variasjoner i kvalitet og tilgang på tjenester. Det anbefales derfor flere studier av kartlegging og psykososiale intervensjoner i perinatalfasen (Martinussen & Kurki, 2021). Det er altså uklart hva slags psykisk helsehjelp gravide skal få, og hvor i behandlingsskjeden hjelpen tilbys.

I sped- og småbarnsenheten hvor vi jobber, er cirka en tredjedel av pasientene gravide. Partneren til den gravide kan også henvises til BUP før fødsel, men i hovedsak er det den gravide

som henvises. De gravide som henvises til BUP, er en heterogen pasientgruppe, ofte med ulike typer psykiske og fysiske helseplager, traumer, vanskelige oppveksterfaringer eller andre typer av psykososiale belastninger. Det de har til felles, er at strevet oppfattes som en risiko for barnets utvikling og helse. Sammen med foreldrene prøver vi å ruste det kommende barnets omsorgssystem for å forebygge samspillsvansker, skjevutvikling og uhelse (Aanderaa, 2020). Det er forskjeller i hvorvidt og hvordan BUP jobber med gravides psykiske helsevansker. Ved vår BUP fokuserer vi på hvordan vanskene påvirker foreldre–barn-relasjonen både før og etter fødsel, men vi utreder ikke og behandler den psykiske helsen til den gravide og partneren. Samtidig er det tilfeller hvor de psykiske helseutfordringene til gravide og partner er så tett knyttet opp til foreldrerollen og det kommende barnet, at vi vurderer det som tilstrekkelig med behandling i BUP. Vi har ellers gode erfaringer med at gravide og/eller partner har et parallelt behandlingstilbud ved DPS eller kommunal psykisk helsetjeneste.

Når et barns omsorgssystem er pasienten, krever det at terapeuten forholder seg til komplekse kliniske problemstillinger, og søker kunnskap fra flere fagområder som er assosiert med foreldrenes omsorgsattferd. I møte med gravide og partner i tiden før og etter fødsel er det ekstra viktig å ha systematiske metoder og rammeverk tilgjengelig for å undersøke og forstå vansker som oppstår i foreldre–barn-relasjonen før fødsel og i de tre–fire første månedene etter, inntil vi kan ta i bruk DC:0–5 (Zero to three, 2020). I fravær av systematiske metoder er det risiko for store og utilsiktede variasjoner i hva som blir kartlagt, og hva en vektlegger i behandling. Vi erfarer altså at det er mangler i både hvordan helsehjelpen skal tilbys i tiden rundt fødsel, og hvor. Vi vil i det følgende redegjøre for et arbeidsverktøy som kan hjelpe klinikere å kartlegge relevante forhold i løpet av graviditet, og vi viser hvordan verktøyet kan brukes i det kliniske arbeidet.

### **Kasusformulering**

Kasusformulering (KF) er en prosess for hypotesedannelse og sammenfatning av hvordan faktorer som ligger til grunn for utvikling og opprettholdelse av vansker, gjensidig påvirker hverandre. Metodene springer ut fra den psykodynamiske tradisjonen (Winters et al., 2007). Den biopsykososiale KF-en til Winters et al. (2007) tar utgangspunkt i utviklingspsykologi. Ulike faktorer innen de biologiske, psykologiske og sosiokulturelle områdene vurderes, både predisponerende, utløsende og opprettholdende faktorer. KF kan fungere som et teoriuavhengig rammeverk for hypotesedannelse

om hva som skaper vansker, og hva som kan skape endring, formulert etter klinikerens faglige og teoretiske ståsted (se f.eks. Skjerve, 2011; Stoltenberg, 2007; Wilmshurst, 2017). KF kan brukes under graviditet for å kartlegge og forstå risikofaktorer og beskyttende faktorer i foreldre–barn-relasjonen (Smerud, 2017). KF letter hypotesedannelse om både utvikling og skjevutvikling. Bruk av KF kan fremme større likeverd i tjenesten ved å tilby et rammeverk for anbefalte vurderingsområder og bidra til informerte behandlingsvalg som er basert på en forståelse av hvordan vanskene har utviklet seg for akkurat denne gravide og partneren.

Det å ha ferdigheter i å formulere KF vurderes som sentralt i utvikling av klinisk ekspertise, slik det blant annet kommer frem i prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (Norsk psykologforening [NPF], 2007). Vår erfaring er at mange terapeuter opplever det som utfordrende å få til å bruke KF. Vi tror det kommer av usikkerhet om hvilke vurderingsområder som er relevante å kartlegge, og hvordan man skal sammenfatte og bruke KF i klinikk.

Med denne artikkelen ønsker vi å presentere typiske risikofaktorer og beskyttende faktorer som bør undersøkes i en kunnskapsbasert biopsykososial og kulturell kasusformulering for omsorgssystemet i perinatalfasen (P-KF). Vi presenterer ikke en uttømmende liste, men eksempler på forhold som kan utgjøre risiko, og som kan fungere beskyttende for barnets utvikling og helse. Vi illustrerer også hvordan en kasusformulering kan se ut i klinisk praksis. Målet vårt er å fremme systematikk og kvalitet i hypotesedannelse, støtte behandleren i å gjøre informerte behandlingsvalg, tilrettelegge for brukermedvirkning og gi retning til hvilket nivå av innsats som bør settes inn.

