



**Agathe Helene Syrdal Aanderaa**  
Oslo

## Jeg skal bli mamma – hjelp meg å bli trygg på at jeg kan

Når målet med behandling er å hjelpe det ufødte og nyfødte barnet til en god start på livet, må terapeuten inngå i allianse med foreldrene. Muligheten for å oppnå en nyttig behandlingsprosess øker når forelderen og terapeuten sammen retter oppmerksomhet mot barnet, foreldreskapet og omsorgssystemet. De naturlige endringsprosessene som kjennetegner perinatalfasen er gjennomgripende, og kan gjøre forelderen mer mottakelig for påvirkning – på godt og vondt. Slik kan også potensialet for endringsarbeid være betydelig. At foreldrene selv formidler uro for at deres strev kan påvirke barnet negativt, og har en naturlig opptatthet av barnet og seg selv som forelder, er som regel et godt utgangspunkt for behandling. Kasuset som følger er eksempel på dette. I andre behandlingsløp blir det for en stor del terapeuten oppgave å holde fokus på barnet og foreldrerollen, og av og til blir terapeuten bærer av en uro forelderen selv ikke makter å eie. Foreldre som kommer til behandling for å forebygge samspillsvansker, skjevutvikling og uhelse hos barnet, er i en sårbar posisjon. Artikkelen tar opp om det finnes typiske kjennetegn på arbeidsallianse med foreldre, og hvordan terapeuten sin opplevelse og vurdering av alliansen kan bringes inn i behandlingen slik at det kommer barnet til gode.

Om lag hver tredje pasient som blir henvist sped- og småbarnsenheten hvor jeg jobber, er gravid. De kommer til behandling, både med, og uten, partner. De kan selv ha bedt om å bli henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) fordi de er bekymret over mangelen på glede og positiv forventning til barnet som er på vei, eller fordi de er redd for at egen uhelse eller vanskeligheter skal gjøre foreldrejobben problematisk. Som regel har fastlege eller jordmor anbefalt henvisning fordi de har merket seg ulike typer av strev i livet til den vordende forelder, ofte psykiske lidelser, og/eller psykososiale belastninger i omsorgssystemet, med ønske om at den gravide skal få hjelp til å knytte seg til barnet i magen, og forberede seg for foreldrerollen som venter. I hvilken grad foreldrene deler henvisers bekymring, varierer. Noen avkrefter uro for at psykiske helseplager eller utfordrende livssituasjoner kan påvirke barnet negativt.

Stress og psykiske helseplager kan påvirke foreldreatferd. Perinatalfasen fører med seg psykologisk sårbarhet, 15–20 % av kvinnene vil ha en psykisk lidelse i denne perioden, og risikoen for å utvikle alvorlige psykiske lidelser øker (Sutter-Dallay & Guedeney, 2016). Vanskene kan ha negative utfall i familiesystemet, for barnets utvikling og helse som kan være langvarige, og risikoen øker med vedvarende psykiske helseplager og samtidige sosioøkonomiske belastninger (Stein et al., 2014).

### Veien til barnet går gjennom foreldrene

Ved BUP er barnet og foreldreskapet i fokus. Dersom den gravide eller partner har behandlingstrengende psykiske helseplager, oppfordrer vi til at de søker hjelp for disse hos egen terapeut. Det overordnede målet for behandlingen som vi tilbyr er lagt på forhånd, og kan oppsummeres i at spedbarnet skal få en god start gjennom fosterlivet og som nyfødt. Vi jobber på ulike måter, men fellesnevner er at arbeidet gjøres sammen med foreldrene, og at terapeutisk fokus er på å sensitivisere og ruste det kommende barnets omsorgssystem, for å forebygge samspillsvanser, skjevutvikling og uhelse. Det terapeutiske tidsvinduet rundt fødsel er begrenset, samtidig som potensialet for endringsarbeid kan være betydelig. Foreldrene er allerede i endring, da barnets komme velter om på livet deres, og berører så vel biologiske, psykologiske, som

sosiale og kulturelle livsområder (Aanderaa, 2019).

For omsorgsevnen del, er det hensiktsmessig at det psykologiske fokuset mot slutten av svangerskapet og den første tiden etter fødsel, i all hovedsak er rettet mot barnet. Dette skjerper foreldrenes forutsetninger for å oppfatte og svare på barnets behov, slik at barnet kan etablere en tilknytning til foreldrene etter fødsel, som i beste fall er trygg. Winnicotts (1956/2012) begrep “primary maternal preoccupation” beskriver mors kapasitet til å bli fullstendig oppslukt av og identifisert med barnet – som på sin side er i et totalt avhengighetsforhold til henne – en psykologisk tilstand som vanligvis øker gradvis gjennom svangerskapet og er på sitt høyeste de første ukene etter fødsel. Stern (1995) hevder at “morskonstellasjonens” psykologiske temaer knyttet til barnet og foreldreskapet normalt overskygger alt annet hos en gravid eller nybakt mor.

