

# Mødre med alvorlig psykisk lidelse og spedbarn - samspill og behandling

Kvinner med alvorlig psykisk lidelse blir også mammaer, men spedbarnets utviklingsbehov kan ikke settes på vent. Hvordan kan vi utforme behandling som forener tidlig utviklingspsykologi og klinisk voksenpsykologi?

## TEKST

**Teija Anke**

**PUBLISERT 6. november 2012**

## ABSTRACT:

Mothers with severe mental illness and infants - interaction and treatment

Mothers who suffer from severe mental illness, and their infants, together form vulnerable dyads that represent major clinical challenges. In many cases the mental illness impedes the mother's capacity to be emotionally available and sensitively responding in her interactions with the infant. Research on early interaction patterns when the mother has schizophrenia, bipolar disorder or borderline personality disorder is described. The mother's difficulties with sensitive responding, and even atypical and disorganized responding, represent problems in the interactions and can affect the infant's development. If these patterns endure, they put the infant at risk of developing insecure and disorganized attachment patterns. Important principles and premises for treatment are described. The author has implemented treatment recommendations from the literature in an intervention model, informed by attachment theory. A clinical practice with the intervention model is presented in the article.

---

Keywords: mother, severe mental illness, infant, interaction patterns, attachment based intervention model

---

## EMNER

Mødre

Alvorlig psykisk lidelse

Spedbarn

Samspillmønstrene

Tilknytningsbaserte intervensjoner

---



ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND

*Utarbeidelsen av artikkelen er økonomisk støttet av R.BUP øst og sør. Takk til Kari Slinning, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, for verdifulle kommentarer og innspill.*

Kvinner psykiske helse har en spesiell betydning i svangerskap og spedbarnstid. Det er en tid da et moderskap og en relasjon til spedbarnet skal dannes og utvikles (Brodén, 2004). For kvinnen kan utviklingsprosessen bli tung og komplisert hvis hun har psykiske vansker, spesielt om det handler om alvorlig psykisk lidelse. For spedbarnets utvikling representerer mors psykiske lidelse en risikofaktor (Weinberg & Tronick, 1998). Det finnes lite forskning og samlet kunnskap å basere tiltak på for mødre med alvorlig psykisk lidelse og deres spedbarn. Denne artikkelens formål er å gi et bidrag inn i dette kliniske feltet.

Med kategoriske kriterier defineres psykotiske lidelser og bipolare lidelser som alvorlige. Dimensjonale kriterier basert på funksjonsevne vil i mange tilfeller også inkludere personlighetsforstyrrelser og alvorlige depresjoner. Det finnes ikke tall på hvor mange spedbarnsmødre dette berører, men estimat fra en nylig utgitt rapport fra Folkehelseinstituttet (Torvik & Rognmo, 2011) angir noen rammer for forekomst. I rapporten beregnes at cirka 115 000 barn i Norge (0–18 år) har minst en forelder med alvorlig psykisk lidelse. Det refereres til danske undersøkelser, som viser at 2 % av nyfødte har en mor med behandlingskrevende psykisk lidelse (Torvik & Rognmo, 2011). Om tallet er representativt for Norge, tilsvarer det cirka 1200 nyfødte spedbarn per år, basert på 61 400 fødsler i 2010 (Statistisk sentralbyrå).

Blant spedbarnsmødre med alvorlig psykisk lidelse varierer både kapasitet til å være omsorgsperson og livssituasjon. Hos enkelte kvinner er evnen til å fungere i dagliglivet betydelig begrenset, og lidelsen kan kreve gjentatte sykehusinnleggelse. Kvinnens livssituasjon kan i tillegg være preget av belastninger som vanskelige sosioøkonomiske forhold, manglende eller lite støttende nettverk, aleneomsorg for barnet eller en partner som også har psykisk lidelse – alle utgjør en risiko for å svekke funksjonsevne og omsorgskapasitet (Mowbray, Oyserman, Zemencuk & Ross, 1995). Det er en realitet at hos noen av kvinnene er omsorgskapasiteten for svak til å imøtekomme et barns behov for trygghet og omsorg. Det er derfor ikke uvanlig at kvinner med alvorlig psykisk lidelse mister omsorgen for barnet sitt. I andre tilfeller kan kvinnens funksjonsevne og livssituasjon tilby grunnleggende gode rammer for barnets omsorgsbehov, men psykisk lidelse vil likevel kunne redusere kvaliteten i samspillet med barnet og kvinnens opplevelse av å mestre morsrollen.

**«I en nylig utgitt rapport fra Folkehelseinstituttet beregnes det at cirka 115 000 barn i Norge (0–18 år) har minst en forelder med alvorlig psykisk lidelse»**

I denne artikkelen trekker jeg spesielt frem den psykiske lidelsens innvirkning på samspill og relasjonsutvikling. Dette begrunnes med at omfattende empiri innenfor utviklingspsykologi dokumenterer betydningen av det nære samspillet kvalitet for spedbarnets utvikling (Crockenberg & Leerkes, 2000). Fundamentalt i dette samspillet er omsorgspersonens evne til å være emosjonelt tilgjengelig og sensitivt responderende til spedbarnets signaler og behov. For en mor med alvorlig psykisk lidelse kan dette by på utfordringer. Svingninger i stemningsleie, adferd og emosjonell tilgjengelighet vil kunne være mer basert i mors psykiske tilstand enn tilpasset spedbarnet (Hipwell, Goossens, Melhuish & Kumar, 2000). Studier viser hvordan spedbarn er tydelig sensitive for og påvirkes av mors emosjonelle tilstand, slik den erfares i ansiktsuttrykk, stemmekvalitet og berøring i samspill (Cohn & Tronick, 1989). I moderne utviklingspsykologi vektlegges både barnets og omsorgspersonens bidrag for å forstå

deres gjensidige påvirkning i en transaksjonell utviklingsprosess (Sameroff & Fiese, 2000). I dyader hvor mor har en klinisk tilstand, synes imidlertid samspillet og relasjonsutviklingen å være mer influert av mors bidrag enn av barnets (van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg & Frenkel, 1992).

Det er godt dokumentert hvordan depresjon hos mor kan virke inn på barnets utvikling (Field, 2010; Tronick & Reck, 2009). En viktig konklusjon er at virkningen ikke formes av depressiv symptomatologi per se, men av hvordan depresjonen kommer til uttrykk i mors samspillmønster med barnet. Det er naturlig å tenke at de samme prinsippene gjør seg gjeldende ved andre psykiske lidelser.

Artikkelen har fire deler. Først beskriver jeg hvordan tidlig samspillkvalitet kan påvirkes når mor har en alvorlig psykiske lidelse som schizofreni, bipolar lidelse og borderline personlighetsforstyrrelse (BPD). Siden det finnes relativt mye tilgjengelig litteratur om betydningen av depresjon hos mor i spedbarnsalderen, vil ikke dette bli spesielt diskutert (se eksempelvis Slinning & Eberhard-Gran, 2010; Tronick & Reck, 2009). Tilknytningsteori har en sentral posisjon i moderne utviklingspsykologi og er en viktig kunnskapsbase i arbeid med spedbarns- og småbarnsfamilier. Forskningsresultatene drøftes derfor i lys av tilknytningsteori i artikkelens annen del. I tredje del beskriver jeg viktige rammer og anbefalinger for tiltak. Til slutt presenterer jeg en tilknytningsbasert behandlingspraksis ved spedbarnsteamet Drammen BUP, utviklet etter anbefalinger fra litteraturen.