### **Fremgangsmåte**

Vi ønsket at utvalget av risikofaktorer og beskyttende faktorer skulle være informert av klinisk ekspertise og kjennskap til hva gravide og partner trenger i tiden rundt fødselen, og av oppsummert forskning og evidensbaserte anbefalinger for god klinisk praksis i perinatalfasen. Vi har lang erfaring som klinikere i BUP, og har kjennskap til relevante psykologiske teorier og forskning innen feltet og hvilke utredningsmetoder og tiltak som anbefales for denne målgruppen. På bakgrunn av vår kliniske ekspertise valgte vi ut risikofaktorer og beskyttende faktorer som vi vurderer kan påvirke barnets utvikling og helse. Vi baserte oss også på norske og internasjonale faglige veiledere (som Helsedirektoratet, NICE guidelines) og oversikter over oppsummert forskning i RBUPs Tiltakshåndboka (2108), parallelt med at vi gjorde frie litteratursøk. Vi startet med brede søk på

risikofaktorer og beskyttende faktorer i svangerskapet. Antall treff ble så høyt at det ville blitt et omfattende forskningsarbeid å skulle sortere og gå gjennom alt. Vi avgrenset derfor søket til oppsummert forskning de siste ti årene i databasen APA PsycInfo 18.06.20 med søkeordene *perinatal*, *mental health\**, *prevention* og fikk 63 treff. Vi søkte også i Cochrane Central med «Pregnancy & Child birth», gruppe: Psychological well being during pregnancy, og fikk åtte treff. Søket på «perinatal» og «kasusformulering» i PsycINFO\_Medline\_Embase Epistemonikos ga 172 treff. I IN SUM med tema «Foreldreferdigheter», «Fødsels-/barselsdepresjon», «Tilknytning» og «For tidlig fødsel» fikk vi 101 treff. Da vi gikk gjennom sammendragene, la vi vekt på arbeider som ga kunnskap om forhold som påvirker barns utvikling og psykiske helse, og som vi vurderte som relevante for klinisk praksis.

Hvorfor valgte vi akkurat de faktorene vi gjorde? Felles for faktorene er at det er kjent at de kan påvirke barnets helse eller utvikling. Så vil de ulike faktorene utøve ulik grad av påvirkning på barnet. Noen utøver en direkte påvirkning, for eksempel foreldres sensitivitet og mentalisering i samspillet, fødselskomplikasjoner eller tilknytningsstatus. Andre faktorer påvirker først og fremst barnets omsorgsmiljø og mer indirekte barnets helse og utvikling, slik som grad av sosial støtte eller kulturelle forklaringer på perinatalt strev. De samme faktorene kan også fungere som primært predisponerende, utløsende eller opprettholdende. Tidligere psykisk lidelse hos foreldre kan være en predisponerende faktor eller fungere som utløsende og opprettholdende faktorer til samspillsvansker, dersom lidelsene debuterer eller reaktiveres i forbindelse med fødsel. Samtidig er det vesentlige å vurdere hvordan faktorene griper inn i hverandre, og ikke konstruere lineære forklaringer om årsak og virkning. Familiens kulturelle praksis og verdier er normgivende for barneoppdragelse og former atferden og følelsesuttrykket til spedbarn allerede fra fødselen av (Zero to Three, 2020). Kunnskap om kulturelle forhold er særlig viktig når behandler og familie har ulik kulturell bakgrunn. For å avgrense antall faktorer konstruerte vi overordnede kategorier som «Medikament- og ruseksponering i fosterlivet», hvor eksponering for ulike substanser inngår, og hvor det ikke refereres til studier av enkelte substanser. Vår kompetanse er i hovedsak knyttet til faktorene i det psykologiske vurderingsområdet. Når det gjelder biologiske, sosiale og kulturelle områder, har vi mest lent oss på evidensbaserte retningslinjer og anbefalinger for klinisk praksis fra NICE, Kulturformuleringsintervjuet (KFI) og DC:0–5.

## Biopsykosial og kulturell kasusformulering for omsorgssystemet i perinatalfasen

Arbeidet resulterte i 31 faktorer (se tabell 1). En og samme faktor kan utgjøre en risiko, eller fungere som beskyttelse i barnets omsorgssystem. Noen av faktorene er eksemplifisert i casebeskrivelsen om førstegangsgravide Nora. Vi har systematisert faktorene innenfor en P-KF med biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle vurderingsområder, men vi går ikke nærmere inn på hver enkelt faktor.

### Nora: eksempel på en P-KF

**Aktuelt:** Nora, 30 år, førstegangsgavid, henvist til BUP i andre trimester fra DPS. Gift med kommende barnefar, Haider. Nora opplever økende angst- og traumesymptomer. Barnet er ønsket, men Nora tviler på seg selv som mamma og kjenner lite følelser for babyen. Haider forteller om glede og positive forventninger til å bli pappa, gleder seg til «lillegutt» kommer. Begge er i arbeid.

