

Rusfag nr. 1–2016



Av: Maren Løvås, KoRus – Vest, Stavanger

Artikkelen presenterer «The Parent Child Early Relational Assessment» (PCERA). Verktøyet brukes til utredning av samspill mellom foreldre og barn og til utvikling av samspillet.

Et kartleggingsverktøy i behandlingen av mødre med barn i rusinstitusjon

Bakgrunn

Det foreligger et stort behov for kompetansehevende tiltak som gjelder både utredning og behandling av rusmiddelbrukende foreldre og av barna deres. Dette konkluderte forskere med i Sirius-rapport 5/2005 (barn innlagt med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer).

Med utgangspunkt i rapporten ga Helsedirektoratet i 2007 Borgestadklinikken i oppdrag å gjennomføre et opplærings- og metodeutviklingsprosjekt som varte fra 2007 til 2010. Utviklingsprosjektet omfattet et opplæringsprogram for ansatte ved blant annet institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og som gir et behandlingstilbud til gravide og familier med små barn. Opplæringsprogrammet hadde fokus på bruk av samspillsveiledning og tilknytningsteori. Bruk av kartleggingsverktøy

var en del av utviklingsprosjektet (Killen 2011).

Utviklingsprosjektet ble evaluert og ansett som vellykket (Klette, 2011). Flere år er gått siden dette kunnskaps- og metodearbeidet ble avsluttet. Hvordan er status i 2016? Er denne kompetansen fremdeles integrert i de ulike rusinstitusjonene som tar imot foreldre og barn til behandling? Sirius-rapporten pekte i sin tid på ulik praksis ved de forskjellige virksomhetene. Det er uklart om det i dag finnes en felles strategi for bruk av instrumenter som kartlegger foreldrenes omsorgsevne samt barnas psykososiale tilstand og omsorgsbehov.

I denne gjennomgangen har jeg valgt å fokusere på bruken av The Parent Child Early Relational Assessment (PCERA). PCERA brukes i dag ved flere utrednings- og behandlingsinstitusjoner for foreldre og barn, og har vist seg nyttig

og hensiktsmessig i foreldreveiledning og kartlegging. I tillegg gir dette kartleggingsverktøyet oss nyttig kunnskap om hvordan barna har det i samspillet med sine foreldre, og vi trenger å vite hvordan det faktisk står til med de barna som skrives ut etter å ha vært innlagt som pasienter sammen med sine foreldre. Jeg bruker i stor grad rusavhengige mødre som betegnelse, fordi det i hovedsak er mødrene som legges inn sammen med barna. Noen ganger får far også et tilbud sammen med mor og barn, men det finnes mest forskning og erfaring når det gjelder rusavhengige mødres omsorg for barn.

Hva kjennetegner rusavhengige mødres utfordringer i omsorgen for barn?

En høy prosent av rusavhengige i behandling har erfart omsorgssvikt, rusmisbruk og vold i egen oppvekst (Lauritzen et al. 1997, 2011). Det er grunn til å tro at rusavhengige mødre som er innlagt til behandling med barna sine også har en tilsvarende erfaring (Wiig et al., 2014).

Mødrenes kompliserte relasjonserfaringer kan ha konsekvenser for deres indre forestillinger om omsorg og om barnets evner og behov. Mødre som selv har erfart manglende sensitivitet i omsorgen synes å ha flere negative forestillinger om barnet, og vil i større grad tolke barnets signaler som avvising (IJzendoorn, 1992; Pajulo et al., 2001). Rusavhengigheten vil ytterligere kunne hemme mødres evne til sensitivitet i omsorgen. Flere studier har vist at de rusavhengige mødrene

også i rusfri tilstand var mindre sensitive i interaksjonen, mindre emosjonelt engasjert, mindre oppmerksomme, mindre snarrådige og kontingente. De opplevde mindre glede i samhandlingen, og hadde en mer invaderende adferd i forhold til barnet (Pajulo et al. 2001), Burns et al. 1997).