## **Samspillkvalitet og psykisk lidelse hos mor**

Det finnes svært få solide studier av samspillmønster og relasjonsutvikling i spedbarnsalder når mor har alvorlig psykisk lidelse. Eksisterende studier baserer seg på et lite antall personer. I enkelte undersøkelser har andre diagnosegrupper blitt brukt som kontroller, slik at det ikke er blitt sammenlignet med friske mødre og deres samspill med barnet sitt. Dette gjelder spesielt i studier om mødre med schizofreni, hvor kontrollgruppen som regel har vært mødre med affektive lidelser. I de ulike studiene er det brukt forskjellige metoder for å vurdere samspillkvalitet. En må derfor være svært forsiktig med entydige og vidtrekkende konklusjoner. Likevel er den kunnskap som finnes nyttig, for å indikere hva som kan være problematisk i samspill når mor har psykisk lidelse.

## **Schizofreni**

Schizofren lidelse kjennetegnes av såkalte positive og negative symptomer. Til positive symptomer regnes vrangforestillinger, hallusinasjoner og desorganisert tenkning og tale. De negative symptomene preges av en følelsesmessig avflating, sosial tilbaketrekking, redusert evne til initiativ og kommunikasjon. I faser hvor schizofren symptomatologi er manifest, vil en mors evne til grunnleggende omsorg og samspill med spedbarnet kunne være betydelig forstyrret. I slike faser nødvendigvis hensynet til barnets behov at en annen person har primæransvaret for omsorg og trygghet. De studiene som er gjort, har derfor fokusert hvordan mors fungering og samspill med

barnet ter seg i faser hvor lidelsen er under relativ kontroll. De fleste studier er gjennomført på såkalte «Mother-Baby-Units», hvor mødre er innlagt sammen med spedbarnet sitt for både psykiatrisk behandling og hjelpe omsorgsutøvelsen.

Ikke uventet er de dyadene hvor mor har schizofreni, svært sårbare. Mødre med schizofreni kan vise betydelige problemer med responsivitet i samspill med barnet. Kvantitativt betyr dette at mor kan respondere for lite, hvor hun fremstår tilbaketrukket, taus og selvfokusert, og med lite oppmerksomhet på barnet og barnets kommunikasjon. Kvalitativt viser problemene seg ved at mor kan respondere feilaktig på barnets signaler, ufølsomt og påtrengende (Riordan, Appleby & Faragher, 1999; Wan et al., 2007). Mødre med schizofreni kan vise negative responser på positive signaler fra barnet, samt atypisk og skremmende adferd i større grad enn kontrollmødre (Wan, Warren, Salmon & Abel, 2008). Utviklingspsykologisk og opplevelsesmessig har det ulik betydning for barnet om samspillmønsteret er preget av at det får for sjeldne, feil eller forstyrrede svar på signalene sine.

Selve samspillrytmen mellom mødre med schizofreni og deres spedbarn risikerer i større grad å være preget av an-spenhet og forstyrrelser, med lite delt affekt og dyadisk gjensidighet, sammenlignet med kontroller. Spedbarna er observert å være unnvikende i kontakt, og lite aktive i forhold til sin mor og omgivelsene (Pawlby et al., 2005; Riordan et al., 1999; Wan et al., 2007). Selv om positive og negative symptomer fremstår svært forskjellig, ble det i en studie funnet at manifeste positive symptomer eller høy grad av negative symptomer hos mor hadde tilnærmet lik forstyrrende effekt på samspillet med spedbarnet (Snellen, Mack & Trauer, 1999). I begge tilfeller strevde mødre med at de var utilgjengelige for spedbarnet i forhold til mange sentrale samspillvariabler, samt viste desorganisert omsorgsadferd. Ved positive symptomer var det i tillegg en risiko for at barnet ble utsatt for skremmende adferd og fiendtlighet. At samspillet skulle bedre seg, forutsatte fravær av positive symptomer og en lav grad av negative symptomer (Snellen et al., 1999).

## **Bipolar lidelse**

Når en mor har bipolar lidelse kan spedbarnet bli eksponert for uforutsigbar og lite regulert negativ affekt i både depressive og maniske faser. De depressive fasene kan være preget av mors tristhet, tilbaketrukkethet og passivitet. I de maniske fasene kan spedbarnet erfare mors overaktivitet, distraktibilitet og rastløshet. Irritabilitet i affekt og adferd kan forekomme i begge faser.

Bipolar lidelse hos mor er den minst studerte lidelsen i spedbarnsforskningen. Litteratursøk på PsycINFO, Pubmed, Cinahl og Embase i 2010, med søkeordene mother/maternal, psychopathology/ mental illness/manic-depressive/bipolar og infant, har resultert i kun to artikler med direkte relevans for denne artikkelens tema. I en studie ble mødre med bipolar lidelse observert å være uforutsigbare og desorganiserte, ansente og inkonsistente i samspill med spedbarnet sitt, samt å vise negativ affekt (Davenport, Zahn-Waxler, Adland & Mayfield, 1984). Hipwell og medarbeidere fant at mødre i manisk fase var positivt engasjerte i kontakten med barnet, både fysisk og

verbalt, og de viste emosjonalitet og oppmuntring. Forfatterne fremholdt imidlertid at i tydelig maniske faser, blemødrene i studien adskilt fra barnet sitt, på grunnlag av desorientert og forstyrret adferd (Hipwell et al., 2000).

Svingningene mellom maniske og depressive faser er svært individuelle, eksempelvis i forhold til lengde og intensitet. De ulike fasenes innvirkning på emosjonalitet og adferd i interaksjonen med spedbarn vil derfor også kunne variere betydelig. Funn fra depresjonsstudier gir indikasjoner om hva som kan være problematisk i samspill i depressive faser. Mødre med depressiv symptomatologi synes grovt sett å kunne streve i to ulike samspillformer. Enkelte mødre er primært passive, tilbaketrukne og lite engasjerte og responsive, både emosjonelt og i handling. Andre mødre er mer invaderende, overstimulerende og kontrollerende i samspillet, med mer fiendtlig affekt (Field, 2010; Tronick & Reck, 2009). Samspillet kan preges av lite gjensidighet og koordinert rytme, og mangel på interaktive reparasjoner både affektivt og i handling. Det betyr at mor ikke justerer sine feilresponsers til å bli inntonet og tilpasset barnets tilstand og reaksjoner. Spedbarns reaksjonsmønster har vist seg å være spesifikt relatert til mors affektive uttrykk og responsstil i samspillet. I tilfeller hvor mødres depresjon kommer til uttrykk i fjernhet, tilbaketrukkethet og lite engasjement, kan spedbarn vise uro og utilpasshet, samt tristhet og tilbaketrukkethet. Spedbarn til mødre med en mer invaderende stil kan reagere med å være unnvikende i både kontakt og interaksjon. De kan fremstå roligere, med mindre gråt, men gi mer uttrykk for sinne (Tronick & Reck, 2009).

### **Borderline personlighetsforstyrrelse (BPD)**

Det er nærliggende å tenke seg at sentrale symptomer ved BPD – som emosjonell ustabilitet, forstyrret identitetsopplevelse, impulsivitet, problemer med å regulere sinne, samt vansker i mellommenneskelige relasjoner – vil kunne innvirke på mors fungering i relasjonen til spedbarnet sitt.

Mødre med BPD er funnet å vise mer ufølsom og påtrengende adferd i samspill enn kontrollmødre (Crandell, Patrick & Hobson, 2003; Newman, Stevenson, Bergman & Boyce, 2007). Samspillet mellom mødre og deres spedbarn har fremstått forstyrret og lite gjensidig tilfredsstillende. Spedbarna har vist mønster av å unnvike blikkontakt, involvere seg lite i samspillet og vise nedstemt affekt (Crandell et al., 2003; Newman et al., 2007). I studien til Crandell og medarbeidere (2003) ble det bemerket at atypiske sosioemosjonelle responser var til stede allerede hos to måneder gamle spedbarn.