Når forventede endringer uteblir, slik at mors – eller fars – opptatthet av barnet er mangelfull, eller morskonstellasjonens temaer overdøves av andre problemstillinger, påtrengende livssituasjoner, eller er fraværende, kan terapeuten bli bærer av den uro for barnet, som foreldrene av ulike årsaker ikke makter å eie selv. Da blir det om å gjøre å bringe de blivende foreldrene inn i en opptatthet av barnet, av barnets behov, og av seg selv som foreldre, slik at de kan oppfatte og svare på barnets behov, og barnet kan knytte seg og få støtte i sin utvikling. I slike forløp er jobben med å etablere arbeidsallianser med foreldrene som blir til hjelp for barnet, ekstra krevende. Når foreldereren bringer til torgs usikkerhet på seg selv som omsorgsperson og egen bekymring for barnets oppvekstvilkår, vil ofte terapeuten jobbe med å møte sårbarhet med anerkjennelse, romme følelser, gi mening til opplevelser, og hjelpe til med å sortere i forelderens uro. Også her vil reduksjon av stress, arbeid med trygghet i foreldrerolle og styrking av foreldreferdigheter være sentrale mål, men veien dit handler som regel om å regulere uro ned, ikke om å vekke den.

### Eksempel på endringsarbeid og drøfting av arbeidsalliansen

Her følger utdrag fra et behandlingsforløp med en gravid som kom til meg med bekymring for hvordan hun selv ville håndtere å bli mamma, og opplevelser av strev med prenatal tilknytning. Kasus

illustrerer endringsprosesser knyttet til perinatalfasen, og eksemplifiserer hvordan endringsarbeid med gravide kan foregå. Ettersom pasientgruppen er så uensartet, er det begrensninger knyttet til i hvilken grad erfaringene med denne pasienten er gyldige for andre terapiløp med gravide. For å vurdere hva som kan være en god arbeidsform med ulike foreldre, drøftes hvordan klinikerens vurdering av arbeidsalliansen kan bringes inn i behandlingen. Kasusbeskrivelsen er anonymisert for å ivareta pasientens personvern, prosjektet er godkjent av sykehusets personvernombud, og kasus gjengis med skriftlig samtykke fra pasienten.

### De første møtene med Elise

I henvisning fra fastlegen leser jeg at Elise er 29 år, gravid for første gang, nå i uke 25, og strever med prenatal tilknytning. Fosteret er friskt, svangerskapstretthet hos mor. Elise er gift med barnefar, og jobber som lege. Legen beskriver en vanskelig oppvekst med tap av mor i bilulykke da Elise var 7 år, fysisk og psykisk vold i nære relasjoner, slektsbelastning for psykiske lidelser, og at Elise har vært plaget med tvangstanker fra 10–11 års alder, som hun tidligere har fått behandling for.

I møte med meg, tar Elise opp at hun kjenner lite positive følelser eller forventninger til guttebabyen i magen. Dette engster henne, hun vil så gjerne gi barnet en god barndom og oppvekst. Gruer seg ikke for fødsel, men tar ikke for gitt at det skal gå bra heller. Frykter hun ikke vil mestre morsrollen. Har selv vonde erfaringer med far og stemor som hun ikke vil gi videre, og er redd tvangstankene skal blusse opp når barnet kommer. Forestiller seg en krevende barseltid, tror barnet kommer til å være minst like vanskelig som hun selv var som spedbarn, holde foreldrene i høy aktivitet og gi familien dårlig nattesøvn. Alle bekymringene gjør henne psykisk sliten. Hun beskriver å virke vellykket utad, men føle seg annerledes og rar. Hun og mannen er venner fra ungdomstiden, og har vært kjærester siden begynnelsen av tyveårene. Forholdet er stabilt og fungerer bra. Ektefelle har vært pådriveren for at de skal få barn. Selv skulle hun aldri bli mor, regnet

seg som uegnet på grunn av tvangstankene, men kom til at det var det beste for forholdet å forsøke. Paret ble raskt gravide. Elise tror ektefellen kommer til å bli en fantastisk far. Barnerommet er så godt som klart. Hun beskriver gode relasjoner til svigerfamilien, og forventninger om at de vil involvere seg i barnets liv, og gi de nybakte foreldrene mye praktisk og følelsesmessig støtte.

