



**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**

**Ψ**

*En studie av foreldreferdighetsprogrammet Circle  
of Security-Parenting (COS-P) i psykisk helsevern  
for voksne*

HOVEDOPPGAVE

*Profesjonsstudiet i psykologi*

**Vilde Amalie Tolo**

Vår 2022

Veileder: Jon Vøllestad

## **Forord**

Jeg vil takke min veileder Jon Vøllestad for engasjert, konstruktiv og motiverende veiledning i skriveprosessen. Jeg vil også takke Jorunn Helle for entusiasme for COS-P og inspirerende formidling av kursets viktighet og relevans.

Sist men ikke minst takk til familie og venner som har støttet, oppmuntret og hatt tro på meg i denne perioden.

## **Abstract**

This study aimed to examine the effectiveness of the Circle of Security-Parenting intervention in the context of public mental healthcare. A sample of 42 patients in ongoing therapy at Solli DPS participated in the study. All participants completed self-report measures of parental mentalization, parental stress/helplessness, general psychological distress, depression and client satisfaction. Results showed significant improvement on one of the subscales assessing parental mentalizing, and decreased levels of general psychological distress and depression. The results did not show any changes in the participants' experience of parental stress/helplessness. The participants reported high levels of client satisfaction with regard to the usefulness, relevance and quality of treatment. This is the first study of COS-P in public mental healthcare, and the results indicate that the intervention may have positive impact on participants' understanding of their childrens' mental states. The observed effects were small, and more research is needed. COS-P may be a relevant addition to outpatient treatment, but future research could consider other outcome measures that may be better suited to capture potential effects of the intervention.

***Key words:*** attachment, mentalizing, parental skills training, clinical trial

## **Sammendrag**

Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av deltakelse på Circle of Security-Parenting for pasienter i behandling i psykisk helsevern for voksne. Totalt 42 deltakere i pågående behandling ved Solli DPS deltok i studien. Deltakerne ble kartlagt med selvutfyllingsskjemaer for mentalisering, stress/hjelpeløshet i foreldrerollen, generell symptombelastning, depresjon og tilfredshet med kurset. Resultatene viste at deltakerne opplevde signifikant bedring i ett av delmålene på mentalisering, og i generell symptombelastning og depresjon etter deltakelse i COS-P. Det ble ikke funnet endringer i deltakernes opplevelse av stress/hjelpeløshet i foreldrerollen. Deltakerne rapporterte også at de var svært tilfredse med kurset med hensyn til nytteverdi, relevans og kvalitet på behandlingen. Dette er den første studien av COS-P i psykisk helsevern for voksne, og resultatene indikerer at intervensjonen kan ha effekt på foreldres forståelse av mentale tilstander hos barn. Effektene var imidlertid små, og mer forskning trengs. COS-P kan være et relevant tilbud for pasienter i behandling i psykisk helsevern, men fremtidig forskning kan med fordel vurdere andre utfallsmål som kan være bedre egnet til å fange opp mulige effekter av intervensjonen.

**Key words:** tilknytning, mentalisering, foreldreferdighetstrening, klinisk studie

## **Innholdsfortegnelse**

Forord .....	3
Abstract.....	4
Sammendrag .....	5
<b>Introduksjon .....</b>	<b>8</b>
Foreldrefungering ved psykisk lidelse.....	8
Tilknytning .....	11
Mentalisering.....	13
Circle of Security-Parenting (COS-P).....	16
<i>Tidligere forskning</i> .....	17
Målsetninger ved den aktuelle studien .....	20
<b>Metode .....</b>	<b>21</b>
Utvalg og prosedyre .....	21
Beskrivelse av intervensjonen .....	22
Mål.....	28
<i>Mentalisering</i> .....	28
<i>Hjelpeløshet i foreldrerollen</i> .....	29
<i>Generell symptombelastning</i> .....	30
<i>Grad av depresjon</i> .....	30
<i>Tilfredshet med kurset</i> .....	31
Dataanalyser .....	31
Etiske vurderinger .....	32
<b>Resultater .....</b>	<b>33</b>
Intervensjonseffekter .....	34