Hobson og medarbeidere (2009) ønsket å analysere samspill på mikronivå med spesielt fokus på den emosjonelle kommunikasjonen. De sammenlignet mødre med BPD, mødre med depresjon og mødre uten psykisk lidelse. De fant avvikende emosjonell kommunikasjon hos en svært høy andel, 85 %, av mødre med BPD. Denne gruppen mødre var også kjennetegnet ved at de viste skremt og desorientert adferd i samspillet med barnet, noe som var uvanlig i de to andre gruppene. Undersøkelsen viste således tydelig dysregulerte interaksjoner i de dyadene hvor mor hadde BPD. Med bakgrunn i hvordan undersøkelsen ble gjennomført, konkluderte forfatterne med at

interaksjonsvanskene mer handlet om mors bidrag til samspillet enn transaksjonelle prosesser (Hobson et al., 2009).

I en studie ønsket man å kartlegge mødres opplevelse av morsrollen, i tillegg til å undersøke selve samspillet. Mødre med BPD rapporterte om liten tilfredshet – med opplevelse av stress og lav mestringsfølelse – sammenlignet med kontroller (Newman et al., 2007). Funnene samsvarte med forfatterens kliniske erfaringer, hvor mødre har beskrevet opplevelse av fremmedhet og overveldelse, samt angst og aggressivitet i relasjon til barnet (Newman & Stevenson, 2005).

### **Utviklingsvansker og tilknytningskvalitet**

De refererte studiene tyder på at det handler om sårbare dyader, hvor både mor og barn strever i sitt tidlige samspill med hverandre. Flere av de ovennevnte forfatterne drøfter resultatene sine med blikk på transgenerasjonell overføring av psykiske lidelser. De er opptatt av at de samspillmønstrene som er vist, kan utgjøre en viktig mekanisme for hvordan utviklingsvansker overføres fra én generasjon til den neste. Spedbarn av mødre med schizofreni og bipolar lidelse kan i en slik sammenheng være i særlig risiko for utviklingsvansker. En mulig genetisk sårbarhet kan negativt interagere med uheldige samspillerfaringer, spesielt dersom disse varer over tid (Wan, Abel & Green, 2008).

Hvilket tilknytningsmønster det er mellom barn og forelder, har vist seg å være en av de mest robuste prediktorene for barnets utvikling (Zeanah, Larrieu, Scott Heller & Valliere, 2000). Trygg tilknytning er en viktig beskyttelsesfaktor og utgjør et vesentlig bidrag i utviklingen av psykisk helse. Utrygge former for tilknytning gjør individet mer sårbart for psykiske problemer (Egeland & Carlson, 2004). I de refererte undersøkelsene fremkommer vansker med tilgjengelighet, sensitivitet og responsivitet i mors samhandling med barnet sitt. Dersom dette former seg som regelmessige mønster i barnets relasjonserfaringer med mor, vil det være uheldig for barnets utvikling av tilknytningskvalitet. Det vil gi økt risiko for utrygge tilknytningsmønster i barnets relasjon til mor. Observasjonene av tydelig atypisk og skremmende adferd er her viktige funn å ta på alvor. Dette er adferdskvaliteter hos omsorgspersonen, som i stor grad settes i sammenheng med utvikling av desorganisert tilknytningsmønster (Madigan et al., 2006). Desorganisert tilknytningsmønster vurderes som en alvorlig risikofaktor for utvikling av psykopatologi (van IJzendoorn, Shuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999).

For bedre å forstå utviklingsmekanismer for desorganisert tilknytning har Lyons-Ruth og medarbeidere vært opptatt av å studere emosjonell kommunikasjon på mikronivå (Lyons-Ruth, Bronfman & Parson, 1999). Deres arbeid indikerer at den forstyrrede emosjonelle kommunikasjon, som ble funnet i noen av de refererte studiene, kan være et spesielt risikotegn for utvikling av desorganisert tilknytningskvalitet.

Hva vet vi så forskningsmessig om tilknytningsmønster når mor har psykisk lidelse? Det finnes få studier. Samlet sett viser de tendenser mot utrygge og desorganiserte tilknytningsmønster (Wan & Green, 2009). For eksempel er det kun gjennomført én kontrollert studie hvor man undersøkte tilknytningsmønster hos spedbarn av mødre med BPD. Spedbarna ble undersøkt ved 12 måneders alder, og man fant desorganisert

tilknytningsmønster hos 80 % (Hobson et al., 2005). Dette er et iøynefallende resultat, sett i forhold til at det desorganiserte tilknytningsmønsteret finnes hos cirka 15 % i normalpopulasjonen (van IJzendoorn et al., 1999). I sin helhet er forskningsresultatene likevel såpass varierende at man ikke kan trekke slutninger om at en viss type psykisk lidelse hos mor vil legge grunnlag for en viss type tilknytningsmønster hos barnet (Wan & Green, 2009).

For bedre å forstå variasjonene og kompleksiteten i barnets utvikling av tilknytningsmønster vil kunnskap om mors tilknytningshistorie være nyttig. Mors omsorgserfaringer, og hennes representasjoner av disse, vil kunne moderere hvordan den psykiske lidelsen virker inn på omsorgsutøvelse og samspill med barnet (Lyons-Ruth, Wolfe & Lyubchik, 2000). En mor som selv er blitt møtt med god nok omsorg som barn, vil være bedre rustet til å respondere sensitivt og trygt, på tross av psykisk lidelse, enn en mor som har erfart vanskelige omsorgsforhold. Dersom en mor har negative omsorgserfaringer, med utrygge og ubearbeidede representasjoner, vil de kunne samvirke negativt med psykisk lidelse i retning av vansker i mor–barn-relasjonen. Slike ubearbeidede representasjoner er spesielt funnet hos kvinner med BPD (Patrick et al., 1994).

## **Behandling**

De refererte studiene representerer et fagområde hvor tidlig utviklingspsykologi og voksenpsykopatologi møtes. Flere av forfatterne skriver at en viktig følge av funnene er å iverksette tiltak for å bedre samspill og relasjon. Dette innebærer vesentlige kliniske utfordringer. Ifølge Pawlby og Fernyhough (2009) trengs det utvikling og studier av behandlingsmodeller spesielt designet for å arbeide med tidlig samspill når mor har alvorlig psykisk lidelse. Før vi ser nærmere på hvordan intervensjoner kan formes, er to spørsmål av betydning. Hva skjer med samspill ved symptomreduksjon hos mor? Hvilken informasjon gir mors vurdering av egen fungering, samt hennes tilfredshet i morsrollen, om samspillet med spedbarnet?

Studier viser at effektiv behandling av mors psykiske lidelse ikke nødvendigvis bedrer samspillet mellom mor og spedbarn (Forman et al., 2007; Hipwell et al., 2000; Weinberg & Tronick, 1998). Dette kan forstås på ulike måter. Om en mor ikke har utviklet god samspillkompetanse, eksempelvis grunnet egne marginale eller dysfunksjonelle omsorgserfaringer, vil en lav samspillkompetanse være hennes bidrag i samspillet uavhengig av bedret symptomatologi. Hos andre mødre kan tilfellet være at et sterkt psykisk lidelsestrykk hindrer mor fra å ta i bruk en samspillkompetanse og evne til emosjonell tilgjengelighet, som hun innehar latent. Ved symptomreduksjon kan mor få tilgang til denne kompetansen og hennes bidrag i samspillet vil bedre seg. Spedbarnet på sin side vil likevel ha med seg forventninger i samspillet med mor, basert på deres felles interaksjonshistorikk. Spedbarnet vil kunne vise adferd tilpasset tidligere samspillmønster, og vanskene kan bli opprettholdt, selv om mor har blitt «bedre». Endring av disse forventningene og samspillets dynamikk trenger innsats og tid (Weinberg & Tronick, 1998). Dette er fenomener som gjenkjennes fra klinisk arbeid.



