



**Agathe Helene Syrdal Aanderaa**  
Oslo

## Endringsprosesser og endringsarbeid i tiden rundt fødsel

Det er økt sjanse for å pådra seg stress og psykiske helseplager i tiden rundt fødsel. Når foreldrene strever, kan det ha negative konsekvenser for barnets utvikling og helse. Perinatalfasen kjennetegnes av endringsprosesser som kan betegnes som gjennomgripende, fordi de berører biologiske, så vel som psykologiske, sosiale og kulturelle livsområder. Den økte graden av formbarhet, særlig hos barnet som er i utvikling, men også hos foreldrene, tenkes å gjøre ekstra mottakelig for påvirkning – på godt og vondt. Bidrag fra Stern og Winnicott, og teori om tilknytning og foreldrementalisering, tydeliggjør hvilke utviklingsoppgaver som barn og foreldre naturlig er henvendt mot å løse i tiden rundt fødsel. Kliniske erfaringer fra endringsarbeid med foreldre og barn i denne livsfasen belyser at dette dreier seg om en heterogen pasientgruppe i behov av tilpasset behandling. Forskning og klinisk erfaring tyder på at det er særlig viktig å rette innsats mot å bufre opp for risiko, redusere stress og helseplager, og styrke samspill og omsorgskvalitet, allerede fra svangerskapet av.

I tiden rundt fødsel, blir det særlig tydelig hvordan foreldrenes og barnets liv griper inn i hverandre. Det kan være en gravid som kjenner seg nedstemt eller engstelig, og som er urolig over mangelen på

glede og positiv forventning over barnet som er på vei; en som har hatt ekstrem kvalme eller andre svangerskapsrelaterte plager, og som føler seg kraftløs eller uforberedt på barnet som kommer;

et par som venter barn, som opplever store belastninger eller er i en vanskelig livssituasjon, og hvor henviser er bekymret for foreldrenes kapasitet til å møte barnets behov; foreldre som tidligere har hatt psykiske problemer, og hvor bestillingen er å forebygge psykiske reaksjoner i forbindelse med fødsel og nyfødtp perioden; foreldre som selv går i behandling, og hvor henviser ønsker at de skal få hjelp med foreldrerollen; foreldre som strever med rus og avhengighet; gravide med tidligere traumer i forbindelse med svangerskap og fødsel, eksempelvis tapsopplevelser, fødselsskader eller alvorlig prematuritet, som innhentes av fortiden, og trenger hjelp til å forholde seg til det nye barnet; nyfødte barn som blir henvist med foreldre som er deprimerte, har vært psykotiske, maniske, som strever med tvang, spising eller angst; nybakte foreldre som fortviler over barnet som de strever med å forstå eller roe, og som selv er på felgen av søvnmangel og stress; foreldre som henviser har oppfordret til å ta imot hjelp fordi de er blitt bekymret for kvaliteten på omsorg og samspill. Til felles har pasientene at de venter barn, eller nettopp er blitt foreldre, og at de har strev som oppfattes som risiko for barnets utvikling og helse. Utenom dette er det store forskjeller.

For å hjelpe barnet, enten det er i mors liv, eller er nyfødt, må terapeuten hjelpe foreldrene. Å ruste familiene i tiden rundt fødsel er viktig – det kan forebygge skjevutvikling og uhelse. Erfaring viser at det er virksomt – for mange foreldre er det åpenbart at hvordan de er, og har det, påvirker det nyfødte barnet, og de kan ha en særlig åpenhet for å jobbe med eget bidrag i relasjonen. Samtidig kan endringsarbeidet være svært vanskelig – selv om foreldrene får hjelp, er det usikkert om hjelpen kommer barnet til gode. Utover metoder for hvordan jobbe klinisk, reiser endringsarbeid i denne livsfasen en rekke spørsmål. For hva er sammenhengene mellom stress og psykisk uhelse hos foreldre, og vansker hos barn? Hvilke naturlige endringsprosesser hører med til denne perioden, som terapeuten kan spille på lag med eller forsterke? Hva forteller teori oss om hvilke psykologiske utviklingsoppgaver foreldre og barn er rettet mot i tiden rundt fødsel? Hvilke virkningsmekanismer ligger til grunn for betydning av tidlig innsats? Hva anbefaler forskningslitteraturen at tiltak rettes mot, og hvordan henger dette sammen med

kliniske erfaringer av hva vi får til å jobbe med i det begrensede tidsrommet som utgjør tiden rundt fødsel? Artikkelen kretser rundt disse spørsmålene, og undersøker hvordan kunnskap fra forskning kan informerer praksis, og omvendt.

### Perinatal psykisk helse

Hva vet vi om psykisk helse hos foreldre og barn i perinatalfasen? Systematiske gjennomganger av litteraturen på perinatal psykisk helse viser at kvinner har økt risiko for å utvikle alvorlige psykiske lidelser i løpet av svangerskap og etter fødsel (Jones, Chandra, Dazzan & Howard, 2014). Psykiske vansker er blant de mest vanlige helseplagene i tiden rundt fødsel. Vanskene påvirker ikke bare mor, men kan også ha negative utfall i familiesystemet, og for barnets utvikling og helse som kan være langvarige (Howard, Piot & Stein, 2014; Stein, et al., 2014).