En høy prosent av rusavhengige i behandling har erfart omsorgssvikt, rusmisbruk og vold i egen oppvekst.

Fravær av emosjonell støtte og regulering kan påvirke barnets sosiale og kognitive utvikling.

Flere studier har vist at mødres sensitivitet og emosjonelle tilgjengelighet har stor betydning for en senere trygg tilknytning (Ainsworth, et al. 1979).

Heldigvis finnes det også eksempler på mødre som klarer omsorgen for barnet sitt på tross av egne mangelfulle omsorgserfaringer. Wiig hevder at de rusavhengige mødrene hun studerte hadde mange tanker om hva deres barn skulle unngå å oppleve. De hadde et sterkt ønske om å gi sitt barn helt andre oppvekstbetingelser, men de trengte hjelp til å finne nye og alternative måter å gjøre dette på (Wiig et al., 2014).

Det er nettopp med utfordringen som det er å kunne tilby barnet den omsorgen man selv ikke har fått, at en stor del av de rusavhengige foreldrene starter opp sin foreldrekariere. Hvor skal man hente sin omsorgskompetanse fra? Har man ikke selv erfart god omsorg kan «godt samspill» være et uforståelig begrep. Her kan PCERA være et nyttig kartleggingsverktøy som også kan brukes i veiledning.

The Parent Child Early Relational Assessment (PCERA) - samspillsmønstre

PCERA ble utviklet av Roseanne Clark (Clark et al. 1980, 1985). Den skal gi en vurdering av kvaliteten på relasjonen mellom omsorgsperson og barn. En ønsker å måle den affektive og atferdsmessige kvaliteten av interaksjonen mellom foreldre og barn. Omsorgspersonen og barnet blir videofilmet i fem minutters samspillsekvenser, for eksempel måltid, strukturert lek, fri lek og en situasjon med adskillelse og gjenforening. Hensikten med PCERA er å fange opp barnets opplevelse av omsorgspersonen, omsorgspersonens opplevelse av barnet, den affektive og atferdsmessige involveringen som barn og foreldre bringer inn i samspillet, samt å gi en vurdering av den følelsesmessige grunntonen i relasjonen og i det dyadiske samspillet.

PCERA ble utviklet både til klinisk bruk og til forskning. Den gir et omfattende bilde av samspillet mellom foreldre og barn, en får derigjennom en mulighet til å oppdage et forstyrret interaksjonsmønster på et tidlig tidspunkt, og det gir grunnlag for målrettede intervensjoner da man har en nøyaktig beskrivelse av området som trenger å styrkes.

Kartleggingsinstrumentet ble utviklet for å måle samspillsmønsteret hos mødre med psykiske lidelser og deres spe- og småbarn, med det mål å utvikle foreldreferdighetene og samspillskvaliteten hos disse mødrene. Senere ble instrumentet videreutviklet og modifisert for å kunne måle terapeutiske endringer, og for å kartlegge forskjellen på samspillet mellom barn og mødre med og uten psykiatrisk problematikk, tilpasset bruk

for fedre med spedbarn, for høyrisikogrupper av foreldre og risikogrupper av barn, for eksempel premature og barn med utviklingsforstyrrelser, og mødre og fedre med rusproblemer. Den ble også brukt for å sammenligne samspillskvalitet hos mødre som hadde brukt rusmidler i svangerskapet og deres barn med en rusfri kontrollgruppe (Burns et al., 1997; Clark, 2009).

