

En god sirkel



ILLUSTRASJONER Åge Peterson

Circle of Security Parenting (COS-P) er et psykoedukativt program der målet er å hjelpe foreldre i foreldrerollen. Siden våren 2012 har Solli DPS drevet COS-P-grupper for pasientene. Tilbakemeldingene har vært positive.

TEKST

Jorunn Helle

Mari-Janne Oosterman Boonstra

Kirsten Runeberg Broch

Bernt Ingve Rød

Jon Vøllestad

PUBLISERT 7. juni 2017

EMNER

Foreldres psykiske helse

barn

Circle of Security Parenting (COS-P)

Tilknytningsteori

Foreldres psykiske helse påvirker barns utvikling. Barn av psykisk syke har økt risiko for internaliserende og eksternaliserende vansker samt for selv å utvikle en psykisk lidelse (bl.a. Abela et al., 2005; Dean, Mortensen, Murray, Walsh, & Pedersen, 2010).

Helsepersonelloven § 10a fra 2010 omhandler helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende. I rundskrivet «Barn som pårørende» legger Helsedirektoratet vekt på at helsepersonell skal hjelpe foreldre med psykiske vansker til bedret foreldrefungering (IS-5/2010:5).

Psykisk helsevern for voksne har vært kritisert for ikke å forholde seg til at pasientene har barn, og for ikke å snakke med dem om rollen som foreldre. Undersøkelser har vist

at barna av psykisk syke i liten grad blir ivaretatt, og at de ofte blir glemt og usynliggjort (Mevik & Trymbo, 2002). Mevik og Trymbo viste at pasientene strever med bekymring og skyldfølelse overfor barna, og ofte opplever at disse følelsene blir bagatellisert av behandlere. På samme tid hadde de fleste pasientene et ønske om at behandleren skulle snakke med dem om barna.

Det er imidlertid ikke foreldrenes psykiske symptomer i seg selv som virker negativt på barnet, men i hvilken grad disse påvirker foreldrefungering. Når foreldrefungeringen svekkes på grunn av psykisk sykdom, er det særlig de minste barna som er mest sårbare (Hart, 2009; Murray, Cooper & Hipwell, 2003). Jo yngre barnet er, jo større innvirkning vil mangelfull eller skadelig foreldrefungering ha. På samme tid er det ofte ikke før et stykke opp i barndommen og tenårene at de negative konsekvensene ved å vokse opp med en psykisk syk forelder kommer tydelig til uttrykk.

Fordi foreldrefungering er så avgjørende for barns utvikling og senere fungering, er det av stor betydning at behandlere i psykisk helsevern for voksne tilegner seg kunnskap om og metodikk for å styrke foreldrefungering. På den måten kan vi som fagpersoner være med på å bidra til å forebygge vansker i neste generasjon.

«Helsepersonelloven § 10a fra 2010 omhandler helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende»

I denne teksten vil vi se nærmere på noen av utfordringene foreldre med en psykisk lidelse kan ha i foreldrerollen, samt presentere et strukturert kursopplegg innrettet mot å styrke foreldreferdigheter. Circle of Security Parenting (COS-P) er et psykoedukativt foreldreveiledningsprogram som bygger på tilknytningsteori og dynamisk teori og er forskningsbasert. COS-P har som sin primære målsetting å hjelpe foreldre til bedret foreldrefungering gjennom økt evne til mentalisering av barnet. Vi vil gi en kort redegjørelse for innholdet i COS-P, og presentere erfaringer med implementering av programmet på en voksenpsykiatrisk poliklinikk ved Solli DPS.

Barn av psykisk syke

Antallet barn i Norge som har foreldre med psykiske lidelser, er anslått til 410 000, eller 37,5 % av alle barn (0–18 år) i befolkningen. Av disse har anslagsvis 115 000 foreldre med alvorlige psykiske lidelser, det vil si 10,5 % av alle barn i Norge (Torvik & Rognmo, 2011). Barn som vokser opp med foreldre med psykiske vansker, har selv økt risiko for å utvikle sosiale og emosjonelle problemer (Elgar et al., 2007). Dean og medarbeidere (2010) fant i en dansk undersøkelse at når en av foreldrene hadde en psykisk lidelse, hadde barnet dobbelt så høy risiko for selv å bli registrert med en psykiatrisk diagnose sammenlignet med barn av foreldre uten psykiske lidelser. Om begge foreldrene hadde en psykisk lidelse, var risikoen 3,4 ganger høyere.

I forskningen på sammenhengen mellom psykiske vansker og foreldrefungering har effekten av depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel fått særlig oppmerksomhet. Dette henger sammen med den økte risikoen for depresjon i denne perioden i tillegg til omfattende kunnskap om betydningen av samspillet mellom spedbarnet og de primære omsorgspersonene for barnets utvikling. En undersøkelse fant at behovet for bruk av psykisk helsehjelp er mer enn doblet i de første tre månedene etter fødsel, og risikoen for depresjon er tredoblet i de første fem månedene etter fødsel, sammenlignet med et år senere (Munk-Olsen et al., 2006). Mange mødre med depresjon har også partnere med psykiske vansker. Goodman og medarbeidere (1993) fant at 55 % av mødre med unipolar depresjon hadde partner med en psykiatrisk diagnose.