Stein et al. (2014) oppsummerer at det for barnet dreier seg om økt risiko for internaliserende og eksternaliserende problematikk, og vansker med tilknytning, kognitiv fungering, vekst og utvikling. Videre at mesteparten av forskningen har omhandlet mor, men fars psykiske helse ser også ut til å være assosiert med risiko.

### Lidelsene er alvorlige, kostnadene omfattende.

En britisk rapport om kostnadene forbundet med perinatale psykiske lidelser fra 2014 (Bauer et al., 2014) hevder 20 % av kvinner utvikler en psykisk lidelse i løpet av svangerskapet og året etter fødsel. Den fremhever selvmord som en ledende dødsårsak i samme periode, og har regnet seg frem til at 28 % av de betydelige kostnadene forbundet med psykisk uhelse i perinatalfasen brukes på mor, mens 72 % brukes for å dekke opp for negative konsekvenser for barnet.

Gravide med psykiske helseplager, historier med traume, overgrep og tap, samt tenåringsmødre med psykososiale belastninger, er blant de mest utsatte for uhelse hos både mor og barn (Slade, Cohen, Sadler & Miller, 2009). Rusbruk hos den gravide utgjør en særskilt risiko for fosteret, så vel som en psykososial risiko i omsorgssystemet (Moe, Siqveland & Slinning, 2010).

## Utviklingsforståelse

Hva driver et barns utvikling? Når det legges en transaksjonell forståelse av utvikling til grunn, er skjevutvikling knyttet til mistilpasset samspill over tid, og sjansen for å rette opp utviklingen øker med tidlig innsats (Smith, 2010). Komplekse mekanismer, inkludert genetikk, biologi og miljømessig påvirkning, antas både å mediere og moderere overføringene av vansker mellom generasjonene (Stein et al., 2014). Vedvarende psykisk lidelse hos mor, sosiøkonomiske belastninger og misforhold mellom risiko- og beskyttende faktorer, ser ut til å øke sjansen for negative utfall (Howard et al., 2014; Stein et al., 2014).

Det gir lite mening å kartlegge for risiko- eller beskyttende faktorer i seg selv, for eksempel prematuritet, svangerskapsdepresjon eller foreldreferdigheter, men det er hvordan disse påvirker hverandre som må analyseres. Eksempelvis kan gjentagende insensitiv foreldreatferd i møte med et følsomt barn, knyttet til manglende ferdigheter eller psykisk lidelser hos foreldrene, føre til at barnet trekker seg unna, og blir mindre tydelige i signalene sine, som i sin tur kan gjøre det enda vanskeligere for forelderen å respondere utviklingsstøttende. Mangel på opplevd positiv kontakt kan tappe vitalitet hos både forelder og barn, og ytterligere bidra til feiljustert samspill. Foreldrenes kapasitet til å ivareta barnets behov kan være bundet opp av fysiske og psykiske helseplager, livskriser eller sosiøkonomiske belastninger. Videre kan barnet i seg selv, med sine medfødte egenskaper og temperament, i større eller mindre grad være utfordrende for foreldrene å forstå eller håndtere, slik at noen barn vil være i behov av ekstra sensitiv omsorg for å få tilstrekkelig grad av utviklingsstøtte.

Tidspunkt er vesentlig. Hjerneområder i vekstspurt er særlig påvirkbare. I kritiske og sensitive utviklingsperioder er plastisiteten maksimal og læringspotensialet stort, og mangel på god stimulering kan ha alvorlige konsekvenser (Urnes, 2018a). Samtidig later den biologisk baserte tendensen til normalutvikling å være robust. Med mindre alvorlige medfødte tilstander eller fødselsskader, vil et barn som vokser opp i et godt nok omsorgsmiljø sannsynligvis ha en normal, god utvikling (Smith, 2010).

## Perinatalfasens særskilte endringskapasitet

Endringene i omsorgssystemet i tiden rundt fødsel er radikale fordi de er knyttet til så mange livsområder. Dette vitner om en særskilt grad av bevegelse og grad av påvirkbarhet, som gjør sårbar – men også ekstra mottakelig for – støtte, ny læring og korrigerende relasjonelle erfaringer i denne fasen av livet. Dette gjelder for barnet, som nærer seg på utviklingsstøttende samspill, og samtidig er sårbar for skjevutvikling og uhelse når utsatt for nedbrytende omsorg. For foreldrene kan det dreie seg om økt åpenhet for intervensjoner og innsikt, som gjør at perinatalfasen kan være en særlig potent periode for å tilegne seg nye ferdigheter og jobbe med å bryte overføring av negative omsorgserfaringer til en ny generasjon. Samtidig kan den samme åpenheten vekke til live smertefulle erfaringer med egne omsorgspersoner, og skape angst forbundet med selv å bli forelder. Dette øker sårbarhet for stressbelastninger og psykiske vansker.

**Biologiske prosesser.** Barnets fremvekst i den gravide kroppen gjør seg gjeldende døgnet rundt i opptil ni måneder. Endringene i kvinnens kropp og bevegelse er synlige utvendig, og kan måles innenfra ved endringer i hormonsystemene, så vel som ved forbigående volumendringer i hjernen i svangerskap og nyfødtp periode (Oatridge et al., 2002; Kim et al., 2010). Langvarige endringer i mengde grå substans i områdene som understøtter sosial kognisjon reduseres, hvilket antas å fasilitere overgangen til morskapet (Hoekzema et al., 2017).