<i>Mentalisering</i> .....	35
<i>Hjelpeløshet i foreldrerollen</i> .....	35
<i>Generell symptombelastning</i> .....	35
<i>Grad av depresjon</i> .....	36
<i>Tilfredshet med kurset</i> .....	36
<b>Diskusjon</b> .....	<b>37</b>
Mentalisering.....	37
Hjelpeløshet i foreldrerollen.....	40
Psykiske symptomer.....	44
Tilfredshet med kurset.....	47
Styrker og begrensninger ved studien .....	49
Implikasjoner for videre forskning.....	50
Kliniske implikasjoner.....	51
<b>Konklusjon</b> .....	<b>51</b>
REFERANSER.....	53

## Introduksjon

### Foreldrefungering ved psykisk lidelse

Psykiske lidelser utgjør en stor folkehelseutfordring. Mellom 16 og 22% av den voksne befolkningen oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av et år (Tesli et al., 2021), og omtrent 50% rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (Mykletun & Knudsen, 2009). Det å få en psykisk lidelse vil kunne påvirke både den som rammes og hans eller hennes nære, inkludert egne barn. Rundt 410 000 barn i Norge har foreldre<sup>1</sup> med psykiske lidelser, noe som tilsvarer 37,5% av alle barn i befolkningen (Torvik & Rognmo, 2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser er vist å ha økt risiko for å ikke få tilstrekkelig god nok omsorg, og for å utvikle egne emosjonelle, sosiale eller atferdsmessige problemer (Elgar et al., 2007; Gjerde et al., 2017; Torvik & Rognmo, 2011).

Det er imidlertid ikke slik at psykiske lidelser hos foreldre med nødvendighet vil føre til vansker hos barnet. Mange faktorer, både genetiske og miljømessige, vil kunne påvirke samspill og emosjonsregulering i relasjon mellom barn og deres foreldre. Både forelderen og barnet deltar aktivt i spillet, og påvirkningen kan dermed gå i begge retninger (Lobo & Lunkenheimer, 2020). Barnets individuelle egenskaper, for eksempel barnets temperament, vil kunne påvirke forelderens atferd, som igjen vil kunne påvirke barnet.

Samtidig er foreldrefungering vist å være en faktor som kan ha innvirkning på sammenhengen mellom forelderens psykiske lidelse og barnets utvikling. For eksempel er det funnet at deprimerte mødre er mindre sensitive, mindre bekræftende og mer avvisende i møte med barnet og barnets erfaringer (Murray et al., 1996). Dette tyder på at det ikke er depresjonen i seg selv som er utslagsgivende, men hvordan denne tilstanden eventuelt virker

---

<sup>1</sup> Jeg har som hovedregel gjennom oppgaven valgt å bruke begrepet "foreldre". Foreldre refererer her til både biologiske og ikke-biologiske omsorgsgivere. Jeg er bevisst at begrepet "omsorgspersoner" eller "omsorgsgivere" kunne favnet bredere.



inn på forelderens evne til å ivareta barnet på en utviklingsfremmende måte. Andre studier har også funnet støtte for foreldreatferd som medierende faktor for sammenhengen mellom forelderens depressive symptomer og psykiske vansker hos barnet (e.g. Elgar et al., 2007; Burt et al., 2005).

Foreldrefungering kan være påvirket av økt stressnivå hos foreldre med psykiske lidelser. Psykiske lidelser fører gjerne til opplevelse av stress og hjelpeløshet i foreldrerollen, og redusert tro på egen mestring og kompetanse. Foreldrestress og mestring er foreslått å henge tett sammen, og å påvirke hverandre gjensidig (Crnic & Ross, 2017). Høyt nivå av foreldrestress kan føre til redusert tro på seg selv som kompetent forelder, mens lav tro på egen mestring, kan føre til at foreldrerollen oppleves mer stressende. Økt stressnivå og opplevelse av å ikke mestre det å være mor eller far, kan videre få betydning for hvordan man attribuerer barnets atferd, og for hvor sensitivt man er i stand til å møte barnets behov (Crnic & Ross, 2017).

En tidligere studie fant at mødrenes depresjon ikke hadde noen signifikant effekt på samspillet mellom foreldre og barn, men at foreldrestress hadde direkte effekt på både opplevd mestring, depresjon og foreldre-barn-interaksjon (Farmer & Lee, 2011). En annen studie fant at mødre med fødselsdepresjon opplevde et ekstremt høyt nivå av stress i foreldrollen, og at de vurderte seg selv som mindre kompetente og mindre emosjonelt tilknyttet barnet sitt, sammenlignet med ikke-deprimerte mødre (Milgrom & McCloud, 1996). Mangel på mestring i foreldrerollen er igjen vist å kunne bidra til å opprettholde, eller også forsterke, foreldrenes psykiske vansker (Crnic & Ross, 2017).