For at barnet skal utvikle stabil selvopplevelse og kapasitet til affektiv og biologisk selvregulering, er det avhengig av sensitive omsorgspersoner som gir kontingente responser til barnets signaler (Hart, 2009). Studier av deprimerte mødre i samspill med sine spedbarn har karakterisert mødrenes foreldrestil som mer passiv og tilbaketrukket, eller røff og invaderende (Murray, Cooper & Hipwell, 2003). Disse mødrene er mindre følsomme overfor barnets signaler, uforutsigbare og lite kontingente i sine responser. I en studie av deprimerte fedre til ett år gamle barn fant man at de rapporterte fire ganger høyere forekomst av fysisk avstraffelse av barnet sammenlignet med ikke-deprimerte fedre (Davis, Davis, Freed, & Clark, 2011). De samme fedrene rapporterte også at de leste mindre for sine barn enn de ikke-deprimerte fedrene.

«Det er ikke foreldrenes psykiske symptomer i seg selv som virker negativt på barnet, men i hvilken grad disse påvirker foreldrefungering»

I de senere år har det også vært økt fokus på hvordan ulike personlighetsforstyrrelser virker inn på foreldrefungering. Wilson og Durbin (2012) fant i en «ikke-klinisk» populasjon at foreldre med relativt mild grad av personlighetspatologi viste dysfunksjonelt samspill med sine barn. I en engelsk studie som fulgte barn av psykisk syke gjennom flere år, fant Rutter og Quinton (1984) at det gikk dårligst med de barna som hadde foreldre med en personlighetsforstyrrelse preget av fiendtlighet. Barn av foreldre med Cluster B personlighetsforstyrrelse (emosjonelt ustabile, antisosiale og narsissistiske) utgjør en høyrisikogruppe for selv å utvikle psykiske vansker (Berg-Nielsen, 2010). Foreldre med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er kjennetegnet ved konfliktfylte interpersonlige relasjoner, og det er funnet at mødre med denne lidelsen har dysregulert kommunikasjon med sine spedbarn (Hobson, Patrick, Hobson, Crandell, Bronfman & Lyons-Ruth, 2009).

Tilknytningsteori og mentalisering

Barns tilknytning til sine primære omsorgspersoner fremmer deres sosioemosjonelle utvikling (Waxler, Thelen & Muzik 2011). Tilknytning er beskrevet som barnets indre drift til å søke nærhet til sine omsorgspersoner for å sikre trygghet og overlevelse (Ainsworth & Bowlby, 1991). Tilknytningspersonen fungerer som en «trygg base» for utforskning (Hart, 2009). Ifølge Schore (2001, 2008) utgjør reguleringen av barnets affekter og affektuttrykk kjernen i den menneskelige tilknytning. Ved trygg tilknytning vil foreldre bidra til å minimalisere barnets negative affekttilstand og maksimere de positive. Schore (2001, 2008) hevder at tilknytningspersonen former barnets psykofysiologiske system for stresshåndtering.

Tilknytning er et universelt fenomen og utvikles hos alle barn. Kvaliteten i tilknytningen vil imidlertid variere avhengig av omsorgspersonens atferd og evne til sensitivitet og emosjonell tilgjengelighet. *Trygt tilknyttede barn* vil i situasjoner hvor de blir stresset eller oppbrakt, sende tydelige signaler til sine omsorgspersoner, som igjen vil være i stand til å møte barnets behov for trøst og beroligelse. *Utrygge unnvikende barn* vil ikke være i stand til åpent å gi uttrykk for ubehaget sitt. *Utrygge ambivalente barn* vil vise sterke ambivalente følelser overfor omsorgspersonen, samtidig som de vanskelig lar seg trøste. En fjerde gruppe barn er de som mangler en klar strategi for å håndtere stress i interaksjon med sine foreldre. Disse er beskrevet som *desorganiserte eller desorienterte* (Main & Solomon, 1990). Foreldre med desorganisert tilknyttede barn viser ofte atferd som kan karakteriseres som skremmende eller skremt. De tidlige samspillserfaringene barnet gjør med omsorgspersonene, er med på å danne «indre arbeidsmodeller» (IAM) som er mentale representasjoner, eller indre bilder av selvet og tilknytningspersonen.



Barnets tilknytningsmønster dannes i første leveår og er relativt stabilt gjennom hele livet (Main & Cassidy, 1988). Trygg tilknytning er beskrevet som «psykologisk immunforsvar» og medfører at barnet senere i livet bedre vil kunne takle belastninger og traumer. Det er også funnet en stabil sammenheng mellom tilknytningsmønster og kognitive prestasjoner (Jacobsen, Edelstein & Hofmann, 1994; Stams, Juffer & van IJzendoorn, 2002). I en metaanalyse fant van IJzendoorn, Dijkstra og Bus (1995) at

utrygg tilknytning var assosiert med lavere nivå av kognitiv fungering og språkferdigheter. Tilknytningsmønster påvirker også sentrale utviklingsmål som evnen til å stole på seg selv, evne til emosjonsregulering og sosial kompetanse (Groh et al., 2014; Sroufe et al., 2005). Forskning tyder videre på at utrygg tilknytning øker risiko for både eksternaliserende (Fearon et al., 2010) og internaliserende (Madigan, Atkinson, Laurin & Benoit, 2013) vansker hos barn.

Det er sammenheng mellom foreldres mentale representasjoner av egne tilknytningsopplevelser, målt gjennom Adult Attachment Interview (AAI), og barnets tilknytningsmønster (van IJzendorp, 1995). Når foreldre selv har opplevd tap og traumer knyttet til sine omsorgspersoner, vil dette øke sannsynligheten for at barnet utvikler et utrygt eller desorganisert tilknytningsmønster. Foreldrepopulasjonen innenfor psykisk helsevern kjennetegnes ofte ved at de har opplevd ulike former for omsorgssvikt og traumer. Fonagy og medarbeidere (1996) fant for eksempel store forskjeller mellom en gruppe psykiatriske pasienter og en «frisk» kontrollgruppe i måten de beskrev sine erfaringer med omsorgspersonene i AAI på.