**Bakgrunn:** Nora har hatt en vanskelig oppvekst med sint og kontrollerende far. Forteller om perioder med angst og depresjon i ungdomstiden. Opplevd partnervold tidlig i 20-årene, slitt med vansker i relasjoner og traumesymptomer. Har fått diagnose emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og mottatt behandling både individuelt og i gruppe på DPS. Konverterte til islam da hun giftet seg med Haider, som har opprinnelse fra Irak. Haider forteller om gode oppveksterfaringer, ingen psykiske problemer.

### *Risiko og beskyttelse i barnets omsorgssystem*

**Biologiske vurderingsområder.** Friskt foster. Nora god somatisk helse. Haider diabetes, blodsukker vanskeligere å regulere ved stress.

**Psykologiske vurderingsområder.** Nora med konfliktfullt og ambivalent forhold til egne foreldre. Kan reflektere aktivt over hvordan oppveksterfaringer har ført til tvil på seg selv og ustabil selvfølelse, også før overgang til morsrolle. Samtidig utfordringer med mentalisering, noe som kommer til uttrykk i begrensede forestillinger om barnet og seg selv som mor, preget av idyllisering («han kommer bare til å spise og sove de første ukene») og manglende sensitivitet («han vil ikke merke det hvis jeg blir borte noen sekunder»). Sier hun vil gjøre alt for ikke å bli sint på gutten slik som hennes far var på henne. Mor stoler ikke på seg selv, opplever manglende kontroll over egne følelser. Mentaliseringsevne under press når hun er aktivert av stress og traumer. Haider har mer detaljerte og balanserte beskrivelser av barnet, gir eksempler på gode omsorgserfaringer i relasjon til egne foreldre. Har gjort praktiske forberedelser til barnet kommer.

**Sosiale vurderingsområder.** Begge i fast jobb, ordnet økonomi, fast bopel. Parforholdet beskrives som stabilt og støttende, samtidig som det kommer frem at de har en del krangler. Nora sier hun kan reagere med sinne når hun føler at Haider ikke forstår eller ikke bryr seg, eller hvis han prioriterer jobben og å være ute med venner. Haider sier han har de beste intensjoner, at han må jobbe for å forsørge familien, han opplever Nora som humørsyk og er fortvilet over at hans forsøk på å berolige vekker mer sinne. Noen venner med små barn, mye støtte i fars familie og nettverk. Nora begrenset kontakt med egen familie, gjensidig avstandtaking etter konflikter i ungdomsårene og konvertering til islam.

**Kulturelle vurderingsområder.** Planlegger for omskjæring av gutten etter fødsel. Noras foreldre har uttrykt skuffelse over at det ikke blir dåp. Haider sier hans mor og ene søster kan komme og bo hos familien etter fødsel. Nora sier hun gjerne ønsker hjelp, men er redd det kan bli litt mye.

**Oppsummering.** Nora og Haider ønsker begge hjelp og er åpne for å utforske hva som kan bli utfordrende i foreldrerollen, og hvordan de kan knytte seg til barnet og forberede seg til tiden etter fødsel. Sosial støtte i nettverk og Haiders familie. Haider har kommet i gang med prenatal tilknytning og har egne positive oppveksterfaringer. Familien har stabile boforhold og ordnet økonomi.

### ***Hypoteser om skjevutvikling***

Det er risiko for samspillutfordringer som kan påvirke barnets helse og utvikling negativt. Her kan predisponerende forhold være relasjonelt og psykisk strev hos Nora. Hennes psykiske symptomer har økt i omfang gjennom svangerskapet, noe som kan påvirke evnen til foreldrementalisering og kvaliteten på forestillingene hennes om barnet. Det er også tenkelig at pågående utfordringer i parforholdet kan utløse og opprettholde samspillsvanser. Det er risiko for at forhold i guttens storfamilie kan sette omsorgssystemet under press.

### ***Terapeutiske intervensjoner***

Nora og Haider kom sammen til samtaler. Ved at vi utforsket og fylte ut kasusformuleringsmalen i fellesskap, ble det tydeligere hva som var styrker og strev i det kommende barnets omsorgssystem. Slik dannet hypoteser fra kasusformuleringen grunnlaget for målsettingene i behandlingsplanen: at Nora ville føle mer for barnet i magen, og at de ville være en støtte for hverandre i foreldrerollen. Intervensjonene rettet seg i hovedsak mot å styrke prenatal tilknytning ved å snakke om barnet i magen og bruke svangerskapskalender for å vekke følelser for gutten. Foreldrementalisering ble også vektlagt. Hun ble oppmuntret til å være nysgjerrig på guttens behov og utforske forestillinger om gutten og om seg selv som forelder, og det ble lagt vekt på å styrke mors evne til å regulere egne

følelser. For å øke støtte i parforholdet ble det viktig at Haider skulle øve seg på å lytte til Noras opplevelser. Etter at barnet ble født, brukte vi aktivt prinsipper fra NBO for å hjelpe foreldrene til å bli kjent med sønnen og hvordan kroppsspråket hans kunne omsettes til tegn på behov. Vi filmet også samspillet og veiledet foreldrene i hvordan de kunne støtte guttens utvikling. Etter de tre første ukene begynte Jakob å streve med søvn, og foreldrene fikk veiledning på regulering av søvn. Regulering av avstand og nærhet til familie var et tilbakevendende tema, og vi brukte tid i samtalen på hvordan de kunne invitere familiene til en felles markering av at barnet var født. Da det var behov for å videreføre tiltakene, ble barnet henvist til BUP for egen del etter tre måneder.