Opplevelse av hjelpeløshet og mangel på kontroll i foreldrerollen, kan i noen tilfeller være uttrykk for en desorganisert omsorgsrelasjon, preget av skiftende signaler, frykt og rollereversering. En tidligere studie fant i den sammenheng at mer hjelpeløse og redde mødre viste mer tilbaketrekning og var mer hemmet i foreldrerollen. (Lyons-Ruth & Spielman,

2004). En annen studie fant signifikant korrelasjon mellom depresjon hos mor og opplevelse av hjelpeløshet, frykt og rollereversering i omsorgsrelasjonen (George & Solomon, 2011).

Det at psykisk lidelse kan påvirke foreldrefungering og utgjøre en risiko for barnets utvikling, gjør at dette må tas på alvor som del av hvordan vi møter mentale folkehelseutfordringer. Samtidig kan god foreldrefungering i seg selv bidra til at foreldres psykiske lidelser får færre uheldige konsekvenser for barn. Dette taler for at foreldrefungering bør adresseres som ledd i behandlingen i psykisk helsevern for voksne. Det foreligger også klare offentlige føringer på dette punktet. Paragraf 10a i Helsepersonelloven fra 2010 slår fast at helsepersonell har en plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Et element i å ivareta barn som pårørende er ifølge Helsedirektoratet og rundskrivet "Barn som pårørende", at helsepersonell skal hjelpe foreldre med psykiske vansker til bedret foreldrefungering (Helsedirektoratet, 2010). Til tross for dette, opplever ikke alltid pasienter med foreldreansvar at det er tilstrekkelig fokus på foreldrerollen i deres kontakt med behandlingsapparatet. En studie av samtaler med foreldre og ansatte i hjelpeapparatet fant at mange av pasientene strevde med bekymring og skyldfølelse overfor barna sine, og at de ønsket å snakke om barna i terapi, men at de opplevde at slike følelser ble bagatellisert av behandlere (Mevik & Trymbo, 2002).

Denne oppgaven undersøker effekten av ett mulig tiltak for pasienter innen psykisk helsevern for voksne som retter seg mot foreldrefungering kalt Circle of Security Parenting (COS-P). Dette er et tiltak som er forankret i tilknytningsteori, og som har som mål å redusere foreldrenes stress og hjelpeløshet og å fremme mestring av omsorgsrollen. Fokus i COS-P er å fremme foreldrenes evne til å leve seg inn i barnets behov og perspektiv, såkalt mentalisering. Jeg vil i det videre gjøre rede for rollen tilknytning og mentalisering spiller i barns utvikling, før jeg presenterer COS-P og foreliggende evidens for modellen som et tiltak

for å fremme foreldrefungering og redusere stress i omsorgsrollen. Jeg vil deretter gjøre rede for studiens målsetninger og metode, før resultatene presenteres og drøftes.

## **Tilknytning**

Tilknytningsteori, først utviklet av den britiske psykoanalytikeren John Bowlby (1969), tar utgangspunkt i at barn kommer til verden med medfødte behov for varme, nærhet og stabilitet i relasjon til sine foreldre. Relasjonen mellom barnet og foreldrene legger grunnlaget for barnets utvikling og emosjonelle helse. Tilknytningsrelasjonen spiller en viktig rolle for barnets selvutvikling og hvordan det organiserer sine egne erfaringer og følelser. En sentral antakelse i tilknytningsteori er at mangler eller svikt i tilknytningsrelasjoner vil kunne medføre ulike former for psykologisk skade for barnet (Wennerberg, 2011; Brandtzæg et al., 2011). Eksempler på dette kan være vansker med å forstå egne behov, regulere emosjoner, utforske verden og inngå i tillitsfulle relasjoner senere i livet.