Mors vurdering av egen fungering og tilfredshet synes ikke å være en pålitelig kilde for å vurdere sentrale faktorer som emosjonell tilgjengelighet, sensitivitet og responsivitet i samspill med spedbarnet (Hipwell et al., 2000, Logsdon, Wisner & Hanusa, 2009; Weinberg & Tronick, 1998). Dette kan slå alle veier; det kan være samsvar, eller mødre kan vurdere seg som både bedre eller dårligere fungerende enn det som kommer til uttrykk i samspillet med spedbarnet.

Svarene på begge stilte spørsmål impliserer at det i en klinisk sammenheng er vesentlig å gjennomføre direkte observasjoner og analyser av samspillmønstre mellom mor og spedbarn.

### **Tilknytningsbasert behandling**

Siden det er svært lite empiri om behandlingsmodeller når mor har alvorlig psykisk lidelse, er en mulighet å søke retningslinjer fra andre kunnskapsområder.

Intervensjonsarbeid med såkalte «høyrisiko»-eller «multi-risiko»-familier er et nærliggende område. Psykisk lidelse hos omsorgspersonen kan da være inkludert som en del av et risikobilde. Tilknytningsbaserte intervensjoner anerkjennes som viktige tiltak for spedbarn og småbarn i denne type utsatte omsorgssituasjoner (Berlin, Ziv, Amaya-Jackson & Greenberg, 2005). Med grunnlag i en review (Egeland, Weinfield, Bosquet & Cheng, 2000) argumenteres det dessuten for at intervensjonene bør starte tidlig (i svangerskapet), kobles opp mot samarbeidspartnere, favne bredt og være fleksible med utgangspunkt i klientenes behov. Intervensjonene bør dessuten ha fokus på forelderens emosjonelle tilgjengelighet, støtte styrkeområder og opplevelse av kompetanse. De bør også være intensive og vare over tid (Egeland et al., 2000).

**«Hos noen mødre er omsorgskapasiteten for svak til å imøtekomme et barns behov for trygghet og omsorg. Det er derfor ikke uvanlig at kvinner med alvorlig psykisk lidelse mister omsorgen for barnet»**

Bruk av tilknytningsbaserte intervensjoner gir mening med bakgrunn i at de samspillmønstre som er funnet i de refererte studiene, kan gi økt risiko for utvikling av utrygge, endog desorganiserte, tilknytningsformer hos barnet. Det er utenfor artikkelens fokus å formidle inngående kunnskap om ulike typer tilknytningsbaserte intervensjonsmodeller. For utdypende beskrivelser henviser jeg til relevant litteratur (Berlin et al., 2005; Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011; Slade, et al., 2005). Likevel ønsker jeg å nevne kjerneprinsippene, samt to sentrale intervensjonsfokus som i de senere årene har fått økt oppmerksomhet.

Behandlingsmodeller innenfor tilknytningsteori er i sin kjerne relasjonsbaserte på flere nivåer. De innebærer arbeid med forelderens tidligere tilknytningsrelasjoner gjennom indre arbeidsmodeller eller representasjoner. Videre innebærer det arbeid med samspill og relasjon til barnet og aktiv bruk av relasjonen mellom terapeut og forelder, gjennom terapeutens funksjon som trygg base (Berlin, 2005).

Det første fokuset illustrerer at man i nyere tilknytningsbehandling ikke ser det som tilstrekkelig å bedre mors sensitivitet og responsivitet i det direkte samspillet med barnet. At en mor viser sensitive responser adferdsmessig i enkeltsituasjoner, betyr ikke nødvendigvis at hun har en fleksibel kapasitet til å være emosjonelt tilgjengelig og responsiv på tvers av situasjoner og barnets ulike behov (Egeland et al., 2000). Terapeutisk arbeid må også inkludere mors representasjoner om tilknytningstemaer. Representasjonene utgjør et filter som påvirker hvordan mor ser og fortolker foreldreskap, sin relasjon til barnet, samt barnet og barnets behov. Dersom en mor har utrygge og ubearbeidede tilknytningsrepresentasjoner, vil hennes evne til å være emosjonelt tilgjengelig og inntonet til barnets behov være begrenset og defensivt styrt (Egeland et al., 2000).

Det andre fokuset handler om mentalisering, eller reflekterende fungering, et sentralt begrep innenfor utviklingspsykologi og tilknytningsteori, introdusert av Fonagy og medarbeidere (1991). Det handler om kompetansen til å forestille seg mentale tilstander i seg selv og andre, og å forstå adferd som meningsfulle uttrykk for disse mentale tilstandene. Innenfor tilknytningsbasert arbeid med spedbarns- og småbarnsfamilier har begrepet blitt videreutviklet til «parental reflective functioning» (PRF), (Slade, 2005). Dette refererer til forelderens kapasitet til å tenke om barnets «sinn» og å forstå barnets signaler som ytringer av barnets indre liv – med følelser, tanker, behov og intensjoner – samt å oversette denne forståelsen til kontingente og empatiske handlinger. I tillegg handler det om forelderens evne til å forstå barnets perspektiv og situasjon i familien. Et viktig aspekt av dette er hvorvidt forelderen evner å forstå og reflektere over at barnet har andre behov enn forelderen selv, og hvordan forelderen påvirker barnet (Fonagy et al., 1991; Slade 2005). Balanserte og trygge tilknytningsrepresentasjoner og god reflekterende foreldrefunksjon (PRF) øker mulighetene for sensitiv omsorg og emosjonelt inntonet respondering.

Nedenfor vil jeg beskrive hvordan anbefalingene fra litteraturen er forsøkt implementert i min egen behandlingspraksis. Rådene fra Egeland og medarbeidere (2000) om at intervensjoner bør starte tidlig, kobles opp mot samarbeidspartnere, favne bredt og være fleksible, samt intensive og over tid, danner rammen for presentasjon og praksis. Rådene om å ha fokus på forelderens emosjonelle tilgjengelighet, samt støtte styrkeområder og kompetanse, inkluderer jeg som sentrale i selve behandlingsprosessen. Terapeutiske samtaler og samspillintervensjoner veiledes av tilknytningsbasert kunnskap. For å levendegjøre beskrivelsene har jeg som illustrasjon tatt med utsagn fra mødre jeg har samarbeidet med.

## **Kliniske erfaringer**

Det terapeutiske arbeidet rettes direkte til mor og indirekte til spedbarnet, via mor. Med sikte på en overordnet målsetting om et velfungerende samspill og et godt fundament for barnet til å utvikle trygg tilknytning er det tre underordnede delmål for mor: 1. Å forstå spedbarnets kommunikasjon og styrke kapasiteten til å være emosjonelt tilgjengelig og sensitivt responderende i samspillet. 2. Å forstå betydningen av den psykiske lidelsen i mors fungering og samspill. 3. Å utvikle tillit til eget moderskap.

### **Starte tidlig - i svangerskapet**

Alle deler i tilknytningsbasert behandling kan fokuseres allerede i svangerskapet. Det vil handle om å støtte prenatal relasjon til barnet, utforske mors representasjoner, samt skape en arbeidsallianse og et trygt relasjonelt rom i forholdet til terapeuten. Sentrale temaer å utforske sammen er: Hvilke forestillinger har mor om barnet i sin mave? Hvem er det hun ser for seg at hun vil møte? Hvilke er mors tilknytningsrepresentasjoner fra egen oppvekst? Hvordan beskriver og forstår hun den omsorg hun selv fikk som et lite barn? Hvilke tanker har hun om seg selv som vordende mor? Temaene kan arbeides med i samtaler, eller i kliniske inter-vjuer. I denne prosessen kan mor oppleve at hun påminnes av ubearbeidede savn og vanskelige opplevelser fra egen oppvekst. Det er ikke uvanlig at mor uttrykker ønske om å gi barnet sitt andre omsorgserfaringer enn de hun selv har hatt.