### Tabell 1

*Risikofaktorer og beskyttende faktorer for vurderingsområdene i en biopsykososial og kulturell kaususformulering for barnets omsorgssystem*

---

#### Biologiske vurderingsområder

Svangerskap – og fødselkomplikasjoner (FHI, 2018)

Somatisk helse hos foreldre (Helsedirektoratet, 2018; FHI, 2018)

Kognitive evner hos foreldre (Killén, 2015)

Alder hos mor (FHI, 2018)

Medikament- og ruseksponering i fosterlivet (DC:0–5, 2020)

Eksposering for stress og traumer fosterliv (Marca-Ghaemmaghami et al., 2017; Hendrix et al., 2021)

Prematur fødsel (DC:0–5, 2020)

Prenatale medisinske tilstander (DC:0–5, 2020)

Flerlingsvangerskap (Norsk gynekologisk forening, 2020)

#### Psykologiske vurderingsområder

Foreldresensitivitet (Ainsworth, 1978)

Foreldrementalisering (Slade, 2005)

Traumer og tapsopplevelser (Slade et al., 2009)

Foreldres tilknytningserfaringer (Fonagy et al., 1991; Goldberg et al. 2003)

Foreldreforestillinger (Stern, 1995; Brodén, 2004; Ammaniti et al., 2013)

Prenatal tilknytning (Cranley, 1981; Müller, 1993; Shin et al., 2006)

Psykisk helse hos foreldre (Brean, 2023; Graignic-Phillipe et al., 2014; Stein et al., 2014)

Rus- og avhengighet (Moe et al., 2010)

Resiliens og mestring (Lieberman et al., 2005)



### Sosiale vurderingsområder

Partnerstøtte (Glazier et al., 2009)

Sosial støtte i familie og nettverk (DC:0–5, 2020)

Psykisk helse, rus og avhengighet hos partner og hos personer i barnets husstand (DC:0–5, 2020)

Stressfaktorer i familie og sosialt miljø (DC:0–5, 2020)

Utdanning, tilknytning arbeidsliv, økonomi, boforhold (DC:0–5, 2020)

Fysisk og psykisk helse søsken (DC:0–5, 2020)

Juridiske og strafferettslige utfordringer (DC:0–5, 2020)

Nylig migrert eller med flyktningstatus (NICE CG110)

Vold og overgrep i nære relasjoner (NICE CG110)

### Kulturelle vurderingsområder

Kulturell identitet hos foreldre, og ønske om å oppdra barnet i henhold til disse (Sarche et al., 2020)

Kulturelle konseptualiseringer av problemer og uhelse (Sarche et al., 2020)

Kulturelle faktorer som påvirker mestring, hjelpesøking og den terapeutiske relasjon (FHI & NKROP, 2015; Sarche et al., 2020)

Kulturelle faktorer i barnets psykososiale miljø og omsorgsmiljø (Sarche et al., 2020)

## Muligheter og begrensninger ved bruk av kasesformulering

### Vurderingsområdene griper inn i hverandre

Når vi lager en P-KF, kartlegges foreldrenes bakgrunn for å få tak i mulige predisponerende forhold. I utformingen av en P-KF, som vist i kaset over, er det avgjørende å forstå samvirket mellom vurderingsområdene. Foreldrenes evne til å mentalisere når det gjelder barnet, vil gjensidig påvirkes av ulike former for stress og belastninger, som sykdom (biologisk), parkonflikter (sosialt) og oppfatninger om nyfødtsomsorg (kulturelt). Vurderingsområdene griper inn i hverandre, uten at vi kan få full oversikt over verken retning eller grad av påvirkning. Det kan for eksempel tenkes at parkonflikter og ulike oppfatninger om nyfødtsomsorg øker sykdomsbyrden og reduserer mentaliseringsevnen. Det kan også tenkes at den lave mentaliseringsevnen øker konflikt, skaper stressrelaterte somatiske symptomer og vanskeliggjør felles forståelse av hva god nyfødtsomsorg er. Kategoriseringen av vurderingsområdene innebærer altså en betydelig forenkling av det kliniske virkelighetsbilde

Det rådende teoretiske paradigmet for hvordan vi forstår utvikling av psykiske lidelser, er en biopsykososial og multifaktoriell modell. Samtidig får modellen kritikk for å implisere grunnløse

og kunstige skiller mellom hjerne og sinn, kropp og psyke, hva som er organisk og hva som er funksjonelt (Slagstad, 2019). Klinikerens viten er begrenset, og forhold i barnets omsorgsmiljø er i endring. Kasusformulerings-metodikken innebærer både å forkaste og forandre hypoteser om sammenhenger underveis i behandlingsforløpet. Videre må klinikerens erkjenne at forsøk på å ramme inn en kompleks klinisk virkelighet i termer av kategoriske vurderingsområder og sammenhengen mellom dem kan gi overforenklinger, og de vil alltid være preget av klinikerens subjektivitet.