Det reviderte instrumentet består av 65 elementer. Instrumentet er blitt brukt i mer enn 400 programmer og forskningsprosjekter (Clark, 2009). Elementene er delt i tre hovedområder som presenteres under:

Foreldrevariablene

Foreldrevariablene omfatter stemmekvalitet, foreldreaffekt og forelders uttrykte holdning til barnet. I tillegg vurderes foreldrenes affektive og atferdsmessige involvering og deres foreldrestil. Når en skal vurderer foreldrenes affektive og atferdsmessige involvering, ser en på kvalitet og mengde på fysisk og visuell kontakt med barnet, samt mengden og kvalitet på verbaliseringer. Foreldrenes sosiale initiativ og deres betingede svar på barnets positive eller negative aldersadekvate adferd vurderes. «Scaffolding», å strukturere og legge omgivelsene til rette for barnet, er et sentralt begrep her. Videre skal foreldrene kunne lese barnets signaler og reagere sensitivt og adekvat. En vurderer foreldres evne til samholdighet og speiling.

Under området foreldrestil gis det en vurdering av hvilken omsorgsstil en ser hos foreldrene. Kroppsholdning kan være sentralt her, eller hvordan forelderens ser, berører og snakker til barnet, eller tar in-

itiativ og responderer. Det vurderes også om foreldrestilen er preget av fleksibilitet eller rigiditet, kreativitet og ressurser, invadering, konsistens, forutsigbarhet, eller viser tegn på atferdsforstyrrelse.

Spedbarn/barn-variabler

Her skal barnets uttrykte affekt og karakteristiske humør vurderes sammen med dets atferd og evne til tilpasning, aktivitetsnivå og evne til kommunikasjon. Alle variablene vurderes ut ifra barnets reaksjoner på omsorgsgiver. Det vurderes om barnet gir uttrykk for positiv affekt, for eksempel ved å vise tilfredshet og glede, og negativ affekt, for eksempel sinne eller gråt. Gir barnet uttrykk for et tilfreds, behagelig og muntert humør? Eller ser barnet uinteressert, tilbaketrukket eller trist ut, eller viser det et engstelig, anspent, fryktsomt, irritabelt eller tenksomt alvorlig humør?

Når man skal vurdere området atferd/evne til tilpasning, ser en på følgende barnerelevante variabler: Årvåkenhet/interesse, initiering av- og respondering på sosial atferd, unngåelse/unnvikelse (motstand), føyelighet/gjenstridighet, selvhøvdelse/aggressivitet, motorisk kompetanse og kvalitet. Videre ser en på kvaliteten på utforskende lek, evne til oppmerksomhet, robusthet, utholdenhet, impulsivitet, selvregulering/evne til å organisere, evne til å la seg trøste og fokus på forelders følelsesmessige tilstand.

Under overskriften aktivitetsnivå vurderes det om barnet viser passivitet, sløvheter eller hyperaktivitet. Barnets evne til kommunikasjon vurderes ved å fokusere på visuell kontakt med omsorgspersonen, kommunikativ kompetanse og lesbarhet.

Dyadiske variabler

Den som tester skal gjøre kliniske vurderinger av kvaliteten i samspillet i dyaden forelder - barn. Med dyaden menes forholdet og samspillet mellom foreldre og barn. Den affektive samspillskvaliteten vurderes ved å måle dimensjonene sinne/fiendtlighet/irritabilitet, flat/tom/innskrenket, spenning/engstelse og gjensidig entusiasme, glede, nytelse, (livsglede) i dyaden. En skal også vurdere gjensidigheten i samspillet. Variablene som skal vurderes her er delt oppmerksomhet, gjensidighet, organisering/regulering av samhandlingen og graden av samsvar.

Hvorfor er PCERA et nyttig kartleggingsinstrument som kan brukes i veiledning av rusavhengige mødre?

PCERA kan være et nyttig redskap både for terapeuter som skal gi veiledning til foreldre for å få en pekepinn på hvilke områder man bør konsentrere veiledningen om. Kartleggingen vil gi et tydelig bilde av hvilke områder som bør styrkes. For foreldre kan PCERA-kartleggingen være en nyttig konkretisering av hva barnet deres trenger fra dem, og det kan være en start på å forstå sitt barns signaler. PCERA har fokus på den konkrete atferden; det foreldre helt konkret gjør i forhold til barnet, og det barnet viser av følelser og signaler. Ved hjelp av dette instrumentet vil en kunne registrere om omsorgspersonen ser, men også forstår hva barnet signaliserer, og å svare sensitivt på disse signalene. Klarer de å se barnets følelsesuttrykk og møte følelsene på en måte som hjelper barnet til å regulere egne følelser? Det er nettopp disse elementene i samspillet som rusavhengige mødre har problemer med. Rusavhengige har ofte utfordringer i egen følelsesregulering, og