Hos far er det også målt volumendringer i hjernen i nyfødtp perioden (Kim et al., 2014). De strukturelle og funksjonelle endringene viser foreldrehjernen plastisitet. I en oversiktsartikkel fra 2016 oppsummerer Kim at svangerskap og tidlig postpartum er en sensitiv periode hvor morshjernen normalt gjennomgår signifikante og adaptive endringer som understøtter mestring av foreldrerolle og tilknytning. Videre at den høye graden av plastisitet gjør hjernen særlig sårbar for stress og utvikling av psykopatologi, som kan forstyrre tilpasningen til foreldreskapet, men også ekstra mottakelig for positive erfaringer, eksempelvis intervensjoner.

I følge Urnes (2018a) er den prenatale utviklingen av hjernen i stor grad biologisk og genetisk styrt. Ved fødsel er antall nevroner, vel 100 milliarder, og strukturer, i hovedsak ferdig dannet. Både synapsedannelse – kobling mellom hjerne-cellene, og myelinisering – isolering av disse forbindelsene, har begynt i slutten av svangerskapet. Barnet blir født med et overskudd av nevroner, og overproduserer synapser i tidlig utvikling, som Urnes argumenterer for at gir menneskebarnet et bredt utgangspunkt for å tilpasse seg i møte med omgivelsene sine. Videre at utviklingen etter fødsel preges av interaksjoner mellom genetikk og miljø. Dette innebærer at koblinger som er i bruk forsterkes, mens synapser som ikke brukes, elimineres, såkalt “nevronal tynning”. Myeliniseringen øker jevnt med alder, og gjør forbindelsene som er i bruk mer effektive.

Ved fødsel har hjernen en vekt på ca 300–400 gram, og øker om lag tre ganger i vekt i perioden mellom 0 og 1 år, knyttet til forgreininger av nervecellenes dendritter og aksoner, økt myelinisering, og nydannelse av gliaceller, “hjelpcellene” til nevronene (Urnes, 2018a). Hjernens utvikling og modning gjør barnet kapabel til å løse utviklingsoppgavene det står overfor de første leveårene – knytte seg til omsorgsgiver, regulere følelser og atferd, utvikle seg motorisk, sosialt, kognitiv og språklig. Samtidig påvirker barnets erfaringer hvordan hjernen utvikler seg, ved hvilke forbindelser som dannes, og hvor kraftige og raske koblingene blir. Slik formes hjernen av bruk.

Barnet som er i utvikling, trenger beskyttelsen mors liv gir. Samtidig er barnets biologi utsatt for, og påvirkbar av, sitt prenatale miljø. Glover og Barlows gjennomgang av litteraturen på psykologiske belastninger i svangerskapet fra 2014 knytter prenatalt stress, som ved psykisk sykdom, traumer eller tap hos foreldre, til senere skjevutvikling og uheld hos barnet, og viser blant annet at også fosteret eksponeres for stresshormoner, som i sin tur kan føre til epigenetiske endringer i barnets DNA som koder reseptorene for kortisol. Det er god dokumentasjon på at ulik type ruseksponering i svangerskapet medfører økt risiko for skjevutvikling og hjerneorganiske endringer, som føtale alkoholspektrumforstyrrelser (Moe, Siqueland & Slinning, 2010).

**Psykologiske prosesser.** Mot slutten av svangerskapet og den første tiden etter fødsel, er det hensiktsmessig at mors psykologiske fokus i all hovedsak er rettet mot barnet. Oppsluktheten gjør henne følsom og sårbar, slik at hun kan oppfatte og svare på barnets behov, og barnet kan knytte seg til henne. Winnicotts (1956/2016) begrep *primary maternal preoccupation* beskriver fenomenet, mens Stern (1995) kaller den helt dominerende og psykiske organiseringen av kvinnens erfaringer rundt fødsel for “morskonstellasjonen”. Kim et al. (2016) oppsummerer at man har sett adaptive psykologiske endringer hos mor i siste del av svangerskapet, som topper seg etter fødsel og reduseres 3–4 måneder postpartum. Endringene er knyttet til forhøyet engstelse og årvåkenhet for fare; sensitivitet for spedbarns signaler; prenatal tilknytning i svangerskap og en primær opptatthet av barnet etter fødsel.

I følge Stern (1995) tilhører fire hovedtema morskonstellasjonen: Liv og vekst – klarer jeg holde barnet mitt i live, vil det vokse og trives? Primær relasjonsdannelse – vil jeg elske barnet mitt? Vil barnet velge meg, og jeg føle dets kjærlighet? Støttende matrise – mobilisering av nettverk. Reorganisering av identitet – fra kvinne til mor, fra partner til forelder, fra arbeidstaker til hjemmeverende. Videre at mor har pågående diskurser om temaene i en ny psykisk triade, kalt “morstrilogien”, som består av sin egen mor – og særlig sin mor som mor til seg som barn; seg selv – og særlig seg selv som mor; og barnet. Stern (1995) hevder arbeidet med å forene diskursene normalt overskygger alt annet, noe terapeuten må være informert om, og rettet mot, i møte med en gravid eller nybakt mor. En klinisk implikasjon er aktivt å adressere disse temaene i terapi, for å hjelpe foreldrene til å forholde seg til omsorgsoppgavene sine.