Elise har flere nære venner fra år tilbake, og stor bekjentskapskrets. Mormoren er særlig viktig for henne, en hun stadig har søkt seg til, og som hun forbinder med følelser av å være trygg og ønsket. Selv om de ikke snakket sammen om det som var vanskelig, var det som om mormoren forstod hvordan hun hadde det. Nå er mormor dement, og bor på sykehjem. Foreldrene hennes ble skilt før moren døde. Relasjonen mellom far og stemor var ustabil og voldelig, og gjorde oppveksthjemmet utrygt. Det var episoder med fysisk avstraffelse, men Elise sier det verste var nedsettende kommentarer og grunnløse anklager. Hun beskyttet seg ved å trekke seg unna. Hun har forståelse for faren nå som hun er voksen, han vokste jo selv opp med omsorgssvikt, og gjorde så godt han kunne. Hun avgrenser kontakten med far og stemor til korte besøk, og til å bistå når de trenger hjelp. Stebror har eksperimentert med rus, fått schizofrenidiagnose, og lever tilbaketrukket, mens en av halv-søskenene har alvorlig spiseproblematikk. Elise beskriver at hun jobber med å finne balanse mellom å ta ansvar i familien, og å sette gode grenser for seg selv. Dette tror hun vil bli enda mer utfordrende når babyen kommer, og de får en ny grunn til å være sammen. Nå opplever hun at egen familie ikke er så opptatt av barnet som er på vei.

Å miste moren var et sjokk, og minnene hennes fra da det skjedde er vage. Samtidig er det som om sorgen er kommet sterkere tilbake nå som hun er gravid. Hun sørger over at moren ikke vil bli kjent med barnebarnet, over ikke å kunne spørre moren om hvordan hennes svangerskap var, og om hvordan hun selv var som liten baby. Elise beskriver sterke følelser av forakt og skam forbundet med tvangstanker om å forgripe seg seksuelt på

yngre søsken, og forteller om å ha vært deprimert i perioder siden tidlige tenår. Ektefelle vet om at Elise har vært deprimert, og plaget av tvangstanker, men kjenner ikke innholdet i tankene. Hun fullførte medisinstudiet tross perioder med store plager, har reist mye, vært engasjert i frivillig arbeid og har tillitsverv. Hun forteller om å mestre vonde følelser med å ta kontroll, prestere, jobbe mye, trene hardt. Edinburgh postnatal depression score (EPDS) på 18 (skåre fra 0–30 med klinisk grenseverdi på 10) ved inntak.

### **Styrker, strev og terapeutiske arbeidsområder**

Slik jeg vurderer det etter oppstart, strever Elise med prenatalt stress, skam, engstelser for barnet og for selv ikke å strekke til som mor. Symptomer på tvang og depresjon er mindre påtrengende nå enn tidligere, samtidig som de fortsatt skaper et visst lidelsestrykk. Elise beskriver angst for morskap og manglende følelser for barnet, men viser i atferd at hun aktivt relaterer seg til barnet – stryker seg over magen, har kallenavn på barnet, forestillinger om barnet, og har gjort praktiske forberedelser til fødsel. Dette tenker jeg på som kapasitet til foreldrementalisering. Hun har uttalt motivasjon for å få hjelp, gode kognitive evner, innsikt i egne vansker, og har tidligere hatt utbytte av terapi. Bekkenrelaterte plager og økt trettbarhet knyttet til svangerskapet, gjør at hun ikke lenger makter å jobbe fullt. Jeg tror dette utfordrer selvfølelsen hennes, og har en hypotese om at opplevelse av verdi er nært knyttet til erfaringer av å være til nytte, produsere og prestere. Fastlege har sykmeldt henne delvis, og hun opplever god oppfølging av jordmor i svangerskapsomsorgen. Det er belastninger i Elises oppvekstfamilie, samtidig beskrivelser av et godt fungerende parforhold, hvor hun får støtte og hjelp til å finne en passelig nærhet og avstand i vanskelige familierelasjoner. Paret har en plan for avvikling av permisjon, ordnet økonomi, nokså lik kulturell bakgrunn, og Elise beskriver en sterk opplevelse av verdifelleskap med ektefelle.