«Jeg vil ikke at det skal bli sånn som jeg hadde det.»

Selv om negative erfaringer er noe mor bevisst ønsker å ta avstand fra, kan de være grunnlagt i tidlige relasjonelle mønstre og sterke emosjoner, slik at de på et dypere plan påvirker relasjonelle forventninger og samhandling. Ofte kan gode erfaringer og ønskene for barnet uttrykkes generelt.

«Jeg vil at hun skal være trygg og vite at jeg er der for henne.»

Slike generelle beskrivelser kan bli lite hjelpsomme for mor når de skal oversettes til konkret relasjonell handling med barnet. For hvordan ser byggesteinene til slike ønsker ut, uttrykt i daglig samspill? Hva betyr de på barnets ulike utviklingstrinn? Dette er viktig å arbeide nært og presist med, både i samtaler og i det direkte samspillet mellom mor og barn.

**«Studier viser at effektiv behandling av mors psykiske lidelse ikke nødvendigvis bedrer samspillet mellom mor og spedbarn»**

Hvordan mor resonnerer og formidler seg i samtalene, gir indikasjoner om hvordan hennes reflekterende foreldrefungering (PRF) kan komme til å utvikle seg. I hvilken grad har mor refleksjoner om seg selv og mellommenneskelige fenomener? Resonnerer

hun om egne og andres handlinger som uttrykk for tanker og følelser? Hvordan forstår hun seg selv i relasjon til andre? Mors evne til å differensiere at ulike individer har ulike opplevelser og perspektiv, er svært viktig for at mor i det kommende samspillet med barnet sitt skal kunne forestille seg hvordan hennes mentale tilstand og svingninger eventuelt kan oppleves av barnet. Flere mødre har uttrykt at dette er utfordrende.

«Det jeg opplever i meg er så sterkt, jeg er så fylt av det, så jeg tror det er slik for andre også.»

Under graviditeten kan samtalen være farget av mye usikkerhet og motstridende følelser. Gravide kvinner med psykisk lidelse opplever større grad av angst og utrygghet enn hva som hører til normalt økt psykologisk sårbarhet i denne livsfasen (Mowbray et al., 1995). Den gravide kvinnen kan uroes av at det uansett følger en risiko, både hvis hun tar medisiner for sin lidelse, og dersom medisinene blir seponert. Mange frykter å bli dårligere i funksjon, med økte symptomer under og etter fødsel. Det er derfor viktig å få avklart gode retningslinjer for kvinnens medisinerings med lege. Vanskelige spørsmål vil likevel kunne tynges.

«Skader jeg barnet mitt?» «Kommer jeg til å duge og klare det?»

Tvilen om egen kompetanse kan være dyptgående og er viktig å samtale om med kvinnen. Kvinnens tvil kan også sees på som uttrykk for en begynnende omsorg og ivaretagelse av barnet. Å vinkle tvilen slik kan hjelpe kvinnen til å betrakte den som en kvalitet, som styrker henne til å holde blikket på barnets perspektiv.

For å fremme trygghet i samarbeidet er det viktig at terapeuten har kunnskap om mors psykiske lidelse, både objektiv kunnskap om tilstanden og om hvordan mor erfarer den. Hva utløser og forsterker dårligere perioder? Hva er tidlige signaler på redusert fungering? Hva trenger mor i dårligere perioder? Hvilke er mors strategier for å holde lidelsen under god kontroll? Hvordan vil strategiene la seg kombinere med å gi omsorg til et spedbarn? Eksempelvis er det for mange av kvinnene avgjørende med regelmessige døgnrutiner og god nattesøvn. Enkelte av temaene fordrer konkret fokus på praktisk planlegging.

Gjennom denne type samtaler i svangerskapet vil terapeuten kunne formulere arbeidshypoteser til samarbeidet etter at barnet er født. Hva er mors personlige styrkeområder, som kan nære utviklingen av et godt moderskap? Hva vil kunne forme seg som utfordringer i moderskap og relasjon til barnet? Ut fra kunnskap om hvordan tilknytningskvalitet overføres transgenerasjonelt, vil antakelser dannes om hvilken type mønster som kan bli repetert. Hva vil være sentralt for at mor, med sin livshistorie og psykiske lidelse, skal kunne oppleve terapeuten og behandlingsprosessen som trygg? Hva kan aktivere utrygghet? Dette er viktig å ta stilling til, siden opplevelse av trygghet øker mors kapasitet til emosjonell tilgjengelighet for spedbarnet.

«Jeg har alltid en forventning om å bli kritisert, det er liksom ikke noe verdt, det jeg gjør.»

En målsetting for det innledende samarbeidet er å bevisstgjøre både mor og terapeut om en nyansert holdning til den videre utviklingsprosessen og samarbeidet. For mor er det vesentlig å tillate seg å kjenne glede og håp overfor de muligheter som ligger i å bli mor, og i å utvikle en relasjon til barnet sitt. Samtidig er det viktig at hun tar på alvor de utfordringer og eventuelle hindringer den psykiske lidelsen vil kunne gi. For terapeuten vil det handle om å fremme mors opplevelse som kompetent i relasjon til barnet. Dessuten å sørge for at det innenfor den terapeutiske relasjonen er trygghet til at de begrensninger og problemer som den psykiske lidelsen medfører – for både mor og barn – også kan deles og snakkes åpent om. Å skape rom for den type dialoger er nok både det viktigste og vanskeligste i arbeid med spedbarnsmødre med alvorlig psykisk lidelse (Stone, 2008).

### **Koble arbeidet opp mot samarbeidspartnere**

Det er viktig å avklare med mor hvilke samarbeidspartnere som vil bli sentrale i behandlingsforløpet, og hvordan samhandling skal skje. Ved alvorlig psykisk lidelse er mors behandler i psykisk helsevern for voksne en sentral samarbeidspartner, samt fastlegen. Egne erfaringer med å ha enkelte behandlingstimer i fellesskap med mors behandler ved psykisk helsevern for voksne har vært klart positive for samtlige involverte. Det har skapt trygghet for mor og sikret at roller, ansvar og felles mål avklares.

«På DPS jobber jeg med min angst for nærhet i livet generelt, her på spedbarnsteamet handler det om hvordan jeg skal tåle nærhet som mamma.»

Ved alvorlig psykisk lidelse er det en realitet at mors fungering i perioder kan bli kraftig svekket og lidelsestrykket stort. Da er det vesentlig å ha etablert god kommunikasjon med mors behandler i psykisk helsevern for voksne, slik at vurderinger angående eventuell suicidalitet og behov for innleggelse gjøres på en god og faglig forsvarlig måte. Mors behov for sikkerhet og psykiatrisk behandling, omsorgen for spedbarnet og relasjonen mellom mor og spedbarn må ivaretas med trygghet og respekt.

Temaer som omhandler spedbarnets omsorgssituasjon, er spesielt viktig å være bevisst og oppmerksom på når mor har alvorlig psykisk lidelse. I mange tilfeller vil derfor samarbeid med barnevernet være aktuelt. Barnevernets medvirkning representerer særlig to vesentlige bidrag. Det ene handler om at barnevernet kan iverksette viktige hjelpetiltak, som vil kunne støtte mor i omsorgsutøvelsen. Det andre handler om at barnevernets medvirkning sikrer at fokuset på barnets behov og trygghet i en sårbar omsorgssituasjon har høy prioritet.