Winnicotts (1960) formulering *There is no such thing as an infant (...)*, tydeliggjør vilkårene for spedbarnets væren i verden. I følge Winnicott henger spedbarnets utvikling og helse sammen med omsorgsmiljøets evne til *holding* av dets behov, fysiologiske så vel som psykologiske. Ettersom foreldrene må bruke seg selv for å forstå hva spedbarnet trenger, vil omsorgen for spedbarnet være preget av overføring, mest i svangerskapet og i nyfødtpereioden hvor barnet er i en tilstand av absolutt av-

hengighet, og deretter i mindre grad ettersom barnet utvikler mer selvstendighet (Winnicott, 1960; 1987). Overføringer kan ha rot i skremmende eller overveldende opplevelser foreldrene selv hadde som barn, som de ikke nødvendigvis er seg bevisste, og som kan vekkes til live som projeksjoner, eller som konfliktfylte følelser og impulser i møte med spedbarnets umiddelbare behov og krav om omsorg (Toth, Michl-Petzing, Guild & Lieberman, 2018). Arbeid med foreldrenes forestillinger om barnet i perinatalfasen, vil således være av betydning for å rede grunnen for at det virkelige barnet med sine egne følelser og behov kan tre frem, og bli møtt på en utviklingsstøttende måte.

**Prenatal tilknytning.** Prenatal tilknytning beskriver relasjonen til barnet i magen gjennom indre representasjoner, følelse av tilknytning, og atferd som tyder på at forelderens forhold seg til den ufødte (Slinning & Eberhard-Gran, 2010). Grad av prenatal tilknytning er assosiert med foreldre-atferd før og etter fødsel, opplevelse av barnet etter fødsel, kvaliteten på mors involvering med den nyfødte, og mors egen tilknytning til sine foreldre predikerer både kvaliteten på mors prenatale tilknytning, og kvaliteten på tilknytningen barnet senere utvikler (Slade, Cohen, Sadler & Miller, 2009). Prenatal tilknytning er et sentralt arbeidsområde i terapi med gravide (Brodén, 2004).

De psykologiske endringene i svangerskapet, særlig hos førstegangsforeldre, innebærer en reorganisering og utvidelse av selvet fra kvinne til mor, og fra mann til far, som utvikler seg ved at forelderens begynner å forestille seg barnet som skal komme, og hvordan relasjonen til barnet vil bli (Brodén, 2004). Brodén (2004) hevder at kvinnens oppfatning av seg selv og av partner, ligger til grunn for forestillingene om barnet; mens kvinnens forestillinger om seg selv og sin egen mor, er utgangspunkt for forestillingene om seg selv som mor. For terapeuten krever dette at arbeid med å styrke prenatal tilknytning også må åpne opp for å inkludere erfaringer med egne foreldre og partner, og hvordan disse preger forestillingene om barnet og seg selv som mor.

**Tilknytning og omsorg – bevisste og ubevisste prosesser.** Etter fødsel må barnet knytte emosjonelle bånd til omsorgsgiver – det dreier seg om

overlevelse og beskyttelse mot fare – samtidig som summen av relasjonelle erfaringer i tilknytningsrelasjoner gradvis internaliseres til mer og mer komplekse representasjoner av selvet og andre, og blir til indre arbeidsmodeller med forventninger til hvordan å bli møtt i nære relasjoner (Bowlby, 1969). Foreldrenes egen tilknytningsstil og omsorgserfaringer med sine foreldre påvirker kvaliteten på barnas tilknytning (Urnes, 2018b).

Hvordan barnet opplever at forelderens regulerer dets basale behov, tilstander og følelser, er primært sanselige og førverbale erfaringer, og dermed nødvendigvis ikke tilgjengelig som bevisste eller språklige erfaringer. Forelderens har mulighet til bevisst å styre egen omsorgsattferd i møte med barnet, samtidig som omsorgen barnet utløser er intuitiv, og har røtter i egne kroppslige erfaringer av å bli regulert av sine omsorgspersoner. Det dreier seg om samspill mellom foreldrehjernen og barnehjernen, og det kroppslige samspillet overskrider hva som er tilgjengelig i den bevisste selvopplevelsen til foreldre og barn. Slik kaster kunnskap fra moderne nevropsykologi og utviklingspsykologi lys over psykodynamiske teorier om at både bevisste og ubevisste erfaringer er med på å gjøre oss til de vi er.

**Foreldrementalisering.** Spedbarnets erfaringer av å bli speilet som en tenkende, følende og intensjonell person av tilknytningspersonen, danner grunnlaget for utvikling av mentaliseringskapasitet, som innebærer både implisitt og eksplisitt forståelse av egen, så vel som andres, emosjonalitet og intensjonalitet (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Mentaliseringsevne vil blant annet være sentral for å regulere følelser og inngå i meningsfulle relasjoner med andre, og henger nært sammen med utvikling av tilknytning. Foreldrementalisering viser til forelderens evne til å forestille seg barnets indre verden og hvordan barnets opplevelser motiverer atferd, mentalisering av seg selv som forelder og av relasjonen til barnet (Slade, 2005).