Mer enn at tilknytningen til barnet i magen mangler – Elise har etter mitt skjønn en naturlig opptatthet av barnet, og av seg selv som forelder – så oppfatter jeg den som konfliktfylt. Slik jeg ser det, henger tapet av mor, sår i relasjonene til oppvekstfamilien, og tvilen på egen moderlighet sammen, og forstyrrer noen av morskonstellasjonens oppgaver. Når det gjelder “primær relasjonsdannelse” (Stern, 1995), er det som om hun ikke våger stole på at hun ville elske barnet sitt, at gutten vil velge henne, og gjengjelde hennes kjærlighet. Selv har hun mistet moren hun elsket, hatt nedbrytende relasjonserfaringer med far og stemor, og kommet på følelsesmessig distanse med oppvekstfamilien. Antakelig er tap av trygghet og brudd på tillit viktige årsaker til at hun har søkt seg ut av hjemmet, og knyttet seg til besteforeldre, venner, og etterhvert kjæreste og svigerfamilie. Jeg oppfatter at disse relasjonene har næret og styrket henne, samtidig som relasjonserfaringer av mistillit og manglende trygghet også er blitt deler av hennes selvopplevelse. Nå, i overgangen fra å være kvinne til å bli mor, fra å være kjæreste til å bli foreldre sammen, fra å være i jobb og til å være hjemme – oppgaver som kjennetegner “reorganisering av identitet” (Stern, 1995) – skaper hennes sprikende erfaringer fortvilelse, usikkerhet og angst i møte med endringene som venter. Jeg tror det kan være av betydning å undersøke på hvilke måter hun er redd for å gjøre barnet sitt vondt, og at noen av svarene er å finne i smertefulle erfaringer fra da hun selv var prisgitt sine foreldre. Jeg tenker meg at periodene med depresjon og tvangstanker har forsterket følelser av at det er noe i veien med henne, som må skjules, og som gir liv til forestillinger om at hun ikke kan bli en vanlig mamma til et vanlig barn, eller frykt for å bli avslørt som noe annet enn hva hun fremstår som. Jeg tror det kan hjelpe å kaste lys over skammen ved å snakke om tvangstankene. Hva handler de om, hvordan kjennes det ut å snakke om de, hva er Elises forståelse av hva de dreier seg om, og hvordan håndtere de? Jeg blir opptatt av å utforske hva hun tror kan skje dersom plagene kommer tilbake. Kanskje er hun redd tvangen og tungsinnet

har krefter i seg til å ødelegge i relasjonen til sønnen, og hva om mannen finner ut hva slags tanker hun bærer på, hva vil han tenke om henne da? Kan han ha tillit til henne som mor? Vil han fremdeles bli hos henne og barnet? Jeg håper at samtaleene våre kan bidra til at Elise får bedre tak i hva som gjør at hun vegrer seg for å forholde seg følelsesmessig til barnet, og hva som driver frykten for å bli mor. Og kanskje kan erfaringer av at angsten er håndterbar i en terapeutisk relasjon, gi Elise mot til å utfordre den, og åpne seg mer opp, både for barnet, og for foreldreskapet?

Vi blir enige om en behandlingsplan med hovedfokus på å styrke prenatal tilknytning og hjelpe Elise med å finne ut av hva som gjør overgangen til morsrollen angstfylt. Vi avtaler å se nærmere på hvilke omsorgserfaringer Elise hadde som barn, og på hvilke måter disse vekkes til live når hun selv skal bli omsorgsgiver. Elise har gått i behandling i to perioder tidligere, og ønsker ikke prioritere dette nå.

### Arbeidet før fødsel

Elise bruker rommet aktivt, setter agenda, og kan vise følelser. Hun lar seg ofte støtte, som da hun gråter over savnet av mor, og blir værende i følelser av tristhet når tyngden av de mange sorgene hun har båret gjennom livet blir tema. Vi samtaler om at det er naturlig at erfaringer av tap, og redsel for å knytte seg til, på nytt kommer til overflaten som følge av svangerskapet. Flere ganger stanser Elise opp, reagerer på, og reflekterer over mine forsøk på å utvide eller utfordre hennes forståelse av seg selv, som om hva det innebærer å være en god mor, eller hva hun beskytter seg mot ved ikke ta noen seire på forskudd. Elise reflekterer over hvordan egne garderinger står i veien for den følelsesmessige tilknytningen til gutten i magen. Hun kjenner etter, og forteller om "lille nurket" beveger seg eller sover. Elise er enig i at hun relaterer seg aktivt til ham, men synes ikke hun føler like mye som hun tror er vanlig. Jeg utfordrer henne til å forestille seg hvem han er, og hvordan livet sammen vil bli.

Elise blir helt sykmeldt fra jobb, og øver på å slappe av i det. Kjenner seg mindre presset, og mindre anspent. Tar både opp hva hun gruer seg til, og gleder seg til, ved å bli forelder. Hun tar ikke imot mine invitasjoner til å ta med ektefellen til BUP, men sier hun bringer det vi snakker om videre med mannen, og at de har hatt noen gode samtaler om hva begge har med seg inn i foreldrerollen. Elise er særlig opptatt av å være følelsesmessig nær sin egen sønn, slik at han ikke skal kjenne seg så overlatt som hun selv har gjort. Jeg har strukturerte intervjuer som adresserer prenatal tilknytning, foreldres egne omsorgserfaringer og forestillinger om barnet og seg selv som forelder tilgjengelig, men Elise synes det er best å ha en åpen samtale for å snakke om disse temaene. Vi veksler mellom å snakke om barnet, om Elise, og om Elise som forelder.

Elise tar selv opp tvangstankene, virker ukomfortabel, som om det er motvillig, men at hun trenger å bekjenne. Hun har tidligere erfaringer av at det hjelper å minne seg selv om at dette dreier seg om tanker, ikke om ønsker eller handlinger. Hun ordsetter tabu- et i tankenes innhold, hva slags menneske er det som forgriper seg på et barn? Bare å tenke tanken, og hva om tanken rammer hennes eget barn? Hun tror at ektefelle egentlig ikke vil vite hva slags tanker det er hun har. For da hadde han vel spurt? Hun har jo fortalt ham at hun er plaget av tvang, uten at han har gått noe mer inn i det.