rusmisbruket har vært en måte å regulere vanskelige følelser på (Suchman et al 2007). Når hun så får barn, står mor i fare for å misforstå eller unngå å møte barnets følelsesuttrykk. Som overfor nevnt, kan mange oppfatte barnets følelsesuttrykk som skremmende eller som et tegn på avvisning. Dette kan igjen ha som konsekvens at mor i liten grad klarer å glede seg over barnet og samspillet med barnet.

Sertifisering

Målinger ved hjelp av PCERA krever kurs og sertifisering for å kunne bruke kartleggingsverktøyet. Det skal også måles av to personer. Å presentere testresultatet for foreldre er en utfordring, og må gjøres med stor varsomhet og respekt. Selv godt fungerende foreldre er sårbare for kritikk når det gjelder omsorgen for barna. For en rusavhengig mor kan det føles overveldende. Skal PCERA brukes i en behandlingsinstitusjon, der målet er å bedre samspillskvaliteten mellom mor og barn, bør en også ha en terapeutisk intervensjon basert på film, slik at omsorgspersonen har en mulighet til å arbeide med, og å se og forstå barnets signaler. Film er et godt virkemiddel fordi det utvider og forstørker barns og foreldres signaler, og det er lettere å se hva barnet signaliserer. I tillegg er dette en svært konkret form for veiledning. Man kan snakke om det man ser barnet gjøre, og hvordan den voksne responderer og motsatt! Det er spesielt de emosjonelle aspektene i samhandlingen som bør ha fokus i en slik terapeutisk intervensjon.

Hva trenger barnet ditt fra deg?

Finske forskere og praktikere har opp-

nådd gode resultater ved å bruke film, og å fokusere på den voksne og barnets følelser. Pajulo argumenterer for en terapeutisk intervensjon der man har fokus på det emosjonelle aspektet både hos mor og barn (Pajulo et al. 2006). Filmopptak beskrives brukt i ulike situasjoner mellom mor og barn,

der behandler ved å gjennomgå filmen med mor har fokus på de gode samspillsekvensene der mor føler at hun og barnet er i kontakt. Ved å vise filmklippene får mor hjelp til å forstå og lese barnet sitt, men også å gjenkjenne og

godta egne følelser i disse øyeblikkene. Det er nettopp på det emosjonelle området de rusavhengige mødre trenger bistand. Ved å bruke «barnets stemme» i veiledningen oppleves den, ifølge Pajulo, i mindre grad truende for mor, noe som fører til at hun gjør det som må gjøres i forhold til barnet. Hvert utviklingssteg hos barnet kan beskrives ved å bruke barnets stemme som et viktig budskap sendt fra barnet til moren.

En slik terapeutisk bruk av film samsvarer i stor grad med hvordan man som Marte Meo-terapeut bruker samspillsfilm i veiledning av foreldre. Marte Meo (av egen kraft) er utviklet av Maria Aarts som en terapeutisk metode for å utvikle og forsterke det positive i samspillet som finnes mellom foreldre og barn i den utviklingsstøttende dialogen (Hedenbo & Wirtberg 2002).

PCERA kan så brukes før og etter en terapeutisk intervensjon for å se om veiledningen virker, og at mor klarer å se og møte barnets følelser og signaler. Det er

Drift av alor nettverk gir en god arena for kontakten mellom forskning og praksis.

viktig at mor får tid og mulighet til å forstå barnet sitt, og til å reagere konsistent på barnets signaler.