Et grunnpremiss hos Bowlby er at barnet søker relasjoner når det opplever utrygghet. Frykt hos et barn vil ifølge Bowlby ikke bare drive det til å løpe bort fra noe, men også *mot noen* (Wennerberg, 2011). Barnet har således en iboende, biologisk forankret tendens til å søke seg bort fra fare ved å søke seg *mot* trygghet. Bowlby tok videre til orde for at barnet har to grunnleggende behov. I tillegg til trygghet, trenger det å utforske verden. Når et barn kjenner seg tilstrekkelig beskyttet, kan det lettere utforske omgivelsene sine. Det er ifølge tilknytningsteori naturlig for et barn å veksle mellom nysgjerrighet og søking utover, og å vende tilbake til den trygge basen som en varm, nær og stabil relasjon utgjør ved opplevelse av trusler eller fare (Brandtzæg et al., 2011). Barnet trenger at den voksne veksler tilsvarende mellom om passe på og glede seg sammen med barnet mens det utforsker, og å beskytte, trøste og hjelpe i organisering av følelser og erfaringer når barnet vender tilbake til basen. Gjennom å bli møtt på en inntonet, responsiv og aksepterende måte, vil barnet få mulighet for

å organisere erfaringene sine, og lære seg å forholde seg til, forstå og regulere egne følelser, først dyadisk, og etter hvert på egen hånd (Schoore & Schoore, 2008).

Hvorvidt, og i hvor stor grad barnets naturlige vekslings mellom utforsknings- og tilknytningsatferd skjer, kommer an på forelderens tilgjengelighet som såkalt ”trygg havn” og ”sikker base”. Begrepene trygg havn og sikker base refererer henholdsvis til å kunne ta imot barnet når det trenger trøst, trygghet og hvile, og å støtte opp om barnets utforskning. Biologisk er utforskningsatferd underordnet tilknytningsatferd, ved at det er viktigere for barnet å være trygg enn å undersøke, lære og leke i omgivelsene sine. Dersom barnet opplever forelderens som tilstrekkelig beskyttende, tilgjengelig og trygg, og blir vant til å få behovene sine dekket, vil det utvikle en forventning om og tillit til at dette vil fortsette. Slike positive forventninger til andre vil øke utforskningsatferd. Hvis barnet derimot opplever mangelfull behovsdekning, utilgjengelighet, avvisning, invadering eller uforutsigbarhet fra foreldrenes side, vil det føre til at barnet forventer denne type behandling, og utforskningsatferden vil opphøre (Hart, 2011).

Det å ha stabile generaliserte forventninger om at egne behov blir møtt, forstått og ivaretatt av foreldre er definert som trygg tilknytning (Brandtzæg et al., 2011). Trygg tilknytning, målt ved 12 og 18 måneders alder, er vist å være positivt relatert til blant annet mental helse, selvillit, positiv affekt, selvstendighet, fleksibilitet i uttrykk for følelser og impulser, og sosial kompetanse i barndom og ungdomstid (Sroufe, 2005). Trygg tilknytning er også vist å henge sammen med evne til stresshåndtering, selvillit, empati og evne til å inngå i tilfredsstillende, harmoniske relasjoner med andre i voksen alder (Mikulincer & Shaver, 2016). Manglende forventninger om at foreldre vil møte ens behov er i tilknytningslitteraturen definert som utrygg tilknytning (Brandtzæg et al., 2011). Utrygg tilknytning i tidlig barndom er forbundet med blant annet emosjonell og atferdsmessig problematikk, avhengighet av andre, vansker med emosjonsregulering og vansker med

tilpasning til nye situasjoner i senere alder (Sroufe, 2005). Utrygg tilknytning er også vist å henge sammen med forhøyet fysiologisk respons i møte med relasjonelt stress (Groh & Narayan, 2019). Mer alvorlige former for omsorgssvikt kan gi opphav til et desorganisert tilknytningsmønster, kjennetegnet av engstelse og manglende strategier for å håndtere stress (Baer & Martinez, 2006). Barn med tidlig desorganisert tilknytning er vist å ha størst risiko for senere psykopatologi, særlig dissosiative symptomer (Sroufe, 2005).

## **Mentalisering**

Mentalisering, eller refleksiv fungering<sup>2</sup>, er evnen til å ta innover seg og forstå seg selv og andre med utgangspunkt i mentale tilstander, som følelser, tanker, impulser, intensjoner og ønsker (Powell et al., 2014; Luyten et al., 2020). Å forestille seg mentale tilstander hos seg selv og andre, og å attribuere ytre atferd basert på slike tilstander, er avgjørende for å kunne navigere seg i en kompleks sosial verden (Luyten et al., 2020). Mentalisering er ofte omtalt som evnen til å se andre innenfra og seg selv utenfra (Skårderud og Sommerfeldt, 2008; Kvello, 2010). Å se andre innenfra innbefatter et sentralt element av tolkning. Det fordrer at man forsøker å forstå den andre, samtidig som man erkjenner mangelen på gjennomsiktighet i mentale tilstander. Å forstå at man ikke kan forstå fullt ut, er en vesentlig forutsetning for å forstå bedre (Skårderud, 2020). Flere studier siste tiåret har fokusert på mentalisering i relasjonen mellom foreldre og barn. ”Parental reflective functioning” (PRF), eller foreldrementalisering, refererer til foreldrenes evne til å forstå og reflektere over sine egne og barnets mentale tilstander (Camoirano, 2017; Luyten et al., 2020).