Egen erfaring tilsier at det er svært varierende hvorvidt mor ønsker at helsestasjonen og etter hvert barnehagen skal være informert om hennes lidelse og inngå i et samarbeid. Noen mødre ønsker at dette skal være arenaer hvor hun «bare er mamma», andre ser det som verdifullt og trygghetsskapende at også helsestasjon og barnehage er delaktige i et samarbeid. Dette må avklares i hvert enkelt tilfelle, basert på individuelle ønsker og barnets eventuelle behov.

## **Intervensjoner som favner bredt og er fleksible**

I terapeutisk arbeid med spedbarnsfamilier fremheves betydningen av å kunne arbeide hjemmebasert (Slade et al., 2005; Stern 2006). Verdien av dette samsvarer med egne erfaringer. I praksis betyr det at mye av behandlingsarbeidet foregår hjemme hos mor og barn. Sentrale fordeler ved denne løsningen er minsket stressopplevelse hos mor – «energisparing» – og økt trygghetsopplevelse. Begge opplevelser kan øke mors kapasitet til å være emosjonelt tilgjengelig for barnet. I arbeid med spedbarnsfamilier anses det også som viktig å etterstrebe fleksibilitet i praktisk tilrettelegging og terapeutisk holdning (Lieberman, Silverman & Pawl, 2000). Det innebærer eksempelvis å avtale timer etter behov, kunne være tilgjengelig ved kriser, samt å understøtte en reflekterende holdning parallelt med også å kunne gi råd og veiledning om spedbarns utvikling og behov. En slik fleksibilitet, hvor terapeuten er sensitiv for morens og barnets behov og empatisk tilpasser seg, regnes som viktig av flere grunner. Det er en underliggende antagelse at dette kan virke som en modell for mor, for hvordan hun bør forholde seg til spedbarnet – fleksibelt og empatisk. Det kan også virke trygghetsfremmende i relasjonen mellom terapeut og mor, og i enkelte tilfeller ha en betydning som en «korrektiv tilknytningserfaring» for mor (Lieberman et al., 2000).

Fars deltagelse i samarbeidet er svært sentral når mor har alvorlig psykisk lidelse (Ballard, 2008). Det er viktig å få et bilde av hans psykiske helse, hans relasjon til spedbarnet, og hvordan han eventuelt vil kunne være en støtte for mor og barn. Far og spedbarn har en egen selvstendig relasjon, som de to utvikler gjennom sine samhandlinger. Dersom det er en god og utviklingsstøttende relasjon, vil den dessuten kunne virke beskyttende og kompensierende for spedbarnet i perioder da mor fungerer dårlig. Egne erfaringer har vist at det er svært varierende i hvilken grad mor og far har snakket om hvilke utfordringer mors psykiske lidelse vil kunne medføre når de sammen skal bli foreldre. Det kan også være svært forskjellig hvor mye far vet om mors lidelse og hva den vil kunne bety for barnet. Disse temaene kan derfor være sensitive, og samtaler kan vekke ambivalens hos begge. Terapeutens oppgave er å lage trygge rammer for samtale og fokusere på hvordan foreldrene kan skape en felles allianse for å mestre og å gi spedbarnet sitt en god start. Samtalene vil også ofte innebære et praktisk fokus, med utgangspunkt i det mor har beskrevet om hva som kan utløse dårligere perioder og hva som bidrar til god kontroll av lidelsen. Hvordan kan foreldrene sammen legge til rette rutiner og omsorgsfordeling best mulig, slik at spedbarnets behov ivaretas og mor opprettholder stabilitet? I enkelte familier blir også besteforeldrene involvert som støtte.

Det er ikke uvanlig at mor i løpet av spedbarnets første år kan ha perioder da hun er i såpass dårlig psykisk tilstand at hun må sykmeldes og far må være primær omsorgsperson. Dette er nødvendig for å sikre spedbarnets emosjonelle og omsorgsmessige behov, samt mors behov for å hente seg inn og gjenopprette god fungering. Når omsorgsfordelingen blir basert på mors svekkede fungering, kan det vekke ambivalente følelser hos henne. På den ene siden er det trygt å vite at spedbarnets omsorgsbehov vil kunne bli godt ivaretatt av far, selv om hun blir dårligere.

På den andre siden rammer sykemeldingen mor i hennes håp om morsfungering. Følelsene og tematikken er det viktig å snakke sammen om, for å hjelpe foreldrene til å skape felles forståelse og åpenhet om mors kapasitet og barnets behov. Ved alvorlig psykisk lidelse vil mors tilstand kunne svinge mange ganger i løpet av barnets barndom, og foreldrene må kunne håndtere det på en god og forutsigbar måte.

Når barnet er født, vil behandlingstimene kunne ha både samtale- og samspillfokus. Samtalene vil ofte rettes mot mors opplevelse av sin aktuelle tilstand og spesifikt kobles til den effekt tilstanden kan ha i direkte samspill med spedbarnet. Eksempelvis: «Hvordan virker rastløsheten/ uroen/fjernheten inn på deg, som mamma, i samspillet med barnet?». Herfra er det viktig å bringe inn ulike spørsmål som kan fremme mors perspektivtaking og refleksjoner i forhold til spedbarnets opplevelse: «Hvis barnet ditt kunne si hvordan det er å være sammen med mamma nå, hva ville hun si?», «Hva tror du barnet ditt tenker eller føler?», «Hva trenger barnet ditt nå?» Denne type spørsmål, presentert med en holdning av undring og utforskning, har som formål å bevisstgjøre mor om spedbarnets perspektiv og individualitet – at spedbarnets opplevelse kan være en annen enn mors. Slade og medarbeidere (2005) fremhever at en målsetting med behandling er at mor skal få hjelp til å erkjenne sitt barn som et eget individ, med et eget sinn og en indre verden. Å støtte mor til å kunne se og forstå seg selv «utenfra » og spedbarnet «innenfra» er derfor en sentral prosess i samarbeidet.

«Når jeg har det slik, blir jeg utålmodig og vil at alt skal gå fort. Men, jeg kan jo skjønne at det blir for voldsomt for barnet mitt, det er jo ikke slik hun har det...»

Samtalens hensikt er å bevisstgjøre mor om hva hun trenger å justere i samspillet, med utgangspunkt i spedbarnets signaler og behov.

«... hun trenger at jeg roer ned tempoet.»

I samtalene lages også forbindelser mellom de erfaringer mor gjør i nåtid som omsorgsgiver, til hennes fortid vedrørende egne omsorgserfaringer og representasjoner. Terapeuten inviterer til refleksjoner over hvordan tidligere erfaringer påvirker hva mor gjør, samt hvordan hun forstår spedbarnet og seg selv som mor. Egne gode omsorgserfaringer kan gi styrke og være noe mor ønsker å videreføre, de negative erfaringene kan vekke smertefulle følelser. I behandlingsprosessen er det en terapeutisk balansegang å støtte at utforskning og refleksjoner utvikles i moderskapets og barnets tjeneste, slik at ikke primærfokus tematisk og emosjonelt blir værende i mors barndomsopplevelser. Samtidig skal mor erfare at terapeuten følger henne og favner følelsene knyttet til hennes tidligere erfaringer. I tilfeller hvor slike samtaler aktiverer mye ubearbeidet tematikk, er det min erfaring at et nært samarbeid med mors behandler i psykisk helsevern for voksne er viktig, for å sikre at mor kjenner seg ivaretatt i en helhet.