En mulig mekanisme for overføring av tilknytningsstil fra en generasjon til den neste er mentalisering eller reflekterende fungering. Dette er evnen til å forstå sin egen og andres atferd ut fra indre mentale tilstander som tanker, følelser, impulser, behov og ønsker (Sharp & Fonagy, 2008). Evnen til å mentalisere utvikles innenfor tilknytningsrelasjonen og fortsetter å være tett bundet til relasjoner (Luyten, Fonagy, Lowyck & Vermote, 2012b). Forskning viser at foreldres evne til å mentalisere barnet, det vil si å leve seg inn i barnets indre psykologiske tilstand, er en viktig faktor for å predikere trygg tilknytning (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011; van IJzendorp 1995). Omvendt finnes det en tilsvarende forbindelse mellom mangelfull mentalisering og utrygg tilknytning hos barnet. Det er foreldres mentaliserende forståelse, evnen til å oppfatte barnet som et separat individ og som en mental agent med indre, intensjonelle hensikter, som skaper den trygge tilknytningen (Wennerberg, 2011).

Det er utviklet flere tilknytnings- og mentaliseringsbaserte programmer, som *Minding the Baby* (Slade, Sadler, Dios-Kenn, Webb Currier-Ezepchick & Mayes, 2005), *Mothering From the Inside Out* (Suchman, Pajulo, Kalland, De Coste & Mayes, 2012) og *Circle of Security* (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell 2002; Hoffman, Marvin & Powell 2006). Felles for disse er at de søker å fremme omsorgsgivers sensitivitet for og mentale representasjon av barnet samt fremme godt samspill og trygg tilknytning (Ramsauer et al., 2014). Flere av disse programmene involverer både foreldre og barn. Vi ønsket å gi et tilbud til voksne pasienter i behandling ved vårt DPS, og valgte å bruke COS-P, fordi programmet er utviklet for å arbeide med foreldrene alene.

Circle of Security

I tilknytningslitteraturen beskrives trygge relasjoner som relasjoner der barn uanstrengt kan søke trøst og beskyttelse når de trenger det, og få støtte til autonomi og utforskning når de har behov for det (Brandtzæg et al., 2011). Av intervensjonsformer med målsetting om å styrke foreldrefungering, er *Circle of Security* den som bygger

mest på tilknytningsteori (Berlin, Zeanah, & Lieberman, 2008). Intervensjonen er både rettet mot å fremme innsikt i egne følelser og reaksjoner og mer konstruktiv foreldreatferd. Intervensjonen kombinerer psykoedukasjon med teknikker og forståelsesmåter fra både den kognitive og psykodynamiske tradisjonen (Ramsauer et al., 2014). Forskning hittil tyder på at COS-intervensjonen er egnet til å bedre foreldrefungering og trygg tilknytning (for en oversikt, se Yaholkoski, Hurl & Theule, 2016). Den beskrives også som en mentaliseringsfremmende metode (Brandtzæg et al., 2011).

Det opprinnelige COS-programmet består av 20 sesjoner av to timers varighet, og inkluderer en innledende videokartlegging av samspill og tilknytning mellom forelder og barn. COS-P er en nyere og kortere versjon av det opprinnelige programmet som ikke inkluderer kartleggingen av faktisk samspill og tilknytning. Programmet gjennomføres i grupper med 8 til 12 deltagere. Det er utviklet visuelt materiale, en DVD og en manual. DVD-en består av 8 kapitler. I gruppen veksler man mellom å se klipp fra DVD-en og reflektere rundt det som vises, og etter hvert knytte det til egne erfaringer, både når det gjelder til egne foreldre og samspillserfaringer med egne barn.

Sentrale begreper i COS-P

Trygghetssirkelen (se illustrasjon s. 552) er en illustrasjon som skal bidra til forståelse av barnet og barnets behov og hjelpe foreldre til å fremme trygg tilknytning. Toppen av sirkelen representerer barnets utforskningsystem, bunnen av sirkelen tilknytningssystemet, og hendene representerer foreldre som henholdsvis trygg base og trygg havn. Utforskningsystemet og tilknytningssystemet er gjensidig utelukkende, og barnet vil kontinuerlig veksle mellom disse to systemene (Powell, Cooper, Hoffman, & Marvin, 2014). Toppen av sirkelen representerer barnets behov ved utforskning: «pass på meg», «gled deg over meg», «hjelp meg» og «gled deg sammen med meg». Funksjonen ved utforskningsatferd er å fremme læring og mestring. Bunnen av sirkelen representerer barnets behov: «beskytt meg», «trøst meg», «gled deg over meg» og «organiser mine følelser». Funksjonen ved tilknytningsatferd er å oppnå trøst og beskyttelse. Å organisere følelser handler om å hjelpe barnet når det ikke forstår sine egne følelser. Det skjer ved at foreldrene gjenkjenner, setter ord på og gir mening til indre opplevelser som barnet har. Gjennom denne samhandlingen blir barnet mer kompetent i å håndtere følelser, både alene og i relasjon til andre (Powell et al., 2014). Hendene på sirkelen representerer foreldre som trygg base for utforskning (toppen av sirkelen) og trygg havn når barnet trenger trøst og beskyttelse (bunnen av sirkelen).