Så langt det lar seg gjøre, møtes vi ukentlig frem mot fødsel. Min vurdering er at angst gradvis erstattes av spenning og forventning. Det er som om Elise gjør angsten synlig - ved å bruke ord, og ved måten hun er på, og at både hun og jeg gjør en jobb med å håndtere, og gi mening til, angsten som manifesterer seg i rommet. Retest EPDS med skåre under klinisk område før fødsel.

### Oss i mellom

Jeg kjenner også på Elises ubehag når tvangstankene er tema, føler med henne, og blir opptatt av å vise henne at jeg vil vite,

at jeg kan tåle, og at hun kan tåle. Blir jeg dette for bevisst, og snarere opptatt av hva jeg skal si, og på hvilken måte - enn av å følge Elise - kommer det til små brudd i kontakten mellom oss. Det hjelper å tenke at min redsel for å trå feil og forårsake at hun skal kjenne seg fordømt eller uverdig, er i berøring med følelser hun også kjenner på når tvangstankene er tema. Jeg får erfaringer av at vi kan ta opp tråden sammen igjen, etter å ha delt en forståelse av at å skamme seg kan skape ufrihet og følelser av forakt. Er jeg sammen med henne i en anerkjennelse av ubehag og skam, og fri eller naturlig utforskning av hva slike tanker handler om, er det som at hun kom nærmere, og får ordsatt, noen av de indre kampene hun kjemper. For alt er jo mulig å tenke. Er ikke nettopp forestillingsevnen et av kjennetegnene på menneskelighet? Akkurat som vi har det i oss å ville eller gjøre godt, kan vi også gjøre oss selv og andre ondt. For å gjøre det, må vi tenke det, og det vi aller minst kan tenke oss å gjøre, er også tenkelig. Tankebilder kan bli sterke, og hjemmsøke oss som i flashbacks. Vi snakker om at slike tanker kan oppstå i møte med erfaringer av overveldelse og kontrolltap, og jobber med at Elise skal være forberedt på at tiden etter fødsel kan være en belastende periode med lite søvn og utfordringer med å tilpasse seg de store livsendringene en baby i huset fører med seg. Hvordan kan hun forholde seg hvis tvangstankene blir sterkere, og de blir rettet mot barnet? Hva kan være mulige triggere for tvangstanker: stell, amming, fysisk nærhet?

Elise har en strengt overfor seg selv, som også jeg merker. Jeg kan veksle mellom å kjenne meg kompetent som behandler, og tvil på om jeg kan gi Elise og den lille gutten hjelpen de trenger. Tvilen på meg selv som hjelper, tenker jeg både om som uttrykk for egne vurderinger av erfaring og kompetanse på behandling av gravide, samtidig som jeg tror den er tegn på min funksjon som ivaretaker av Elises, også uartikulerte, redsel for å mislykkes. Elise er opptatt av å gjøre en god jobb, og de ubevisste projeksjonene jeg muligens fanger opp, kan dreie seg om hennes vektlegging av kvalitet i egen yrkesutøvelse,

fortvilelse over ikke makte å prestere på jobb, og høye idealer knyttet til det å være forelder. Jeg jobber med å la slike oppfatninger bryne seg på realitetenes muligheter og begrensninger, og holder eksempelvis frem de naturlige vanskene av å stå i fullt arbeid gitt hennes plager, menneskeligheten i å feile og betydning av å erkjenne og reparere brudd i foreldre-barn relasjonen, fremfor å strebe etter å unngå alle former for brudd. Da Elise etterhvert får vansker med amming, blir jeg opptatt av å støtte henne i forsøkene på å lykkes, samtidig med å avdramatisere følgene av å bruke morsmelkerstatning.

### Arbeidet etter fødsel

Nurket blir født, han heter Even. Normal fødsel, ingen spesielle komplikasjoner, for Elise en uventet god opplevelse. De første ukene som følger blir tøffe for alle i den nye familien. Ammingen er smertefull, Elise bruker skjold og pumper seg. Even har antakelig mye magevondt, utslett, gråter mye og strever med å finne dyp søvn hvis han blir lagt ned alene. Foreldrene bytter på å gå rundt med ham i armene, forsøker å støtte hverandre, og sørger for at den andre får mulighet til litt søvn. Elise får to runder med brystbetennelse, men holder på ammingen til tross for smerter. Hun engster seg for ikke å gi gutten nok mat, samtidig som dette motiverer henne til å amme hyppig og pumpe seg, for å øke melkeproduksjonen. Jeg tenker at hun jobber med å etablere seg som livgiver, og at morskonstellasjonens tema knyttet til "liv og vekst" – vil jeg holde barnet mitt i live, vil det vokse og trives (Stern, 1995) – blir vekket av skrikene hun lurar på om er sult, av verkende bryst og spenningen rundt hvor mange milliliter melk hun har å gi etter å ha pumpet seg. Det er et strev, samtidig som hun beskriver ammingen som gode avbrekk fra gråt og byssing. Hun sier stell og fysisk nærhet går fint. Hun holder Even tett og godt inntil seg, smiler til ham, prater med ham, og gir, tross slitenhet og strev, uttrykk for dyp glede over sønnen. Jeg følger opp med ukentlige hjemmebesøk, reisen til