«Dersom en mor har utrygge og ubearbeidede tilknytningsrepresentasjoner, vil hennes evne til å være emosjonelt tilgjengelig og inntonet til barnets behov være begrenset og defensivt styrt»

Arbeidsfokus på selve samspillet kan både skje direkte – «live» – eller gjennom filmopptak. Dette fokuset har flere formål. Et grunnleggende formål er å hjelpe mor til å fange opp, fortolke og respondere på spedbarnets kommunikasjon. Den refererte forskningen indikerer at mødre med alvorlig psykisk lidelse kan streve med responsivitet. For å kunne svare adekvat og empatisk på spedbarnets kommunikasjon er det en forutsetning å forstå signalene, de må gi mening. Her er et viktig terapeutisk arbeid å hjelpe mor med meningsdannende prosesser.

«Jeg begriper jo ikke hva som foregår i meg selv, det er kaos, hvordan skal jeg forstå barnet mitt?»

Terapeutens utviklingspsykologiske kunnskap om spedbarns behov og kommunikasjon må her gå hånd i hånd med en nysgjerrighet på det individuelle spedbarnets unike signaler. Terapeuten må være seg bevisst at veiledning og intervensjoner skjer i en form som styrker mors opplevelse av kompetanse og fremmer hennes refleksjoner om barnet sitt. Spesielt i tilfeller hvor mors tilstand er svingende, eksempelvis ved bipolar lidelse, kan det være en klar fordel sammen med mor å gå igjennom og jobbe terapeutisk med samspillopptak umiddelbart etter filming. Ved svingende tilstander er samspillopptakene en «ferskvare».

Et annet viktig formål er å få gode samspillopplevelser til å få feste i mors bilde av seg selv og av relasjonen til barnet sitt. Negative og selvfordømmende representasjoner kan svekkes gjennom at terapeut og mor sammen dweler ved filmsekvenser av gode samspilløyeblikk. Gode samspilløyeblikk med et spedbarn har en emosjonell kraft, og kan styrke mor i opplevelsen av å være betydningsfull for barnet sitt. Gjennom terapeutens ledsagende spørsmål som: «Hvordan kjennes det å se deg og barnet i denne situasjonen?», «Hva tenker du om det du ser?» kan de gode erfaringene forstørres og gjøres eksplisitte. En forankring av de gode opplevelsene bidrar til trygghet og tillit til eget moderskap og kan derved åpne opp for emosjonell tilgjengelighet.

Det er ikke bare samspillsituasjoner med positive følelser som er terapeutisk virksomme i forhold til å tydeliggjøre mors betydning for barnet sitt. Ut fra spedbarnets behov er mors empatiske tilgjengelighet mest betydningsfull når spedbarnet opplever negative og uregulerte følelser. Spedbarnet trenger mor som «den selvregulerende annen» (Stern, 1991). Dette kan imidlertid være svært utfordrende. Spedbarnets uro kan sette mors egen følelsesregulering under ekstra press, og det kan være vanskelig for



henne å romme både egne og spedbarnets sterke følelser. Mors evne til å «tenke om» barnet kan da erstattes av ureflektert reaksjon, hvor hun primært agerer for å håndtere sine egne vanskelige følelser. I verste fall oppstår situasjoner hvor barnet mister erfaringen av «den selvregulerende annen», og isteden erfarer en økende dysregulering, hvor mor og barn stresser hverandre. Et mentaliserende fokus om at spedbarnets signaler formidler en indre tilstand hvor barnet trenger mor, er et viktig skritt videre fra en opplevelse av at spedbarnets gråt er uroende og noe ubehagelig, som må ageres bort (Slade et al., 2005). Stadig å øve opp kapasiteten til å «tenke om» og å fortolke spedbarnets signaler som noe meningsfylt vil kunne hjelpe mor til større marginer mot egen dysregulering. I samtaler om slike samspillsituasjoner vil spørsmål som «Hvordan var det for ham at du tok ham opp...?», «Hva fikk deg til å tenke at det var det han trengte...?» kunne understøtte perspektiver om spedbarnets behov og indre tilstander. Fokus på at mor gjorde «riktig» eller var «flink», vil derimot implisitt kunne svekke mentalisering og gi handlingsreaksjoner fortrinn. Terapeutens ro og stabilitet i krevende samspillsituasjoner, og aksepterende nysgjerrighet på mors refleksjoner i etterkant, vil forhåpentlig kunne bidra med trygghet, som i sin tur virker som «den selvregulerende annen» for mor.

Siden det handler om sårbare dyader, hvor utviklingen kan komme på avveie, er det svært viktig å gjennomføre jevnlig utviklingsvurderinger av barnet og samspillet, for å forvise seg om at spedbarnets utvikling er på riktig spor og aldersforventet.

### **Intensivt tilbud, over lengre tid**

I en poliklinisk virksomhet lar det seg ikke gjøre å gi et så intensivt tilbud som «Mother - Baby -Units» representerer. I perioder av samarbeidet kan det handle om behandlingstimer to ganger per uke, men et vanlig tilbud er én avtale per uke. Intensitet i arbeidet kan sikres ved at de ulike samarbeidspersonene ivaretar den samme tematikken, men fra hvert sitt ståsted, og arbeider mot felles mål. Behandlingskontakten lar seg sjelden avslutte i løpet av spedbarnets første år, men strekker seg vanligvis til de to til tre første leveårene.

### **Utfordringer i det terapeutiske arbeidet**

Mange utfordringer dukker opp i denne type terapeutisk arbeid, men jeg vil spesielt nevne tre, som jeg har erfart som sentrale. Det er en gjennomgående utfordring å klare å holde spedbarnets behov og mors relasjon til barnet i fokus. Mors egne emosjonelle behov kan i perioder være så store og hennes lidelse så sterk at det er en fare for at disse temaene blir påtrengende og overskygger arbeidet på bekostning av å holde spedbarnet og samspillet i fokus. Den kliniske utfordringen er å bestrebe seg på å holde spedbarnet og mor – deres behov individuelt og sammen – i terapeutens sinn og intervensjoner, uten at mors behov overstyrer barnets (Slade, 2005; Stone, 2008).

Det er svært tungt og alvorlig når mors tvil om at hun duger som mor, nesten blir henne overmektig, hvor hun kjenner på fortvilelse og håpløshet så til de grader at hun formidler tanker om passive dødsønsker og suicidalitet.

«Om det er slik det skal være. Hvordan kan jeg orke?»

«Er det denne mammaen barnet mitt skal ha – er det bedre for henne å slippe?»

I forhold til begge disse utfordringene kan jeg ikke få understreket sterkt nok hvor nødvendig og viktig det er med et tett samarbeid med mors behandler i psykisk helsevern for voksne.

Selv med støtte og arbeidsinnsats er det tilfeller hvor bekymring og usikkerhet vedrørende spedbarnets omsorgssituasjon melder seg. Er omsorgsbetingelsene gode og sikre nok? Er det tilstrekkelige kår for trygghet og utvikling? Det er barnevernets oppgave å foreta undersøkelser og vurderinger i forhold til disse spørsmålene, men behandleren i spedbarnsteamet har et selvstendig ansvar for å melde ifra om bekymring, likeså behandleren i psykisk helsevern for voksne. Tematikken har likevel klare iboende utfordringer. Siden det terapeutiske arbeidet som er beskrevet, foregår direkte mellom terapeuten og mor, og indirekte mellom terapeuten og spedbarnet, er det stor fare for at terapeutens allianse og identifikasjon har sin tyngde i forhold til mor og hennes behov. En marginal omsorgssituasjon for spedbarnet risikerer å ikke bli sett. Å sikre seg rammer med drøfting av klienter i behandlingsteam, veiledning og å stadig påminne seg om spedbarnets sårbare posisjon er viktige prosesser.