Foreldres kapasitet til å holde to sinn i sitt – barnets, og sitt eget – varierer, og henger sammen med opplevd stress og belastning. Lav grad av mentalisering er knyttet til høy grad av stress, lav foreldrementalisering til redusert toleranse for engstelse og stress – både hos seg selv og hos barnet, mens adekvat foreldrementalisering øker toleranse for

engstelse og stress hos barnet (Håkansson, Watten, Söderström & Øie, 2019). Kildene til stress kan være mange, som livsbelastninger, psykisk og fysisk uhelse og rus. Et barn med sykdom, skade eller vanskelig temperament, er i behov av foreldre som har særlig god kapasitet til foreldrementalisering for å få tilstrekkelig utviklingsstøtte. Det vil alltid være usikkerhet heftet med å gripe, både følelsesmessig og kognitivt, hva som skjer på innsiden av en selv, og da langt mer en annen, og hvordan den andre påvirkes av egen væremåte. Det er således ikke et ideal at forelderens skal forstå barnets signaler og behov fullt ut til enhver tid, men tilstrekkelig, slik at den fanger opp når barnet ikke har fått god nok støtte eller trøst. Da trenger foreldrene å gjøre bruk av egen mentaliseringsevne for å reparere bruddet i relasjonen ved å speile barnet på egen tilstand og gi mening til det som har skjedd, slik at barnet får gjenopprettet sin tillit til forelderens er den som kan hjelpe med å forstå seg selv og verden (epistemisk tillit, Fonagy & Campbell, 2017). Intervensjoner rettet mot stressreduksjon og behandling av foreldrenes egne helseplager eller avhengighet tenkes å frigjøre foreldrementaliseringskapasitet. Å hjelpe foreldrene til å en tilstrekkelig god forståelse av hvem barnet er, og hva det trenger, vil være viktig fra da barnets utvikling begynner i svangerskapet. Utforskning og utfordring av forelderens forestillinger om barnet, seg selv og relasjonen dem imellom, er en måte å jobbe med mentalisering på. En annen inngang er å jobbe i den kroppslige og nonverbale dialogen mellom foreldre og barn, i situasjon, eller ved å bruke film av samspill. Svendsrud, Ullebø og Eikenæs (2019) argumenterer for at nonverbale målemetoder bør brukes for å vurdere kvaliteten på foreldrementalisering, i tillegg til tradisjonelle verbale målemetoder, og at mer forskning på hvordan kroppslig samspill former tilknytning og uttrykker foreldrementalisering kan være nyttig i forståelse og behandling av foreldre og spedbarn.

**Sosiale og kulturelle prosesser.** Sosiale relasjoner og nettverk, psykososial livssituasjon og sosioøkonomiske status vil i ulik grad generere opplevd stress eller støtte, som påvirker foreldrenes omsorgskapasitet, og preger barnets omsorgsmiljø. Foreldreskap endrer sosial posisjon. Barnet deltar med nødvendighet i foreldrenes sosiale verden, og

har kapasitet til å avspeile den allerede de første timene etter fødsel (Bråten, 2010). Intervensjoner som retter seg mot å redusere risiko og øke grad av beskyttelse, krever blikk for de forhold som griper inn i barnets livsverden også utover foreldre-barn dyaden, og kan eksempelvis innebære å jobbe med å engasjere familiens familie og nettverk i å avlaste foreldre og positivt involvere seg med barnet, samarbeid med andre aktuelle offentlige hjelpere eller instanser, oppfordre til at foreldrene får hjelp med økonomi, jobb, bolig og så videre.

Til hvilke fellesskap eller grupper foreldrene har tilhørighet, er med på å bestemme hvilken kultur av holdninger, normer, ferdigheter og verdier som preger den perinatale verden. Disse kan bli utfordret, og endret, når et barn blir født. Det kan eksempelvis dreie seg om oppfatninger av ernæring, hvile i barseltid, involvering av andre utenom kjernefamilien, vaksinerings eller omskjæring, som kan divergere fra gjeldende anbefalinger fra helsestasjon eller sosiale forventninger i barselgrupper og i sosiale medier.

### Hva hjelper?

Forskningslitteraturen anbefaler at intervensjoner rettes mot å styrke omsorgskvalitet, sosial støtte, samt varighet og alvorlighetsgrad på forelderens psykiske lidelse, da disse har vist seg å være særlig påvirkbare faktorer (Howard et al., 2014). Videre at stress og psykiske helseplager kartlegges for i svangerskapet, etterfulgt av tiltak rettet mot å redusere stress, og implementering av evidensbaserte metoder for å styrke kvinners helse under graviditet (Glover & Barlow, 2014).

Ettersom det ufødte og nyfødte barnet er fullstendig overlatt til sitt omsorgsmiljø, gir det klinisk mening å kartlegge bredt for sammenhenger mellom risiko- og beskyttende faktorer i barnets livsverden, for så å sette inn innsatsen der det er håp om å bevege transaksjoner i utviklingsstøttende retning. Foreldrene trenger altså hjelp for egen del, men også spesifikk hjelp rettet mot foreldre-barn relasjonen - herunder arbeid med å styrke prenatal tilknytning, sensitivisere foreldrenes omsorgssystem og øke foreldrementalisering. Videre må det gjøres tiltak som bygger støtte rundt familiesystemet, som rustet foreldrene som om-

sorgspersoner, og gir barna mulighet til å gjøre seg verdifulle, og av og til kompensatoriske, erfaringer med betydningsfulle andre utenom foreldrene.