Hvis ikke dette skjer, har det store konsekvenser for barnet. Braarud og Nordanger hevder at et barn som over tid opplever omsorg som ikke er inntonet mot dets behov og som må reguleres og trøste seg selv, vil kunne utvikle dysregulering (Braarud & Nordanger 2011).

PCERA brukt i forskning, hvordan går det med barna?

Clark og kollegaer har som nevnt brukt PCERA i forskning på høyrisikogrupper, deriblant rusavhengige mødre. Forskningen viste bekymring knyttet til mors evne til å vise entusiasme og å glede seg over barnet, og til å være sensitiv og å lese barnets signaler og respondere på barnets signaler. I tillegg hadde mødrene vansker med å inngå i samhandling med barnet gjennom kommunikasjon, blikkontakt, fysisk kontakt og turtaking. Man så en invaderende adferd i forhold til barnet hos denne gruppen mødre.

Målingene av barnet viste manglende positiv affekt, og at det var manglende blikkontakt med mor. I dyaden mellom foreldre og barn så en lite delt glede og fornøyelse. Forskerne hevdet at dette funnet var bekymringsfylt fordi disse variablene er de som er med på å skape strukturen i et forhold mellom foreldre og barn (Burns et al., 1997).

Siqveland (2012, 2014) sin forskning er nyere. Hun har også brukt PCERA i sin forskning på norske rusavhengige mød-

re innlagt i institusjoner i Norge. Disse mødrene var i behandling sammen med barna sine. Siqveland fant som Clark at mødre med rusproblemer ved barnets tre måneders alder var mindre sensitive i samspillet med barnet. De rapporterte også et høyere stressnivå enn normalgruppen. Ved barnets 12 måneders alder var mødrene også mindre sensitive i samspillet med barnet. De var mindre i stand til å lese eller tolke babyens signaler, og de var mindre i stand til å tune seg inn følelsesmessig i forhold til barnet.

Barna i Siqvelands forskning gir grunn til bekymring. De viste tegn til at samspillet med mor ikke var tilfredsstillende ved å gi mer uttrykk for negativ affekt. Barna på 12 måneder skåret lavt på affektive uttrykk, og ga mer uttrykk for negativ affekt. Barna ga mindre uttrykk for glede og var mindre tilfredse i samspillsituasjonen. Den dyadiske kvaliteten viste seg også å være lavere ved barnets 12 måneders alder. Det var mer sinne og irritabilitet, et høyere spenningsnivå, mindre samhörighet og gjensidig glede i dyaden. Siqveland hevder at dette kan forklares med av at barnet ved 3 måneders alder har erfart lite sensitivitet i omsorgen, og dersom dette ikke endres vil en som resultat kunne se at barnet viser mindre positive følelser i samspill med omsorgspersonen (ibid).

Hvordan forholde seg til forskningen?

Hva gjør vi når barnet har det dårligere sammen med sin omsorgsperson etter 12 måneder i behandlingsapparatet? Selv om de fleste av de undersøkte mødrene var utskrevet av institusjon med bar-

Resultatene fra evalueringen viser at nettverket har nytte- og overføringsverdi i bedriften.

net sitt, så finnes det noen ubehagelige spørsmål som er nødvendige å stille:

Klarer vi som gir dette behandlingstilbudet til mor og barn å fange opp at samspillet i relasjonen blir dårligere i behandlingsperioden?

Oppdager vi at barna viser manglende glede og tilfredshet i samspillet?

En dyade mellom mor og barn med sinne og irritabilitet, et høyere spenningsnivå, mindre samhørighet og gjensidig glede er skadelig for barnet. Hvordan ivaretar vi som fagfolk denne problemstillingen?

Er vi gode nok til å bruke egnede kartleggingsinstrumenter til å oppdage at sårbare barn ikke har en tilfredsstillende psykologisk og sosial utvikling? PCERA er et instrument som ikke bare egner seg til forskning, men som forsikrer oss som arbeider med mor og barn om at vi gjennom systematisk samspillskartlegging har god kunnskap om kvaliteten på relasjonen mellom mor og barn.