### **Bruk av P-KF i innledende samtaler**

Å undersøke for kjente risikofaktorer og beskyttende faktorer kan bringe frem vesentlig informasjon i innledende samtaler, enten i en åpen samtale med gravid og partner og/eller ved hjelp av ulike typer strukturerte kartleggingsmetoder og intervjuer (for eksempel anamnese; The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987); Pregnancy Interview (Slade et al., 1987); The Adverse Childhood Experiences (ACE) (Felitti et al., 1998); Angels in The nursery (Lieberman et al., 2005); Pregnancy Attachment Interview (Müller, 1993)). Vår erfaring er at bruken av kliniske intervjuer i perinatalfasen avhenger av hva den enkelte kliniker har tilgjengelig, med unntak av EPDS, som er i utstrakt bruk både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten. EPDS er nøye studert og vurdert å ha gode psykometriske egenskaper til å fange opp perinatal depresjon (Martinussen & Kurki, 2021). En god inngang kan være å fylle ut P-KF sammen med gravid og partner, særlig når belastningene er store på flere livsområder og den gravide og partner er overveldet av situasjonen. Da kan P-KF hjelpe oss til sammen å finne ut av og sortere familiens strev og styrke. En annen indikasjon er når de innledende problembeskrivelsene er magre, for eksempel når henviser er mer bekymret enn det den gravide og partneren selv er. Da kan P-KF gjøre hensikten tydeligere og gi rammer til BUP-timene ved å få frem uro og bekymring, slik at vi får tak i det som er utfordrende, og motivasjonen for behandlingstilbudet kan øke.

Når gravide og partner har mer avgrensede vansker, kan det være nok at terapeuten har P-KF i bakhodet for å organisere hva hun lytter og spør etter, og for å systematisere informasjonen som blir delt. Andre grunner til ikke å dele P-KF med gravid og partner innledningsvis kan være et behov for å jobbe mer med å etablere arbeidsallianse og trygghet. Å beskrive en rekke risikofaktorer tidlig i forløpet kan oppleves som kognitivt og emosjonelt overveldende. Det kan vekke et behov for å beskytte seg og kan gå på bekostning av åpenhet, det å vise seg sårbar og å ta fatt på endringsarbeid.

## Systematikk og kvalitet i hypotesedannelse

Klinikernes hypoteser om hva som er grunnlaget for vansker, vil være mer eller mindre uttalte. P-KF kan gjøre klinikerer mer systematisk og bevisst i generering av hypoteser. P-KF rammer inn kunnskapsbaserte områder som klinikerer kan se etter i møte med gravide og partner, noe som øker sannsynligheten for at nødvendig informasjon blir tilgjengelig. P-KF kan fremstå som komplisert i starten, men med bruk og økt kjennskap til metoden er vår erfaring at klinikerer opplever at P-KF bidrar til struktur i kartlegging og behandling og gir en pekepinn om nivået av innsats som skal til.

Et eksempel kan være en gravid med egne nedbrytende omsorgserfaringer og psykisk strev som har negative forventninger til å bli mamma. P-KF kan hjelpe terapeuten til å systematisk undersøke bredden av risikofaktorer og beskyttende forhold i barnets omsorgssystem. Med denne gravide kan vi tenke oss at P-KF tydeliggjør at det ikke er tilstrekkelig å arbeide med mors forestillinger om barnet. Det viser seg også behov i det biologiske området, med håndtering av fars kroniske smertetilstand, i det sosiale området med samarbeidet i par- og foreldrerelasjonen, og i det kulturelle området med å støtte familien i å ta egne valg for overgangsriter etter fødsel. Ideelt sett hjelper P-KF til med å tegne opp de store linjene i det kliniske bildet, uten at terapeuten fortaper seg i uviktige detaljer eller overser noe av stor betydning.

Når en arbeider med P-KF, er det ikke det å liste opp risikofaktorer og beskyttende faktorer som er det vesentlige. Heller ikke det å kartlegge livsområdene i seg selv, men å danne et kvalifisert grunnlag for å vurdere hvordan forholdene griper inn i og gjensidig påvirker hverandre over tid. Fra litteraturen på ACE vet vi at det på gruppenivå er sterke sammenhenger mellom psykososialt stress og nedbrytende omsorgserfaringer i oppveksten og senere utvikling av både psykisk og somatisk uhelse (Anda et al., 2020). Vi må altså gjøre individuelle vurderinger av hvorvidt foreldrenes nedbrytende erfaringer utgjør en risikofaktor i det spesifikke barnets omsorgssystem.

## Ulike veier inn i og ut av strev

En sentral utviklingsoppgave for terapeuten er å trene opp det kliniske blikket og ekspertisen til å oppdage, erfare og forstå bakgrunnen for ulike vansker, og hva som er til hjelp for ulike folk. P-KF kan bidra til at generelle problembeskrivelser (av eksempelvis fødselsangst, tidligere fødselsdepresjon, belastninger i familien) omdannes til en mer spesifikk – og ideelt sett felles – forståelse av hva som ligger til grunn for problemene, og hva som kan fremme positiv utvikling. To gravide kan ha like presenterte problemer i omsogsrollen, men ha helt forskjellig utgangspunkt med tanke på predisponerende, utløsende og/eller opprettholdende risikofaktorer og beskyttende

faktorer i alle vurderingsområdene. Ekvifinalitet kan illustreres med at ulike forhold ligger til grunn for vansker med prenatal tilknytning. Den ene gravide er i et støttende parforhold, har gode egne omsorgserfaringer og godt nettverk, men en nylig abort har skapt vansker med å knytte seg til barnet i magen. Den andre gravide er uten fast partner, har vanskelige oppveksterfaringer, opplever pågående stress og psykiske vansker, og summen av dette gjør det vanskelig for henne å knytte seg til barnet i magen.