#### **Mulige forbedringsområder innen det perinatale behandlingstilbudet.**

I Norge finnes det ikke egne retningslinjer for behandling av gravide i spesialisthelsetjenesten, og hvordan denne pasientgruppen blir møtt, varierer. Ved vår BUP er foreldre-barn relasjonen, og tematikk aktualisert av svangerskapet, som kan påvirke barnet, sentrale arbeidsområder. Selv om den gravide eller partner har psykiske helseplager, utreder og behandler vi ikke disse, men oppfordrer til at foreldrene søker hjelp for egen del.

Kliniske erfaringer viser at personene bak henvisninger med beskrivelser av ”psykiske helseplager i svangerskapet”, ”vansker med prenatal tilknytning” eller ”psykososiale belastninger” er en heterogen og differensiert pasientgruppe som har behov for ulike tilnærminger. For enkelte, hvor den totale stressbelastningen i familiesystemet er stor, med risiko knyttet til de fleste livsområdene, ville antakelig et mer integrert, intensivt og fleksibelt behandlingstilbud med samarbeid mellom fastlege, helsestasjon, psykiske helsearbeidere, barnevern, familiesentre og NAV, vært til hjelp. Større grad av samhandling mellom svangerskapsomsorgen, privatpraktiserende behandler/DPS/psykisk helse i kommunen og BUP hadde generelt vært et gode for de gravide som strever psykisk, og som samtidig følges opp ved flere ulike instanser. Hadde den perinatale helsehjelpen også vært organisert i en egen enhet hvor foreldrene og barnet fikk hjelp samtidig, kunne vi unngått brudd i behandlingsløp som kommer i forbindelse med at kvinnen skrives ut, og barnet eventuelt henvises. Andre gravide får god og tilstrekkelig hjelp med poliklinisk behandling i BUP.

**Prototypiske grupper av gravide?** Er det mulig eller hensiktsmessig å definere risikoprofiler i omsorgssystemet, eller særlige kjennetegn i grupper av gravide som gir klinisk mening, og kan være retningsgivende for innhold og form av behandling? I det følgende refererer jeg til en 3-gruppe modell, som doktorgradsstipendiat, psykologspesialist Teija Anke har utformet i sitt kliniske arbeid med gravide og spedbarnsmødre med psykiske lidelser

(personlig kommunikasjon 19.10.2018). Modellen er utarbeidet for bedre å forstå kjennetegn ved den terapeutiske arbeidsalliansen. I gruppe 1 er morsrollen og barnets behov i fokus, i gruppe 2 er morsrollen og barnets behov i fokus ved påminning, og i gruppe 3 er ”barnet i mor” og mors behov i fokus.

I arbeid med noen gravide, er erfaringen at forelderens strev tar barnets plass, som i gruppe 3. Det kan være en urovekkende mangel på opptatt-het av morskonstellasjonens temaer, eller at forestillingene om barnet, og seg selv som forelder, virker umodne eller idealisert. Når foreldrementaliseringen er lav, er det som om terapeuten må skape eller male frem barnet, ellers så forblir det usynlig eller utydelig i forelderens sinn. Det kan være kontakt og allianse når foreldrenes egen psykiske helse eller praktiske utfordringer er tema, men utfordrende å komme i posisjon til å jobbe med hvordan disse kan påvirke relasjon til barnet. Mangel på gode omsorgerfaringer selv kan begrense tilgangen til forestillinger om hva en baby trenger, eller hva en forelder kan gjøre. Babyen kan ha mer karakter av ideer enn av relasjon, kanskje ved at den representerer noe godt, normalt og uproblematisk som foreldrene håper på å skal utgjøre en motivert til alt annet strev i livet. Dette kan utfordre omsorgen for det reelle barnets behov. Det kan også dreie seg om ubevisst frykt for å miste barnet, som gjør prenatal tilknytning vanskelig. Det kan være andre enn foreldrene som har initiert henvisning til BUP, og knapp tid til å jobbe med motivasjon for behandling. Vi kan se at svangerskapet påvirker foreldrene, og vekker opp håp og angst for et annet liv, men behandlingstilbudet strever med å møte behandlingsbehovet i høyrisikofamilier, eller forløse potensialet for endring som kanskje var til stede. Selv om foreldrene opplever møtene som gode, er det usikkert om det kommer babyen til gode.

I noen behandlingsforløp blir terapeuten hovedoppgave å hjelpe foreldrene til å rydde plass til barnet. Det er ofte eget strev som er i forgrunnen. Foreldrene kan ha gjort praktiske forberedelser til barnet som skal komme, men har lite følelser eller forestillinger knyttet til barnet. Allikevel kan morskonstellasjonens temaer vekkes, ved aktivt å adressere morsrollen og barnets behov, som i gruppe 2. En viktig vei inn, kan være ved å jobbe for stressreduksjon og frigjøring av kapasitet til

prenatal tilknytning og økt foreldrementalisering, eksempelvis ved å initiere samarbeidsmøter, oppfordre til at ene forelder blir sykmeldt, og andre overtar foreldrepermisjon dersom det er behov for det, egenbehandling, intervensjoner for å mobilisere privat nettverk og sosial støtte. Erfaringer er at foreldre kan bli vitalisert av det nyfødte barnet, og får økt motivasjon til å jobbe med hvordan eksempelvis egne vansker med følelsesmessig eller kroppslig nærhet manifesterer seg i relasjon til barnet. Foreldrene kan få hjelp til å komme seg ut av flashbacks, eller fordreide eller fiendtlige overføringer, samtidig som det krever at terapeuten aktivt holder barnets perspektiv oppe.