Målet med COS-P er å legge til rette for skiftet fra innstillingen «Hva ønsker barnet fra meg?» til «Jeg ser hva barnet trenger». Målsettingen er at foreldre via sirkelen ikke bare skal bli i stand til å forstå barnets behov, men også å identifisere og regulere sine egne kognitive og affektive responser på barnets atferd og følelsesuttrykk. I hvilken grad foreldre er i stand til å tåle og å møte barnets affekter på en måte som fremmer trygg tilknytning, avhenger av foreldres erfaringer med egne omsorgspersoner. I COS-P bruker man begrepet «haimusikk» som en metafor for den uroen som oppstår i

foreldrene som respons på et følelsesuttrykk hos barnet. Denne uroen kan være knyttet til egne omsorgserfaringer, som i noen tilfeller kan stå i veien for en god respons på barnets følelsesuttrykk. For eksempel kan det være utfordrende å tåle sinne hos barnet, dersom forelderen selv har vokst opp i en familiekultur der sinne ikke ble akseptert. Dersom foreldre har vansker med og opplever ubehag ved atskillelse fra barnet, kan barnet kjenne ambivalens knyttet til å skifte fra behovet for tilknytning til behovet for utforskning. Om dette blir et gjentakende mønster, vil barnet kunne utvikle et utrygt ambivalent tilknytningsmønster. Om foreldre opplever ubehag ved fysisk og emosjonell nærhet, kan dette lære barnet å unngå å søke beskyttelse, og barnet utvikler et utrygt unnvikende tilknytningsmønster (Powell et al., 2014).

I kjernen av å utvikle trygg tilknytning er barnets opplevelse av at omsorgspersonen er emosjonelt tilgjengelig, kalt «being with» – å være der når barnet trenger det. Å ha «en annen» som er tilgjengelig for å forstå og empatisk regulere vanskelige og forvirrende opplevelser hos barnets gryende selvopplevelse. Elementene i «being with» er inntonning, resonans, akseptering, og kontingent respons på barnets behov – det Winnicott (1992) kaller et «holding environment».

Organisering og rammer for COS-P ved Solli DPS

Ved Solli DPS har vi siden januar 2012 drevet COS-P-grupper. Vi har nå åtte sertifiserte terapeuter. De første gruppene ble tilbudt pasienter med barn i alderen 0–6 år og gravide i siste trimester. I 2013 ble tilbudet utvidet med grupper for pasienter som har barn i alderen 7–15 år, og det ble åpnet opp for gravide i andre trimester. Erfaringen med å utvide aldersspennet i «begge retninger» er utelukkende positiv. Vi erfarer at pasienter etter hvert som de forstår Trygghetssirkelen, også bruker denne forståelsen overfor sine tenåringer og overfor egen partner. Gruppene består av 8–12 deltagere som møtes en gang i uken, en og halv time over 12 ganger. Etter drøfting med Bert Powell, en av intervensjonens opphavsmenn, ble det besluttet å la gruppene gå over 12 ganger istedenfor 8, slik det ellers praktiseres. Bakgrunnen for dette var at mange av våre pasienter har erfaringer med traumer og/eller omsorgssvikt i sin bakgrunn, og vi ønsket at gruppen også kunne brukes til samtaler om hvordan disse erfaringene påvirket deres foreldrefungering.