En nokså vanlig bakgrunn for gravide som kommer til behandling hos oss, er oppvekst med psykisk syke foreldre. Tilsvarende erfaringer kan likevel gi ulike utfall, såkalt multifinalitet. Ekkoer av hvordan den gravide selv opplevde seg i relasjon til egen forelder da hun var barn, kan gi seg utslag i ulike typer av fordreide forestillinger om barnet i magen. Andre gravide kan for en stor del ha forsonet seg med egen oppvekst og ha balanserte forestillinger om barnet, til tross for egne nedbrytende omsorgserfaringer. For den gravide med en nylig tapsopplevelse kan problematikken være mer avgrenset. Hun vil antakelig kunne ha nytte av et fokusert arbeid med å sørge over tapet som har vært, og knytte seg til babyen som kommer. For den gravide med pågående belastninger på flere livsområder, i tillegg til egne erfaringer av nedbrytende omsorg, kan terapeuten i dialog med den gravide og partner bruke kasusformuleringen til å vurdere hva det er hensiktsmessig å jobbe med i tiden før fødsel. Når fordreide foreldreforestillinger preger svangerskapet, blir det ekstra viktig å hjelpe foreldrene til å ta imot og bli kjent med det reelle barnet.

### **Samskapende prosesser**

Foreldre som kommer til behandling på grunn av bekymring for at deres eget strev skal påvirke barnet negativt, er i en svært sårbar posisjon. De kan kjenne behov for å beskytte seg. Kanskje i frykt for å bli negativt vurdert, meldt til barnevernet og i ytterste konsekvens miste barnet sitt. Strukturelt sett er behandleren i en privilegert posisjon og må være bevisst sin egen makt og hvordan asymmetrien påvirker relasjonen. Bruk av P-KF kan invitere til at en revurderer hypoteser og endrer retning på behandlingen underveis, i takt med at svangerskapet går sin gang, babyen blir født og foreldrene gradvis vokser inn i foreldrerollen. Livsforandringene endrer også vektingen av risiko og beskyttelse i barnets omsorgssystem. I møter med foreldrene der det er mulig å dele kasusformuleringen, kan forestillingene og erfaringene til både pasienten og terapeuten korrigeres og utvide seg.

### **Nivå og prioritering av innsats**

Hvor mye og hva slags behandling trenger den gravide og partner? Og hva har vi mulighet til å tilby av behandling i tiden vi har til rådighet? P-KF hjelper behandler til å vurdere grad av risiko og

beskyttelse, og følgelig nivå av innsats. For noen familier er BUP tilstrekkelig i tillegg til ordinær svangerskapsomsorg, mens andre vil trenge at flere tjenester er inne med parallelle tiltak. Som oftest vil dette være DPS eller psykisk helsetjeneste kommunalt, tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller kommunale ruskonsulenter, familievernet og barneverntjenesten. Tidsaspektet, og en vurdering av hvor omfattende hjelpetilbud familien har utbytte av, kan innebære en prioritering som gjør at viktige temaer legges til siden eller ikke gjennomarbeides tilstrekkelig. På bakgrunn av P-KF kan terapeuten vektlegge betydningen av å jobbe med foreldrerollen over tid, og anbefale at barnet henvises til BUP etter fødsel, slik at arbeidet for å styrke foreldreferdigheter og samspill kan fortsette.

### **Tverrfaglig metodikk**

For å bruke P-KF er det nødvendig med grunnleggende forståelse av utviklingspsykologi. Utover dette kan P-KF forene kolleger med forskjellig faglig bakgrunn eller teoretiske preferanser i å få frem kliniske problemstillinger. Når flere i et team kjenner til en metodikk og utvikler et felles språk for forståelse av kliniske problemstillinger – som eksempelvis vektning av styrker og strev i omsorgssystemet – kan det øke kvaliteten og opplevelsen av effektivitet og mening i kliniske drøftinger.

## **Konklusjon**

Det gir lite mening å nærme seg familien og det ufødte barnet uten å møte hvordan livet til foreldre og barn veves sammen, og gjensidig påvirkes av psykososiale forhold og kulturell kontekst.