BUP blir for belastende. Elises far får slag, og relasjonen til ham blir på nytt tema. Elise holder humøret oppe ved å ha en plan eller avtale hver dag, tett kontakt med svigerfamilie og venner, og kommer med selvironiske kommentarer om at det er godt hun ikke har tatt gledene på forskudd. EPDS-skåre opp til 20. Jeg oppfatter henne stort sett som vital og tilgjengelig for Even, men hun virker søvndeprivert og sliten. Jeg bekrefter henne på mengden av belastninger, at hun naturlig nok tappes for krefter, og foreslår at hun blir sykmeldt, slik at mannen kan ta over permisjonen. Dette ønsker hun ikke, men ordner det slik at ektefelle har mye hjemmekontor.

Etter ca tre måneder gråter Even mindre, ammingen går bedre, døgnet får mer rutine, og Elise kjenner seg mer energisk. Even reagerer kjapt på lyder og bevegelse, er våken og oppmerksom, sårbar for å bli overtrøtt, og trenger mye hjelp med å finne ro. Tvangstanker om å skade Even kan melde seg, og det er plagsomt. Hun forsøker legge merke til at de er der, uten å dømme seg selv av den grunn, men heller trygge seg selv på at hun ikke er i nærheten av å handle på de. Best er det hvis hun kan la de komme og gå, som hvilke som helst andre tanker, og da er det god avledning i at Even trenger henne så mye som han gjør. Tankene kan gjøre henne redd, for hva var er egentlig forskjellen på henne og på de foreldrene som rister barnet sitt, eller lar det gråte seg i søvn? Elise forteller meg at hun har hatt slike impulser da hun var på sitt mest slitne de første ukene, som leder til en samtale om det å dele av det som er vanskelig, når det faktisk pågår. Elise ønsker ikke oppsøke egenerapi nå, synes det går ok, har ikke overskudd til å fokusere på seg selv, Even tar alle krefter, og slik vil hun at det skal være. Jeg oppfordrer henne til å etablere kontakt med psykisk helsetjeneste i kommunen. Hun tar i mot forsterket oppfølging på helsestasjon, hvor de blant annet jobber terapeutisk med Newborn Behavioral Observation (NBO). Jeg oppfordrer til at hun gir Even litt mer tid før hun tar til å bysse, prøve å roe med stemme, berøring og heller øke på hvis nødvendig, men er tydelig på at jeg ser mye godt samspill.

## Avslutning

Elise blir som avtalt skrevet ut, ca tre måneder etter fødsel. Jeg tilbyr at vi kan fortsette, med Even som pasient. Elise opplever fortsatt mammarollen som krevende, særlig hvis hun ikke får til å roe Even, eller hun er redd han ikke er mett, samtidig som hun kjenner seg tryggere, og ikke er bekymret for utvikling eller samspill. Elise beskriver det jeg også ser – gode øyeblikk med gjensidig kontakt. Hun har positive forventninger til opplevelser de skal ha sammen i fremtiden. Fra helsestasjonen sier de Even vokser og trives, og at samspillet mellom mor og barn er godt. Elise ønsker ikke at Even skal henvises til BUP, og vi avslutter samarbeidet.

Det jeg observerte, og fikk innblikk i, tydet på at Elise i sum holdt sønnen tilstrekkelig godt, fysisk og psykologisk, også når han ikke lot seg roe, og utfordret hennes foreldreferdigheter. Hun evnet å merke seg Evens tegn og signaler på utilfredshet, og var rask til å gjøre det hun kunne for at han skulle få det bedre, som om hun kjente hans smerte og ubehag i sin kropp, og oppga egne behov for å dekke hans. Mest påfallende var dette de første ukene etter fødsel, hvor hun trosset egne smerter og mangel på søvn for å amme og bysse Even. Jeg tenkte om dette som uttrykk for den normale og samtidig helt ekstraordinære kapasiteten til å være i barnets sted, “primary maternal preoccupation”, som Winnicott (1956/2012) lignet med en sykdom om det ikke hadde vært for at det nyfødte barnet trenger å bli møtt på sine umiddelbare behov for å oppleve at verden henger sammen i den voldsomme overgangen fra morslivet til begynnelsen på livet som seg selv i verden. Jeg var glad for Evens skyld, samtidig i tvil om hvor godt Elise tålte det.