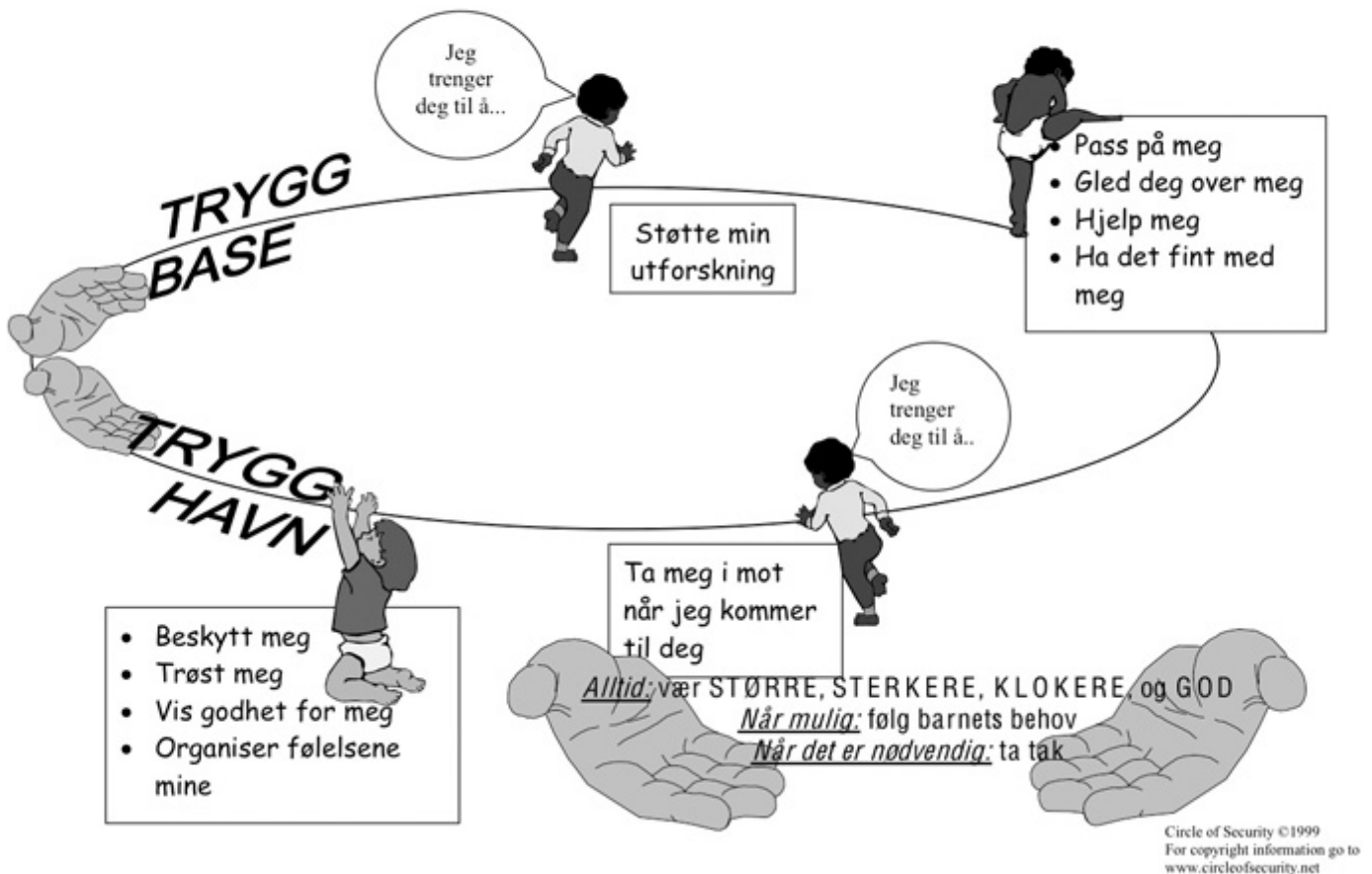
Alle pasienter ved DPS-et som er foreldre, får tilbud om å delta i COS-P. Vi har laget en brosjyre som inviterer til foreldrekurs, og som distribueres til alle behandlere. Det er imidlertid noen eksklusjonskriterier: pågående rus, psykose og aktiv suicidalitet. For å lette oppstart i gruppen får alle deltagere i forkant informasjon om tilbudet fra en av gruppelederne sammen med sin hovedbehandler. Fordi deltagelse i COS-P-gruppen for de fleste pasienter aktiverer «eget materiale» og sterke affekter, er det viktig med mulighet for dialog med hovedbehandler. Alle deltagere skriver under på en kontrakt ved oppstart av gruppen, der de gir tillatelse til at gruppelederne kan samhandle med hovedbehandler. Pasienten forplikter seg til å følge hele kurset. Det siste punktet i kontrakten omhandler gjensidig taushet om hvem de andre gruppedeltagerne er, og hva andre gruppedeltagere forteller.

Som nevnt vil det psykoedukative materialet hos mange pasienter kunne vekke sterke emosjonelle reaksjoner. For terapeutene er det derfor en viktig oppgave å bidra til å regulere sterke affekter som oppstår både i gruppen og hos den enkelte pasient. Våre pasienter har mye erfaring med «being without», det vil si at de ikke har opplevd å få egne følelser møtt på utviklingsstøttende måter. Vi har derfor valgt å være tre terapeuter til stede i gruppen. Dersom en deltager overveldes av egne affekter og forlater gruppen, følger alltid en av terapeutene med og er sammen med pasienten til han eller hun er klar til å returnere til gruppen. Ved at terapeuten velger «being with», kan pasienten få en korrigerende erfaring med hvordan egne affekter kan reguleres i samhandling med en annen. Tre terapeuter gjør det også mulig å innta ulike roller og ha ulike funksjoner i gruppen.

Fordi alle deltagerne er pasienter ved DPS-et, har vi ikke tilbud for foreldrepar, slik COS-P-tilbudet ellers praktiseres i andre deler av hjelpeapparatet. Vi har heller gitt tilbud om en partnerkveld der pasientenes partnere får en gjennomgang av de viktigste begrepene i COS-P. Partnerne kan enten møte alene eller sammen med pasienten.

CIRCLE OF SECURITY®

FORELDRE SOM IVARETAR BARNES BEHOV



* Gjengitt med tillatelse fra Ida Brandtzæg

Erfaringer så langt

Å sette søkelys på utøvelse av foreldrerollen er for mange foreldre sårbart – og det gjelder kanskje i enda større grad for foreldre med psykiske vansker. Ofte vil foreldre med psykiske vansker være tilbakeholdne og kvie seg for å motta hjelp til å utøve foreldreskap, fordi de da opplever seg som mislykkede foreldre (Ytterhus, 2012). Foreldre med psykiske vansker vil ofte kjenne skyldfølelse, skam og utilstrekkelighet (Halsa, 2012). Moran og medarbeidere (2004) fant i en gjennomgang av mer enn 2000 internasjonale artikler og fagbøker om foreldrestøttende tiltak at den avgjørende faktoren for at disse skal lykkes, er at hjelperne lykkes i å etablere *tillitsbaserte* arbeidsrelasjoner til foreldrene. COS-P innebærer en respektfull holdning til pasienters utfordringer i foreldrerollen. For behandlere i psykisk helsevern for voksne kan COS-P derfor være et svært potent verktøy for tematisering og endring av foreldrerollen.