Forebyggende intervensjoner for barn i risiko bør starte allerede i svangerskapet og rettes mot gravide og deres partner. Nye foreldre er i en livsfase med stort potensial for relasjonell sensitivitet, utvikling og endringsarbeid (Aanderaa, 2019). Klinikere som jobber med familier i tiden rundt fødsel, må forholde seg til kompleksiteten som samvirket av risiko og beskyttelse i barnets omsorgssystem skaper. Samtidig mangler det nasjonale føringer for behandlingstilbudet innen psykisk helsevern i perinatalfasen. Vår erfaring er at det også mangler aktuelle validerte og oversatte kartleggingsinstrumenter og kliniske intervjuer. Vi har ønsket å vise hvordan P-KF kan bidra med et rammeverk av kunnskapsbaserte vurderingsområder som klinikerne kan navigere etter i møter med gravide og partner. P-KF hjelper klinikerne med å få frem relevant informasjon på en systematisk måte. Slik kan hypoteser om både styrker og strev i barnets omsorgssystem danne grunnlag for egnede behandlingstiltak. Å bruke P-KF sammen med den gravide og partner gir paret påvirkning i

behandlingen. Det ivaretar brukermedvirkning og styrker den terapeutiske arbeidsalliansen. Vi mener at bruk av P-KF kan fremme kunnskapsbasert praksis. P-KF gir mulighet til å integrere forskning med klinisk ekspertise og kunnskap om pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål, jamfør prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (NPF, 2007). Utvikling og bruk av P-KF er dermed et bidrag til å øke systematikken, kvaliteten og likeverdigheten i helsetjenestene til gravide og partner.

## Referanser

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.

Ammaniti, M., Tambelli, R. & Odorisio, F. (2013). Exploring Maternal Representations During Pregnancy in Normal and At-Risk Sample: The Use of The Interview of Maternal Representations During Pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 34(1), 1–10. <https://doi.org/10.1002/imhj.21357>

Anda, R. F., Porter, L. E. & Brown, D. W. (2020). Inside the Adverse Childhood Experience Score: Strengths, limitations, and misapplications. *American Journal of Preventive Medicine*, 59(2), 293–295. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.01.009>

Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Lemmi, V. & Adelaja, B. (2014). *The costs of perinatal mental health problems*. Centre for Mental Health og London School of Economics. [http://eprints.lse.ac.uk/59885/1/\\_lse.ac.uk\\_storage\\_LIBRARY\\_Secondary\\_libfile\\_shared\\_repository\\_Content\\_Bauer%2C%20M\\_Bauer\\_C](http://eprints.lse.ac.uk/59885/1/_lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_Bauer%2C%20M_Bauer_C)

Brean, G. V. (2023). *Psykisk helse i svangerskap og barseltid*. Gyldendal.

Brodén, M. (2004). *Graviditetens muligheter. En tid hvor relationer skabes og utvikles*. Oslo: Akademisk Forlag.

Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal depression. Development of the 10 item Edinburg Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281–284. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00008>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.

- American Journal of Preventing Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8018](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8018)
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2018). Helse i svangerskap og fødsel. I: *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge* [nettdokument]. Folkehelseinstituttet [oppdatert (01.02.23); lest (12.10.23)]. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S. and Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment. Health J.*, 12: 201–218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)
- Glazier, R.H., Elgar F.J., Goel, V. & Holzapfel S. (2009). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*: 25(3–4), 247–255.. <https://doi.org/10.1080/01674820400024406>
- Goldberg, S., Benoit, D., Blokland, K., & Madigan, S. (2003). Atypical maternal behavior, maternal representations, and infant disorganized attachment. *Development and Psychopathology*, 15(2), 239–257. <https://doi.org/10.1017/S0954579403000130>
- Graignic-Phillipe, R., Dayan, J., Chokron, S., Jacquet, A.-Y. & Tordjman, S. (2014). Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 43, 137–162. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.022>
- Heckman, J. J. (2008). Schools, skills and synapses. *Economic Inquiry*, 46(3), 289–324. <https://doi.org/10.3386/w14064>
- Helsedirektoratet (2018). Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 30. september 2022, lest 11. oktober 2023). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen* [nettdokument] (sist faglig oppdatert 07. april 2021, lest 07. mai 2021). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Hendrix, C. L., Dilks, D. D., McKenna, B. G., Dunlop, A. L., Corwin, E. J. & Brennan, P. A. (2021). Maternal Childhood Adversity Associates With Frontoamygdala Connectivity in Neonates. *Biological Psychiatry*, 6(4), 470–478. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.11.003>