Samtalene etter Even ble født, endret karakter, og ble mye mer fragmenterte, brutt opp av gråt og byssing. Fokus ble i hovedsak på Even og hva som skjedde mellom ham og mor mens vi var sammen. I ettertid har jeg tenkt på hva Elises fortelling om den første tiden med Even ville være. Ville hun fortelle om å holde maska, om at hun egentlig hadde

vært deprimert og hadde mer tvangstanker enn hun våget å fortelle om? Ville det være en historie om å være utslitt, samtidig lykkelig, eller kanskje om at hun i denne perioden kunne ha følelsen av å glemme seg selv, og være aller mest mamma?

### Typiske kjennetegn på ulike arbeidsallianser?

Tidligere har jeg vist til Teija Ankes 3-gruppemodell, som hun har utformet i sitt kliniske arbeid med gravide og spedbarnsmødre, for bedre å forstå kjennetegn ved den terapeutiske arbeidsalliansen (personlig kommunikasjon 19.10.2018, i Aanderaa, 2019). 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. Jeg oppfatter at denne modellen gir mening til erfaringer fra klinisk arbeid.

I denne sammenheng er Elise et eksempel på en gruppe 1-forelder, som nettopp ble bekymret for egen foreldrekapasitet fordi hun erkjente å streve. At hun var i kontakt med egen sårbarhet, i stort sett i håndterlige mengder, gjorde henne antakelig mer sensitiv og tilgjengelig for lille Even. I hovedsak opplevde jeg at vi jobbet med samme mål for øye, og at min oppgave for en stor del var å følge Elises utforskning ved å validere og utfordre følelser og forestillinger om selv, barnet, og relasjonen. Hun kunne først avvise mine forslag eller intervensjoner – om å bli sykmeldt, ta inn over seg egen betydning for sønnen eller å behandle seg selv med medfølelse – men tok seg som regel i det, og drev sin egen endringsprosess.

Det går også an å tenke seg en fjerde gruppe av foreldre som vi typisk møter i BUP, de som opplever seg sendt, og som generelt er avvisende til samtalebehandling. I denne gruppen er ingens behov i fokus. Det kan være mange årsaker til at foreldrene ikke deler henvisers ønske om at de selv skal få hjelp til å gi barnet en best mulig start. I møte med benektning av egne vansker, eller at eventuelle vanskeligheter i livet forskyves eller splittes ut på omstendigheter utenfor foreldrenes kontroll, kan det være svært krevende å danne arbeidsallianse om å hjelpe barnet, selv om inngangen er ved å snakke om foreldrenes egne vansker eller krevende

livssituasjon.

### Hvordan kan kjennetegn på allianse være til hjelp?

Kjenner andre klinikere seg igjen i at det finnes slike typiske kvaliteter ved ulike arbeidsalliansene med foreldre? Kan kvalitetene la seg sortere i prototypiske grupper eller som særskilte arbeidsallianseprofiler? Systematiske undersøkelser av hvordan klinikere oppfatter arbeidsallianse med foreldre, kunne frembrakt sikrere kunnskap om kjennetegn ved allianse. For terapeuten som jobber med foreldrene, kan forståelse av den aktuelle alliansen i termer av en bestemt gruppe, type eller profil, være retningsgivende for både innhold og form i behandlingen. Dreier det seg eksempelvis om en Gruppe 2-forelder, må terapeuten i større grad enn med en Gruppe 1-forelder rydde plass til barnet, ved aktivt å adressere barnets behov og forelderrollen. Veier til målet kan være intervensjoner mynnet på stressreduksjon og frigjøring av kapasitet til prenatal tilknytning og økt foreldrementalisering. Dette kan innebære initiering av samarbeidsmøter med andre involverte instanser, samarbeid med fastlege slik at den ene forelderens blir sykmeldt, og den andre overtar foreldrepermisjon, egenbehandling for foreldre, mobilisering av privat nettverk og sosial støtte.

Dreier det seg om en Gruppe 3-forelder, må terapeuten jobbe på samme måte som i Gruppe 2, med økt vektlegging på systemiske intervensjoner. Det vesentlige er at tiltakene ikke begrenser seg til samtale med forelderens, men involverer partner eller andre omsorgspersoner og hjelpere som kan kompensere for forelderens strev. Mye mulig ville et mer helhetlig behandlingstilbud vært enklere å benytte seg av, eksempelvis ved at helsehjelpen til den gravide og partner, og til foreldre og barn, var samlet på ett sted, og ikke oppdelt i ulike tjenester.