Andre foreldre har betydelig eget strev, og er nettopp derfor bekymret for egen foreldrekapasitet i møte med barnets behov. Dette er foreldre som har en primær opptatthet av barnet og seg selv som forelder, som i gruppe 1. De har ofte betydelig angst og selvusikkerhet i svangerskapet som de ønsker hjelp for, men kan virke som om de opprettholder en økt kapasitet til foreldrementalisering til tross for opplevd stress. Arbeidet kan være intensivt og krevende, men som regel med opplevelse av god arbeidsallianse, og terapeuten oppgave blir for en stor del å følge foreldrenes utforskning ved å validere og utfordre følelser og forestillinger om selv, barnet, og relasjonen. Videre aktivt støtte opp under sensitiv omsorg for barnet, og bidra til at forelderens eget strev blir avhjulpet der det hører hjemme.

#### **Utfordringer med å jobbe i tiden rundt fødsel.**

Endringsarbeid med gravide kan fordre en aktiv terapeutisk stil, for å bringe samtalene over i morskonstellasjonens temaer. For noen foreldre, kan rammer for behandling som har relasjonen til det ufødte og nyfødte barnet i sentrum gi tilstrekkelig rom og legitimitet for at endringsprosesser settes i gang. For andre, kreves at terapeuten holder oppe barnets perspektiv, utfordrer foreldrementalisering, vekker omsorgsatferd og fødselsforberedelser for å nære endringsprosessene knyttet til prenatal tilknytning.

Kliniske erfaringer tyder på at noen foreldre trenger aktiv hjelp for å holde barnets behov, og seg selv som forelder, i fokus, da egen problematikk eller overveldende livssituasjon fort kan ta barnets plass i den terapeutiske samtalen. For å

gjøre bruk av endringskapasiteten det perinatale tidsvinduet åpner for, er det derfor ikke nødvendigvis tilstrekkelig å følge den gravides følelser, lidelsestrykk eller bevisste ønsker for behandling. Dette kan avhjelpe psykisk uhelse hos foreldre og redusere prenatal stress, men det er ingen automatikk i at dette fører til styrking av prenatal tilknytning, foreldreferdigheter eller mobiliserer sosial støtte - alle faktorer som har vist seg særlig viktig i perinatalfasen. Direkte adressering av foreldrebarn relasjonen - eksempelvis ved å intervensjon på samspill, fokus på å øve opp omsorgsferdigheter og å styrke familiens sosiale nettverk, kan øke sjansen for at barnet får bedre utviklingsstøtte.

#### **Behov for mer kunnskap og utvikling av praksis.**

Det bør arbeides med å utvikle gode måter å evaluere i hvilken grad tiltakene faktisk kommer barnet til gode. Videre må det vurderes om den voksne trenger et eget behandlingstilbud, og det må anlegges et systemperspektiv for å avhjelpe familiens totale stressbelastning. For noen av familiene med sammensatte behov, blir oppgaven for stor for enten primær- eller spesialisthelsetjenesten. Samhandling mellom tjenester er nødvendig.

Klinisk forskning som identifiserer høyrisikoprofiler eller prototyper av gravide, kunne bidra til mer tilpasset helsehjelp for gravide. Utvikling av behandlingstilbud, eksempelvis for høyrisikofamilier eller forebyggende tiltak, må følges av systematiske evalueringer og forskning.

#### **Konklusjon**

I perinatalfasen øker sårbarhet for stress og uhelse, samtidig som det åpner seg et vindu med økte muligheter for endringsarbeid. Det er forskningsmessig belegg for å intervensjon allerede i svangerskapet, med håp om at tidlig innsats kan avhjelpe plager og lidelser hos foreldre og familier, forebygge utvikling av vansker hos barnet, samt lette storsamfunnets økonomiske byrder. Endringsarbeid med gravide og deres partnere innen psykisk helsevern krever en fleksibel tilnærming hvor både biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle forhold tas høyde for, og at det gjøres vurderinger av hvordan disse påvirker hverandre. Behandlingstilbudet bør omfatte intervensjoner rettet mot å be-



dre omsorgskvalitet, redusere stress, avdekke og behandle psykisk uhelse hos foreldre, styrke foreldreferdigheter og mobilisere sosial støtte.