- Høivik, M. S., Eberhard-Gran, M., Wang C. E. A. & Dørheim, S. K. (2021). Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Norway. *BJPsych International*, 18(4), 102–105. <https://doi.org/10.1192/bji.2021.2>
- Jones, I., Chandra, P. S., Dazzan, P. & Howard, L. M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*, 384(9956), 1789–1799. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61278-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61278-2)
- Killén, K. (2015). *Sveket I: Risiko og omsorgssvikt — et helseproblem og tverrfaglig ansvar* (5. utg.). Kommuneforlaget AS.
- Lieberman, A. F., Padrón, E., Van Horn, P. & Harris, W. W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 504–520. <https://doi.org/10.1002/imhj.20071>
- Marca-Ghaemmaghami, P. L., Dainese, S. M., Stalla, G., Haller, M., Zimmermann, R. & Ehlert, U. (2017). Second-trimester amniotic fluid corticotropin-releasing hormone and urocortin in relation to maternal stress and fetal growth in human pregnancy, *Stress*, 20(3), 231–240. <https://doi.org/10.1080/10253890.2017.1312336>
- Martinussen, M. & Kurki, M. (red.). (2021). *The first 1000 days in the Nordic countries. Psychosocial interventions and psychological tests: a review of the evidence* (Nord 2021:037). Nordic Council of Ministers. <https://dx.doi.org/10.6027/nord2021-037>
- Moe, V., Lindberg, A., Moe, R. G. & Smith, L. (2016). Tidlig hjelp og utviklingsstøtte til sped- og småbarn. I H. Haavind & H. Øvreeide (red.), *Barn og unge i psykoterapi* (2. utg., s. 261–298). Gyldendal Akademisk.
- Moe, V., Siqveland, T. & Slinning, K. (2010). Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker. I V. Moe, K. Slinning & M. Bergum Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (1. utg., s. 303–322). Gyldendal.
- Müller, M. E. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199–215. <https://doi.org/10.1177/019394599301500205>
- Migrasjonshelse (FHI) og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). (2015). *Kulturformuleringsintervjuet (KFI), DSM-5 Et klinisk verktøy i personsentrert og kultursensitiv kommunikasjon*. (K. MacDonald Jareg, Overs.). Originalutgave (engelsk): American Psychiatric Association (APA). <https://rop.no/globalassets/verktoy/kulturformuleringsintervjuet.pdf>



- National Institute for Health and Care Excellence. (2010). *Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors* (NICE guideline CG110).
- Norsk psykologforening. (2007, januar). *Prinsipperklæring (1) om evidensbasert psykologisk praksis* (2). <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Norsk gynekologisk forening. (2020). *Veileder i fødselshjelp*. ePub. ISBN 978–82–692382–0–4. ISBN 978–82–692382–0–4.
- RBUP. (2018). Tiltakshåndboka: oppsummert forskning om effekt av tiltak for barn og unges psykiske helse. <https://tiltakshandboka.no/no>
- Sarche, M., Tsethlikai, M., Godoy, L., Emde, R. & Fleming, C. M. (2019). Cultural perspectives for assessing infants and young children. I R. DelCarmen-Wiggins & A. S. Carter (red.), *The Oxford handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (s. 9–28). Oxford University Press.
- Shin, H., Park, Y.-J. & Kim, M.J. (2006). Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 425–434. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03943.x>
- Skjerve, J. (2011). Kasusformulering i kognitiv atferdsterapi med barn og unge – et nyttig og praktisk hjelpemiddel? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(1), 16–20. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/01/kasusformuleringer-i-kognitiv-atferdsterapi-med-barn-og-unge-et-nyttig-og>
- Skjøthaug, T., Smith, L., Wentzel-Larsen, T., Stänicke, E. & Moe, V. (2020). Antecedents of fathers' perception of child behavior at child age 12 months. *Infant Mental Health Journal*, 41, 495–516. <https://doi.org/10.1002/imhj.21862>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment and Human Development*, 7(3), 269–281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Slade, A., Cohen, L.J., Sadler, L.S. & Miller, M. (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. I Zeanah, C.H. Jr. (Red.) *Handbook of infant mental health*. (Third edition, s. 22–39). The Guilford Press.
- Slade, A., Haganir, L., Grunebaum, L. & Reeves, M. (1987). *The Pregnancy interview*. Manuscript.

- Slagstad, K. (2019). Hjernen er ikke alene. Nettverksmodellen og psykiatrisk epistemologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(11), 822–832. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2019/11/hjernen-er-ikke-alene>
- Smerud, H. S. (2017, 12.–13. oktober). *Bruk av kasusformulering i kartlegging av gravide i BUP* [Posterpresentasjon]. Nordisk Marcé, «För bättre perinatal hälsa / Improving Perinatal Mental Health».
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M. & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. Taylor & Francis Ltd.
- Stoltenberg, S. M. K. (2007). Kasusbeskrivelser og forandringsprosesser i terapi med barn: Bidrag til en kunnskapsbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(11–16). <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2007/01/kasusbeskrivelser-og-forandringsprosesser-i-terapi-med-barn-bidrag-til-en>
- Sutter-Dallay, A.-L. & Guedeney, N. (2016). Introduction: History. I A.L. Sutter-Dallay, N. M-C. Glangeaud-Freudenthal, A. Guedeney & A. Riecher-Rössler (red.), *Joint care of parents and infants in perinatal psychiatry* (s. 3–11). Springer International Publishing Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-21557-0>
- Wilmshurst, L. A. (2017). *Child and Adolescent Psychopathology: A Casebook* (4. utg.). SAGE publications, Inc.
- Winters, N. C., Hanson, G. & Stoyanova, V. (2007). The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 111–132, ix. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.07.010>
- Zero to three. (2020). *DC:0–5TM. Diagnostisk klassifisering av psykisk helse og utviklingsforstyrrelser i sped- og småbarnsalderen* (A. V. Brean, Overs.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Aanderaa, A. H. S. (2019). Endringsarbeid og endringsprosesser i tiden rundt fødsel. *Mellanrummet*, 38, 49–58.
- Aanderaa, A. H. S. (2020). Jeg skal bli mamma – hjelp meg å bli trygg på at jeg kan. *Mellanrummet*, 39, 46–55.