Helsehjelp i BUP er frivillig, og for alle hjelpere vil det være vanskelig å gjøre en forskjell dersom den det gjelder selv ikke opplever behov for endring. For de som ikke har noe spesielt de ønsker hjelp med, eller generelt er avvisende til samtalerapi, men hvor det foreligger risiko – altså i en mulig fjerde gruppe – kan det være til hjelp for barna om det ble etablert systemer som sikret tett oppfølging av barna, også etter avslutning i BUP eller ut-



skrivelse fra fødeavdeling. Rutinemessig forsterket helsestasjonstilbud og involvering av barneverntjenesten er mulige tiltak.

Også mellom klinikere, kan etablering av typiske allianseprofiler i foreldrearbeidet være til hjelp. Denne type av kunnskap kan gjøre faglige drøftinger mellom kolleger enklere, ettersom det gir felles begrepsapparat for å forstå terapeutiske prosesser og fenomener.

### Å møte sårbare foreldre

Hvordan jobbe med å etablere arbeidsallianse med foreldre som har et annet utgangspunkt enn behandler? Ett svar kan være å jobbe med årsakene til at foreldrene strever med å differensiere mellom seg selv og barnet, slik at barnet forsvinner i egne behov. Her vil noen ha en lang vei å gå, og for barnet in spe, så haster det. Intervensjoner som direkte adresserer arbeidsalliansen, kan være en annen inngang. Om ikke annet enn for å snakke om det som uansett er i rommet: At mange foreldre kan kjenne seg vurdert, kjenne behov for å beskytte seg, og kanskje ikke våger åpne seg om det som er vanskelig. De kan kjenne på motløshet, og ha liten tro på at det vil hjelpe, eller være redd for å bli negativt vurdert, meldt til barnevern, og i ytterste konsekvens i fare for å miste eget barn, hvis de forteller hvor mye de strever.

Dersom terapeutens vurderinger skal komme barnet til gode, må de forvaltes i relasjon til foreldrene. Gode måter å snakke med foreldrene som hvordan arbeidsalliansen erfarer, kan styrke alliansen, og øke sjansen for at helsehjelpen kommer barnet til gode. Her vil det være av betydning å danne meningsfulle begreper eller metaforer som gjør at terapeut og forelder spiller på samme lag. Å komme til behandling som forelder, med utgangspunkt i at din egen uhelse og strev kan komme til å vanskeliggjøre godt samspill, og potensielt medføre uhelse og skjevutvikling for barnet ditt, er en svært sårbar posisjon. En samtale som tar utgangspunkt i fellesmenneskelige erfaringer som både er gyldige for forelder og terapeut - som å være barn av noen, at egne foreldre ville det beste, men ikke alltid gjorde det beste, at vi alle har i oss evnen å gjøre andre godt, men også kan gjøre andre vondt, kan åpne opp for ærlighet, og gi mot til å ta tak i utfordringer som følger med ansvaret med å ha

omsorgen for et barn. Det er nødvendig å bevege seg ut av et låsende samspill hvor terapeuten har løsningen og foreldrene har problemet, over i "hvordan kan vi jobbe med dette sammen".

### Konklusjon

Endringsarbeid i tiden rundt fødsel krever at terapeuten inngår i allianse med foreldrene med mål om å hjelpe barnet. Nyttige behandlingsprosesser kjennetegnes av at forelderen og terapeuten retter felles oppmerksomhet mot barnet, foreldreskapet og omsorgssystemet. Terapeuten må gjøre helhetlige vurderinger av barnets omsorgsmiljø, og hva som eventuelt står i veien for fokus på barnet, trygghet i foreldrerolle, og sensitiv og utviklingsstøttende omsorg. Noen foreldre trenger i stor grad hjelp med å regulere ned egen uro og bli mer aksepterende og trygge på seg selv i foreldrerollen. Andre kan ha vansker med å ta inn barnet som et subjekt med egne behov, gjøre urealistiske vurderinger av sin påvirkning på barnet, eller oppfatte at de tar barnets perspektiv, men allikevel komme til en annen konklusjon enn behandleren. At terapeuten aktivt holder oppe både prosess- og relasjonsfaktorer i behandlingen, samt har en fleksibel tilnærming i sine intervensjoner overfor foreldrene, øker sannsynligheten for at helsehjelpen kommer det spedte barnet til gode.

**Keywords:** pregnancy, case report, perinatal mental health, prenatal attachment, motherhood constellation, primary maternal preoccupation

**Nøkkelord:** svangerskap, kasus, perinatal psykisk helse, prenatal tilknytning, morskonstellasjon

### Referanser

- Aanderaa, A.H.S. (2019). Endringsarbeid og endringsprosesser i tiden rundt fødsel. *Mellanrummet*. (38), 49-58.
- 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.

Sutter-Dallay, A-L. & Guedeney, N. (2016) Introduction: History. I Sutter-Dallay, A-L, Glangeaud-Freudenthal, N.M-C., Guedeney, A. & Riecher-Rössler. (Red.) *Joint care of parents and infants in perinatal psychiatry*. (s. 3-11). Springer International Publishing Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-21557-0>

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.

**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](mailto:agathehelene@gmail.com)