Halsa (2012) hevder at institusjoner som har et behandlingsansvar for foreldrene, er i en spesielt gunstig posisjon for å identifisere foreldres behov for familiestøttende tiltak. Når foreldrene er i behandling, er ikke sykdommen tabuisert, og behandlerne vet hvilke vansker mor eller far har. Å delta i en gruppe der en vet at også de andre deltagerne

sliter med psykiske vansker, kan senke terskelen for å engasjere seg og dele egne erfaringer. Dette er også i tråd med våre erfaringer.

«Våre pasienter har mye erfaring med «being without», det vil si at de ikke har opplevd å få egne følelser møtt på utviklingsstøttende måter»

COS-P er et tiltak som primært søker å endre foreldres opplevelse av barnet gjennom å øke reflekterende fungering, samt bidra til å øke forståelse for barnets behov og signaler. En kan derfor jobbe med foreldre uten at barna er direkte involvert i behandlingen. COS-P har også et vesentlig fokus på hvordan egne oppveksterfaringer påvirker foreldrefungeringen. I en pasientpopulasjon som ofte har oppveksterfaringer preget av traumer og omsorgssvikt, vil dette kunne aktivere mye eget materiale. I tillegg til COS-P-gruppen trenger mange å jobbe videre med dette i individualterapi. Når gruppeledere og pasientenes hovedbehandlere samarbeider tett, er det slik mulig å ivareta foreldrene på en annen måte enn når COS-P-tilbudet er knyttet til hjelpeapparatet for barn og unge.

Vi erfarer også at det er lettere å jobbe i en pasientrelasjon enn i en pårønderrelasjon, når forelderen skal utforske hvordan egen foreldrefungering henger sammen med egne oppveksterfaringer. Selv om COS-P bygger på et psykoedukativt materiale og i tid er avgrenset til 12 ganger, erfarer vi at mange av de prosessene som oppstår, er de samme som i andre mer lengrevarende terapeutiske grupper. Ved å tilby COS-P i gruppe ser vi at kjente gruppeprosesser som resonans, speiling, gjenkjenning og progressiv kommunikasjon bidrar til økt evne og vilje til å reflektere rundt egne erfaringer hos gruppedeltagerne. Det psykoedukative materialet bidrar til å styre prosessen og gjør at gruppen fort når stadiet kjennetegnet ved samarbeid, organisering, struktur og bevisst oppgavefokus. Det er vår erfaring at det er en klar fordel å ha klinikere med gruppeterapeutisk utdanning når en skal drive COS-P-grupper i psykisk helsevern for voksne, men det er ingen forutsetning.

COS-P har som målsetting å øke foreldres refleksive funksjon i forholdet til egne barn. Manglende mentaliseringsevne kan blant annet identifiseres ved såkalt teleologisk forståelse, det vil si at intensjoner utledes av resultatet av handlinger (Karterud, 2011, 2013). I gruppen får vi mange eksempler på dette ved at pasienter i starten beskriver barnet som vanskelig, som «gjør ting for å plage», som motarbeider eller ikke liker mor eller far. I løpet av kurset opplever vi at historiene som pasientene forteller fra situasjoner med barnet, endrer seg, og det blir etter hvert tydelig at pasienten prøver å forstå barnets følelser og intensjonen bak barnets handlinger på en ny måte.

Forståelse av foreldres bidrag til barnets regulering, og etter hvert verbalisering av affekter, er sentralt i COS-P. I løpet av kurset opplever vi ofte at pasienter kommer tilbake og forteller om hvordan de ved å være sammen med barnet i affekten og validere

affekten («being with»), opplever endret atferd hos barnet og dermed at samspillet mellom dem endrer seg i en positiv retning. En av pasientene fortalte om en episode hvor hun hadde vært sammen med sin 2 år gamle datter og sin egen mor. Datteren ble etter hvert trøtt og grinete, og pasientens mor prøvde å avlede barnet, noe som bare gjorde barnet mer urolig. Pasienten fortalte hvordan hun hadde stoppet moren for deretter å ta barnet opp og trøste det. I løpet av kort tid roet barnet seg, og pasienten forklarte sin egen mor prinsippet med «being with». Dette er en pasient som gjennom sin oppvekst systematisk har opplevd manglende forståelse og plass for å gi uttrykk for egne følelser.^[1]

Nettopp fordi egne emosjonelle relasjonsmønstre er så viktig for hvordan foreldrefunksjonen utøves, har en i voksenpsykiatrien unike rammer for å kunne bruke COS-P. Pasientene gir selv uttrykk for at de ikke ville kunnet jobbe på samme måte og delt egne erfaringer dersom kurset hadde vært gitt innenfor rammene av for eksempel helsestasjon eller barnehage. Når gruppene drives innenfor rammene av psykisk helsevern for voksne, er deltagerne i utgangspunktet innstilt på og åpne for å snakke om egne vansker. Mange bruker også timene med hovedbehandleren til å fortsette å snakke om de prosessene som er startet i COS-P-gruppene, og på den måten kan deltagelse i gruppen bidra til å fasilitere individualterapien og gi tilgang til nye viktige temaer.

Pasienters tilbakemeldinger

De fleste deltagerne rapporterer at deltagelse i COS-P bidrar til økt forståelse av barnet og nye samspillserfaringer. Som ledd i intern kvalitetssikring har alle deltagerne etter fullført kurs anonymt fylt ut COS Parent Feedback Questionnaire (Powell, 2011). Dette er et spørreskjema der foreldre blir bedt om å vurdere i hvilken grad de opplever å ha oppnådd de ulike målene for COS-P, og hvor fornøyde de er med kurset. Til nå har 61 deltagere fullført kurset, og 59 har anonymt besvart evalueringsskjemaet. På en 6-punkts skala fra 1 (dårlig) til 6 (svært bra) rangerte 53 % kurset som svært bra, 37 % ga skåren 5, og 10 % ga skåren 4. Den klare majoriteten av deltagerne er med andre ord godt fornøyd med kurset.