Om forfatteren:

Maren Løvås er barnevernspedagog, sosialantropolog, familieterapeut og Marte Meo-terapeut. Hun er ansatt i KoRus Vest Stavanger, og har det siste året også vært ansatt på avdeling for gravide og småbarnsfamilier ved Rogaland A-senter. Løvås har flere års erfaring i arbeid med vanskeligstilte familier, og er sertifisert i PCERA. Hennes masteroppgave i familierterapi omhandler bruken av kartleggingsinstrumenter i arbeidet med rusmiddelavhengige mødre med sped- og småbarn.

Litteratur:

Ainsworth, M. D. S., M. C. Blehar, E. Waters, & Wall, S. (1979). *Patterns of Attachment: A*

Psychological Study of the Strange Situation. New York: Routledge.

Burns, K. A., Chethik, L., Burns, W. J., & Clark, R. (1997). The early relationship of drug abusing mothers and their infants: an assessment at eight to twelve months of age. *J Clin Psychol*, 53(3), 279-287.

Braarud, H. C., & Noranger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 968-972.

Clark, R. (1999). The Parent-Child Early Relational Assessment: A Factorial Validity Study. *Educational and Psychological Measurement*, 59(5), 821-846.

Clark, R. (2009, October 1, 1999). The Parent-Child Early Relational Assessment. *Educational and Psychological Measurement*, (59, 5). Madison, WI.

Hedenbo, M., & Wirtberg, I. (2002). *Samspillets kraft. Marte Meo- mulighet til utvikling*. Oslo: Kommuneforlaget.

Ijzendoorn, M. H. v. (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in non-clinical populations. *Developmental Review*, 12(1), 76-99.

Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A., & Arner, O. (1997). A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings. *NORDISK ALKOHOL- & NARKOTIKATIDSKRIFT*, 14.

Lauritzen, G., & Waal, H. (2011). Sammenheng mellom rusmisbruk og psykisk helse i et generasjonsperspektiv. In K. Killen & M. Olofsson (Eds.), *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.

Killen, K. (2011). Risiko, omsorgssvikt, samspill, tilknytning. Opplæring og metodeutvikling (B. kors, Trans.). Borgestadklinikken: Kompetansesenter rus- region sør.

Klette, T (2011). Rapport fra evaluering av opplærings- og utviklingsarbeid i behandling av foreldre og barn med rus- og psykiske problemer og andre alvorlige psykososiale belastninger. Risiko, omsorgssvikt, samspill, tilknytning. Borgestadklinikken: Kompetansesenter rus- region sør.

Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Ahlqvist, S., Helenius, H., & Piha, J. (2001). An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers. *J Subst Abuse Treat*, 20(2), 143-151.

Pajulo, M., Suchman, N., Kalland, M., & Mayes, L. (2006). Enriching the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: focus on Maternal reflective functioning and mother- child relationship. *Infant Mental Health Journal* Vol. 27(5), 448- 465.

Suchman, N. E., Pajulo, M., DeCoste, C., & Mayes, L. (2007). Parenting Interventions for Drug-Dependent Mother and Their Young Children: The Case for an Attachment- Based Approach.

Siqveland, T. S. (2012). Children born to mothers with substance abuse problems. Mother-infant interaction during the infant's first year of life. (Phd), University of Oslo, Oslo.

Siqveland, T. S., & Vibeke, M. (2014). Longitudinal Development of Mother-Infant Interaction During the First Year of Life Among Mothers with Substance Abuse and Psychiatric Problems and Their Infants. *Child Psychiatry and Human Development*.45 (4), 408- 421.

Sotbakken, B., Lauritzen, G., & Lund, M. K. Ø. (2005). Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer SIRUS-rapport, 5. Oslo: SIRUS.

Wiig, E. M., Haugland, B. S. M., Halså, A., & Myra, S. M. (2014). Substance-dependent women becoming mothers: breaking the cycle of adverse childhood experiences. *Child & Family Social Work*.