### Referanser

- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V. & Adelaja, B. (2014). *The costs of perinatal mental health problems* (Centre for Mental Health and London School of Economics). Hentet fra [https://www.nwscnsenate.nhs.uk/files/3914/7030/1256/Costs\\_of\\_perinatal\\_mh.pdf](https://www.nwscnsenate.nhs.uk/files/3914/7030/1256/Costs_of_perinatal_mh.pdf)
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Volume 1. Attachment*. The Tavistock institute of Human Relations.
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens muligheter. En tid hvor relationer skabes og utvikles*. Oslo: Akademisk Forlag.
- Bråten, S. (2010). I begynnelsen: fra nyfødt-imitering og altersentrisk deltakelse. I Moe, V., Slinning, K. & Bergum Hansen, M. (Red.) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (1. utgave, s. 92-115). Oslo: Gyldendal.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. & Campbell, C. (2017). Mentalizing, attachment and epistemic trust: how psychotherapy can promote resilience. *Psychiatry Hungarica*, 32 (3), 283-287.
- Glover, V. & Barlow, J. (2014). Psychological adversity in pregnancy : what works to improve outcomes? *Journal of Children's Services*, 9 (2). 96-108. doi:10.1108/JCS-01-2014-0003
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D. & Vilarroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 20, 287-296.
- Howard, L.M., Piot, P. & Stein, A. (2014). No health without perinatal mental health. *The Lancet*, 384(9956), 1723-1724. doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62040-7
- Howard, L.M., Molyneaux, E., Dennis, C-L., Ro-chat, T., Stein, A. & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384, 1775-88.
- Håkansson, U, Watten, R.G., Söderström, K, Øie, M.G. (2019). The association between executive functioning and parental stress and psychological distress is mediated by parental reflective functioning in mothers with substance use disorder. *Stress and Health*, 35, 407-420. <https://10.1080/10.1002/smi.2868>
- Jones, I., Chandra, P.S., Dazzan, P. & Howard, L. M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the postpartum period. *The Lancet*, 384, 1789-1799.
- Kim, P. (2016). Human maternal brain plasticity: adaptation to parenting. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 153, 47-58. doi: 10.1002/cad.20168
- Pilyoung Kim, P. Rigo, P., Mayes, L. C., Feldman, R., Leckman, J.F. & Swain, J.E. (2014). Neural plasticity in fathers of human infants. *Social neuroscience*, 9(5), 522-535. doi: 10.1080/17470919.2014.933713
- Kim, P., Leckman, J.F., Mayes, L.C., Feldman, R., Wang, X., & Swain, J.E. (2010). The plasticity of human maternal brain: longitudinal changes in brain anatomy during the early postpartum period. *Behavioral neuroscience*, 124(5), 695-700. doi:10.1037/a0020884
- Moe, V., Siqueland, T. & Slinning, K. (2010). Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker. I Moe, V., Slinning, K. & Bergum Hansen, M. (Red.) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (1. utgave, s. 303-322). Oslo: Gyldendal.
- Oatridge, A., Holdcroft, A., Saeed, N., Hajnal, J. V., Puri, B.K., Luca Fusi, L. & Bydder, G.M. (2002). Change in brain size during and after pregnancy: study in healthy women and women with preeclampsia. *American Journal of Neuroradiology January*, 23(1), 19-26.
- Slade, A., Cohen, L.J., Sadler, L.S. & Miller, M. (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. I Zeanah, C.H. Jr. (Red.) *Handbook of infant mental health*. (Third edition, s. 22-39). New York: The Guilford Press.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment and Human Development*, 7(3), 269-281. doi:10.1080/14616730500245906
- Slinning, K. & Eberhard-Gran, M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel.

- I Moe, V., Slinning, K. & Bergum Hansen, M. (Red.) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (1. utgave, s. 323–346). Oslo: Gyldendal.
- Smith, L. (2010). Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. I Moe, V., Slinning, K. & Bergum Hansen, M. (Red.) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (1. utgave, s. 29–52). Oslo: Gyldendal.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E. Rahman, A., McCallum, M.,...Pariente, C.M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384 (9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. London and New York: Taylor & Francis Ltd.
- Svendsrud, H., Ullebø, A.K. & Eikenæs, I.U. (2019). Vis med kroppen at du forestiller deg meg. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, (56), 912–920.
- Toth, S.L., Michl-Petzing, L.C., Guild, D. & Lieberman, A.F. (2018). I Steele, H. & Steele, M. *Handbook of attachment-based interventions*. (s. 296–317). New York: The Guildford Press.
- Urnes, A-G. (2018a). Hjernens utvikling, sårbarhet og plastisitet. I Urnes, A-G. (Red). *Den interaktive hjernen hos barn og unge. Forståelse og tiltak ved nevroutviklingsforstyrrelser og nevropsykiatriske tilstander*. (s. 45–52). Gyldendal Akademisk.
- Urnes, Ø. (2018b). Tilknytning, nevrobiologi, mentalisering og risiko for psykopatologi. I Urnes, A-G. (Red). *Den interaktive hjernen hos barn og unge. Forståelse og tiltak ved nevroutviklingsforstyrrelser og nevropsykiatriske tilstander*. (s. 55–68). Gyldendal Akademisk.
- Winnicott, D.W. (1987). *Babies and their mothers*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Winnicott, D.W. (1956/2012). Primary Maternal Preoccupation. I Mariotti, P. (Red.) *The maternal lineage: Identification, desire and transgenerational issues*. (s. 59–66). London and New York: Routledge.
- Winnicott, D.W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585–595.

**Keywords:** pregnancy, perinatal mental health, brain plasticity, prenatal attachment, attachment, parental mentalizing, motherhood constellation, primary maternal preoccupation.

**Søkeord:** svangerskap, perinatal psykisk helse, hjernens plastisitet, prenatal tilknytning, tilknytning, foreldrementaliserings, morskonstellasjon.

**Agathe Helene Syrdal Aanderaa** er spesialist i klinisk voksen-, og barne- og ungdomspsykologi. Hun jobber i sped- og småbarnsenheten ved BUP Øvre Romerike, Ahus.

agathehelene@gmail.com