## **Konklusjon**

Ved å yte hjelp til både spedbarn og mor når mor har psykisk lidelse, kan vi bistå to generasjoner. Jeg har beskrevet en tilknytningsbasert behandlingspraksis som én mulig farbar vei i et klinisk felt hvor det ennå ikke er beskrevet mange spor å følge. Forhåpentlig vil flere erfaringer og fagutvikling fra både klinikk og forskning bli delt i tiden fremover. Den beskrevne behandlingen er basert på anbefalinger fra litteraturen om å starte tidlig, koble opp arbeidet mot samarbeidspartnere, tilby terapeutiske intervensjoner som favner bredt og er fleksible, intensive og varer over tid. Intervensjonene bør ha fokus på forelderens emosjonelle tilgjengelighet, og støtte forelderens styrkeområder og opplevelse av kompetanse. En viktig klinisk erfaring har vært at overgangen til moderskap kan innebære en mulighet til vekst og kompetanse, dersom adekvat hjelp og spesielt tilpasset støtte er tilgjengelig. Flere mødre jeg har samarbeidet med, har sagt:

«Hvis jeg ikke hadde blitt mamma, så hadde jeg aldri klart å utfordre meg selv slik. »

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 11, 2012, side 1050-1060*

**TEKST**

**Teija Anke**

KONTAKT: teija.anke@vestreviken.no

## Referanser

- Ballard, P. (2008). Fathers: Bringing them into the picture. I A. Sved Williams & V. Cowling (red.), *Infants of parents with mental illness. Developmental, clinical, cultural and personal perspectives* (s. 85-102). Toowong: Australian Academic Press.
- Berlin, L. J. (2005). Interventions to enhance early attachments: The state of the field today. I L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (red.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (s. 3- 33). New York: Guilford Press.
- Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L. & Greenberg, M. T. (2005). *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy*. New York: Guilford Press.
- Brandtzæg, I., Smith, L. & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner. Tilknytning og behandling*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens möjligheter*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cohn, J. F. & Tronick, E. (1989). Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 242-248.
- Crandell, L. E., Patrick, M. P. H. & Hobson, R. P. (2003). «Still-face» interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 183, 239-247.
- Crockenberg, S. & Leerkes, E. (2000). Infant social and emotional development in family context. I C. H. Zeanah (red.), *Handbook of infant mental health* (s. 60-90). New York: Guilford Press.
- Davenport, Y. B., Zahn-Waxler, C., Adland, M. L. & Mayfield, A. (1984). Early child-rearing practices in families with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry*, 141, 230- 235.
- Egeland, B. & Carlson, E. A. (2004). Attachment and psychopathology. I L. Atkinson & S. Goldberg (red.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (s. 27-48). New York: Guilford Press.
- Egeland, B., Weinfield, N. S., Bosquet, M. & Cheng, V. K. (2000). Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. I J. Osofsky & H. E. Fitzgerald (red.), *WAIMH Handbook of infant mental health: Vol 4. Infant mental health in groups at high risk* (s. 35-89). New York: Wiley.
- Field, T., (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33, 1-6.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H. & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- Forman, D. R., O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E. & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology*, 19, 585-602.
- Hipwell, A. E., Goossens, F. A., Melhuish, E. C. & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12, 157-175.
- Hobson, R. P., Patrick, M., Crandell, L., Garcia-Perez, R. & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 329-347.
- Hobson, R. P., Patrick, M. P. H., Hobson, J. A., Crandell, L., Bronfman, E. & Lyons-Ruth, K. (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 195, 325-330.
- Lieberman, A. F., Silverman, R. & Pawl, J. H. (2000). Infant-parent psychotherapy: Core concepts and current approaches. I C. H. Zeanah (red.), *Handbook of infant mental health* (s. 472-484). New York: Guilford Press.

- Logsdon, M. C., Wisner, K. & Hanusa, B. H. (2009). Does maternal role functioning improve with antidepressant treatment in women with postpartum depression? *Journal of Women's Health*, 18, 85-90.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. & Parson, E. (1999). Maternal frightened, frightening or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. I J. I. Vondra & D. Barnett (red.), *Atypical patterns of infant attachment: Theory, research, and current directions*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 64, 67-96.
- Lyons-Ruth, K., Wolfe, R. & Lyubchik, A. (2000). Depression and the parenting of young children: making the case for early preventive mental health services. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 148-153.
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R. & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and metaanalysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development*, 8, 89-111.
- Mowbray, C. T., Oyserman, D., Zemencuk, J. K. & Ross, S. R. (1995). Motherhood for women with serious mental illness: Pregnancy, childbirth and the postpartum period. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(1), 21-38.
- Newman, L. & Stevenson, C. (2005). Parenting and borderline personality disorder: ghosts in the nursery. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 385-394.
- Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R. & Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 598-605.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R. & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6, 375-388.
- Pawlby, S. & Fernyhough, C. (2009). Enhancing the relationship between mothers with severe mental illness and their infants. I J. Barlow & P. O. Svanberg (red.), *Keeping the baby in mind. Infant mental health in practice* (s. 164-172). New York: Routledge.
- Pawlby, S., Marks, M., Clarke, R., Best, E., Weir, D. & O'Keane, V. (2005). Mother-infant interaction in postpartum women with severe mental illness, before and after treatment. *Archives of Women's Health*, 8, 120.
- Riordan, D., Appleby, L. & Faragher, B. (1999). Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders. *Psychological Medicine*, 29, 991-995.
- Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). Models of development and developmental risk. I C. H. Zeanah (red.), *Handbook of infant mental health* (s. 3-19). New York: Guilford Press.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7, 269-281.
- Slade, A., Sadler, L., de Dios-Kenn, C., Webb, D., Currier-Ezepchick, J. & Mayes, L. (2005). Minding the baby: A reflective parenting program. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 74-100.
- Slinning, K. & Eberhard-Gran, M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I V. Moe, K. Slinning & M. Bergum Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 323-346). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Snellen, M., Mack, K. & Trauer, T. (1999). Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: examining the relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 902-911.
- Stern, D. N. (1991). *Spädbarnets interpersonella värld*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Stern, D. N. (2006). Introduction to the special issue on early preventive intervention and home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 27, 1-4.
- Stone, J. (2008). Mummy has an illness called schizophrenia: Thinking with infants and their parents with mental illness. I A. Sved Williams & V. Cowling (red.), *Infants of parents with mental illness*.

Developmental, clinical, cultural and personal perspectives (s. 161-175). Toowong: Australian Academic Press.

Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. (Rapport 2011:4). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Tronick, E. & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147-156.

van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.

van IJzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M. & Frenkel, O. J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858.

Wan, M. W., Abel, K. M. & Green, J. (2008). The transmission of risk to children from mothers with schizophrenia: A developmental psychopathology model. *Clinical Psychology Review*, 28, 613-637.

Wan, M. W. & Green, J. (2009). The impact of maternal psychopathology on child-mother attachment. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 123-134.

Wan, M. W., Salmon, M. P., Riordan, D. M., Appleby, L., Webb, R. & Abel, K. M. (2007). What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia? *Psychological Medicine*, 37, 537-546.

Wan, M. W., Warren, K., Salmon, M. P. & Abel, K. M. (2008). Patterns of maternal responding in postpartum mothers with schizophrenia. *Infant Behavior and Development*, 31, 532-538.

Weinberg, M. K. & Tronick, E. Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 53-61.

Zeanah, C. H., Larrieu, J. A., Scott Heller, S. & Valliere, J. (2000). Infant-parent relationship assessment. I C. H. Zeanah (red.), *Handbook of infant mental health* (s. 222-235). New York: Guilford Press.