«Å sette søkelys på utøvelse av foreldrerollen er for mange foreldre sårbart – og dette gjelder kanskje i enda større grad for foreldre med psykiske vansker»

På spørsmål om hvordan foreldrekurset har påvirket stressnivået som mor/far, svarte 75 % at de opplevde redusert stress etter kurset. 22 % opplevde ingen endring, og 3 % rapporterte økt stressnivå. 80 % rapporterte at synet på barnets atferd hadde endret seg,

15 % var usikre, og 5 % svarte nei. Dette tyder på at de fleste opplevde endringer i tråd med kurssets intensjon.

93 % svarte at de ville anbefalt foreldrekurset til andre foreldre, mens 7 % oppga at de var usikre. Dette tyder på at deltagerne opplever kurset som gjennomførbart og relevant. At pasientene opplever COS-P som meningsfullt og nyttig, viser seg også gjennom stabilt oppmøte til gruppene og lite frafall.

Avslutning

Erfaringer gjort så langt, har vist at å drive COS-P-grupper i psykisk helsevern for voksne er meningsfylt og gir resultater. For de fleste behandlere i psykisk helsevern for voksne er teorien bak COS-P kjent. Det unike er hvordan COS-P-programmet bidrar til å formidle komplisert teori på en pedagogisk og tilgjengelig måte. Selv om erfaringene fra COS-P-gruppene og pasientenes tilbakemeldinger er svært positive, er det likevel noen viktige ubesvarte spørsmål. Er den endringen hos foreldrene, som følger av deltagelse i COS-P-gruppen, stor nok til å skape en signifikant endring for barnet? For å svare på dette spørsmålet trengs videre systematisk forskning.

En annen utfordring er hvem som skal jobbe videre med foreldre–barn-relasjonen i de sakene der vi opplever at behovet og vanskene er langt større enn det deltagelse i COS-P-gruppene kan bidra til å endre. Om ikke barnet viser tydelige symptomer, til tross for at foreldre beskriver samspill som vi vet vil kunne ha store negative konsekvenser for barnet på lengre sikt, kan det være vanskelig å få oppfølging fra barnefeltet.

Erfaringene med å ta i bruk COS-P i psykisk helsevern for voksne har for oss også reist spørsmålet om hvor hensiktsmessig organiseringen av hjelpeapparatet med relativt vanntette skott mellom voksenpsykiatrien og barna og ungdomspsykiatrien er. Om organiseringen hadde vært tilrettelagt for et tettere og mer pågående samarbeid mellom barne- og voksenfeltet, ville vi i mange tilfeller vært i stand til å gi et mer helhetlig og bedre tilbud til hele familien.

Målene for COS

- Øke omsorgspersoners reflekterende fungering (RF).
- Hjelp omsorgspersoner til å utvikle mer nøyaktige indre representasjoner av selvet og andre (særlig ved å ha fokus på negative attribusjoner av barnet).
- Forbedre omsorgspersoners internaliserte «trygg base»-script ved å gi dem et kart (se figur 1) av barns tilknytningsbehov.
- Støtte omsorgspersonens emosjonsregulering gjennom forståelse av deres egne omsorgserfaringer, og gjennom å utvikle mer forståelse for hvordan uregulerte følelser i forelderen forårsaker ubehag hos barnet.
- Hjelp omsorgspersonen til mer hensiktsmessige og sensitive responser på barnets følelser.
- Øke omsorgspersonens evne til å fungere som trygg base og trygg havn.

- Øke sannsynligheten for bedre tilknytning for barn som er i fare for utrygg eller desorganisert tilknytning.

(Powell, 2011)

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 6, 2017, side 546-556

TEKST

Jorunn Helle, Solli DPS

KONTAKT: jorunn.beate.helle@solli.no

Mari-Janne Oosterman Boonstra, Solli DPS

Kirsten Runeberg Broch, Solli DPS

Bernt Ingve Rød, Solli DPS

Jon Vøllestad, psykolog ved Solli DPS og førsteamanuensis II ved Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Abela, J.R.Z., Hankin, B.L., Haigh, E.A.P., Adams, P., Vinokuroff, T., & Trayhern, L. (2005). Interpersonal vulnerability to depression in high-risk children: The role of insecure attachment and reassurance seeking. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34, 182-192.

Ainsworth, M.S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34, 932-937.

Ainsworth, M.S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 333-341

Allen, J.G. (2012). Trauma. I: A.W. Bateman & P. Fonagy (red.): *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 419-444). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.

Berg-Nielsen, T.S. (2010). Barn av foreldre med Cluster B personlighetsforstyrrelse. I: V. Moe, K. Slinning, & M.B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 360-373). Oslo: Gyldendal.

Berlin, L.J., Zeanah, C.H. & Lieberman, A.F. (2008). Preventing and intervention program s for supporting early attachment security. I J. Cassidy & P.R. Shaver, (red.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application* (2. Ed.) (s. 745-761). New York/London: The Guilford Press.

Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Davis, R.N., Freed, G.L., & Clark, S.J. (2011). Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics*, 127, 612-618.

Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P.B., Murray, R.M., Walsh, E., & Pedersen, C.B. (2010). Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 822-829.

Elgar, F.J., Mills, R.S.L., McGrath P.J., Waschbusch, D.A., & Brownridge, D.A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology* 35, 943-955.

- Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Lapsley, A.M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development*, 81, 435-456.
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. I A.W. Bateman & P. Fonagy, P. (red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 3-42). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- George, C., & Solomon, J. (2011). Caregiving helplessness. The development of a screening measure for disorganized maternal caregiving. I J. Solomon & J. George, *Disorganized Attachment & Caregiving* (s.133-163). New York/London: Guilford Press.
- Goodman, S.H., Brogan, D., Lynch, M.E., & Fielding, B. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development*, 64, 516-531
- Groh, A.M., Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Steele, R.D., & Roisman, G.I. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers: A meta-analytic study. *Attachment & Human Development*, 16, 103-136.
- Halsa, A. (2012) Foreldre som velferdsaktører. I B.S.M. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov, *Barn som pårørende* (s. 150-170). Oslo: Abstrakt forlag.
- Hart, S. (2009). *Den følsomme hjerne*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Helsedirektoratet. *Barn som pårørende-Mor-far er syk*. Oslo: IS-5/2010.
- Hobson, R.P., Patrick, M.P.H., Jessica, A., Hobson, J.A., Crandell, L., Bronfman, E., & Lyons-Ruth, K. (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 325-330.
- Hoffman, K.T., Marvin, R.S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017-1026.
- Jacobsen, T., Edelstein, W., & Hofmann, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 112-124.
- Karterud, S. (2013). Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi (MBT). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 759-764
- Karterud, S., & Bateman, A. (2011). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R.(2012b). Assessment of Mentalization. I A.W. Bateman & P. Fonagy, (red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 43-65). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Luyten, P., Mayes, L., Sadler, L., Fonagy, P., Nicholls, S., Crowley, M., Vesper, A., Moble, A., Stewart, T., Close, N., & Slade, A. (2009). The Parental Reflective Functioning Questionnaire -1 (PRFQ-1). Upubl.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 49, 672-689.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. I M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cumming (red.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Interventions* (s. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4, 107-124.
- Mevik, K., & Trymbo, B.E. (2002). Når foreldre er psykisk syke. Oslo: Universitetsforlaget
- Moran, P., Ghatge, D., & van der Merwe, A. (2004). What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence. London: Department of Education and Skills. Research Report RR574.
- Munk-Olsen, T., Munk Laursen, T., Bøcker Pedersen, C.B., Mors, O., & Mortensen, P.B. (2006). New parents and mental disorders. A population-based register study. *The Journal of the American Medical Association*, 296, 2582-2589.
- Murray, L., Cooper, P., & Hipwell, A. (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 71-77.
- Philips, B., Kahn, U., & Bateman, A.W. (2012). Drug addiction. I A. W. Bateman & P. Fonagy (red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 445-462). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Powell, B. (2011). The Circle of Security. Program evaluation consideration. Upubl.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, M., Marvin, B. (2014). The Circle of Security intervention. Enhancing attachment in early parent-child relationships. New York: The Guilford Press.
- Ramsauer, B., Lotzin, A., Mühlhan, C., Romer, G., Nolte, T., Fonagy, P., & Powell, B. (2014). A randomized controlled trial comparing Circle of Security Intervention and treatment as usual as interventions to increase attachment: Study protocol. *BMC Psychiatry*, 14, 1.
- Raval, V., Goldberg, S., Atkinson, L., Benoit, D., Myhal, N., Poulton, L., & Zwiers, M. (2001). Maternal attachment, maternal responsiveness and infant attachment. *Infant Behavior and Development*, 24, 281-304
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17, 737-754.
- Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.
- Schore, A., & Schore, J. R. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20.
- Stams, J.M., Juffer, F., & van IJzendoorn, M.H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38, 806-821.
- Slade, A., Sadler, L., Dios-Kenn, C.D., Webb, D., Currier-Ezepchick, J., & Mayes, L. (2005). Minding the Baby: A reflective parenting program. *Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 74-100.
- Sroufe, L.A. (2005) Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-367.
- Suchman, N., Marjukka, P., Kalland, M., De Coste, C., & Mayes, L. (2012). At-risk mothers of infants and toddlers. I A. W. Bateman & P. Fonagy (Red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 309-346). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Toth, S.L., Rogosch, F.A., Manly, J.T., & Cicchetti, D. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1006-1016.
- Torvik, F.A., & Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser. Rapport nr. 4. Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- van IJzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- van IJzendoorn, M.H, Dijkstra, J., & Bus, A.G. (1995). Attachment, intelligence and language: A meta-analysis. *Social Development*, 4, 115-128
- van IJzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21.
- Waxler, E., Thelen, K., & Muzik, M. (2011). Maternal perinatal depression - Impact on infant and child development. *European Psychiatric Review*, 4, 41-47.
- Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner. Om tilknytning, traumer og dissosiasjon*. Oslo: Arneberg forlag.
- Wilson, S., & Durbin, C.E. (2012). Parental personality disorder symptoms are associated with dysfunctional parent-child interactions during early childhood: A multilevel modeling analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 55-65.
- Winnicott, D.W. (1992). *The child, the family and the outside world*. London: Perseus Publishing
- Yaholkoski, A., Hurl, K., & Theule, J. (2016). Efficacy of Circle of Security Intervention: A meta-analysis. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychiatry*, 15, 95-103.
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B.S.M. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (red.), *Barn som pårørende* (s. 18-44). Oslo: Abstrakt forlag.
- Zeanah, C. H., & Benoit, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 539-554.