God foreldrementalisering kjennetegnes av nysgjerrighet og undring, en viss grad av sikkerhet om barnets mentale tilstander, og samtidig fravær av skråsikkerhet. All atferd hos barnet forstås som noe meningsfullt og fortolkes med utgangspunkt i hva som foregår i

---

<sup>2</sup> Mentalisering og refleksiv fungering er ulike betegnelser på samme fenomen. Jeg har av hensyn til begrepsmessig konsistens videre valgt å bruke begrepet mentalisering.

barnets indre. Mentalisering i foreldrerollen handler dermed i stor grad om hvordan man representerer barnet og attribuerer barnets atferd, noe som er sentralt for god foreldrefungering. Lav foreldrementalisering kjennetegnes av mer primitive mentale modus hos forelderen, preget av manglende skille mellom indre og ytre verden, fravær av følelsesmessig påkobling, eller et fokus på handlinger som fysiske og ikke som uttrykk for mentale tilstander. I foreldrerelasjon kan slike modus for eksempel vise seg i form av attribusjon av negative og ondsinnede intensjoner hos barnet (Luyten et al., 2017). Eksempler på dette kan være at barnets atferd forstås som forsøk på å straffe eller såre forelderen, heller enn som forståelige uttrykk for barnets behov eller nåværende indre tilstand.

Foreldre som viser et høyt nivå av mentalisering, er antatt å være i bedre stand til å respondere med kontingens og markert speiling i respons på barnets opplevelser (Luyten et al., 2020). Kontingens vil si at forelderens respons på følelsesmessige reaksjoner hos barnet er forutsigbar og gjenkjennelig. Markert speiling innebærer at forelderen viser at han eller hun forstår og anerkjenner barnets følelse, uten at følelsen berører forelderen i samme grad. Barnet lærer at ulike individer erfarer verden ulikt, og at ens eget sinn er fortolkende i virkeligheten, i motsetning til å være direkte avbildninger av virkeligheten (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Barnet får dermed mulighet til å gradvis oppdage seg selv som et eget individ, og som forskjellig fra de andre.

Mentaliseringsteori tilbyr et supplerende perspektiv i studiet av trygg tilknytning, med vekt på at forelderens fokus på mentale tilstander er en vesentlig bidragsyter til å fremme både trygg tilknytning og mentalisering hos barnet (Luyten et al., 2020). Mentalisering kan slik forstås som en mekanisme eller prosess som kan belyse hvordan det legges til rette for trygg tilknytning, eller fravær av dette. Ved å speile barnet og være i stand til å opptre forutsigbart, konsekvent og rommende i møte med barnets følelser, legger forelderen til rette for at barnet skal føle seg trygt. Forelderens mentalisering får dermed en

tilknytningsstøttende funksjon. Samtidig er mentalisering og tilknytning tett sammenvevde størrelser. Mentaliseringsperspektivet legger til grunn at trygg tilknytning hos forelderen fremmer evne til mentalisering av barnet. Forelderens mentalisering av barnet spiller videre en viktig rolle for utvikling av mentalisering hos barnet, som igjen vil øke barnets tilknytningstrygghet. (Luyten et al., 2020). Hvert forsøk fra forelderen på å se seg selv og barnet gjennom barnets øyne, vil dermed gagne barnets tilknytning (Brandtzæg et al., 2011). Mødres mentalisering av barnet er i tråd med dette tidligere vist å være relatert til mors egen tilknytningshistorie, og til barnets tilknytningsmønster (Fonagy & Target, 2005). Barn av mødre med trygg tilknytning til egne foreldre er også funnet å ha bedre evne til mentalisering sammenlignet med barn av mødre med utrygt tilknytningsmønster (Rosso & Airoldi, 2016). Samme studie fant også høy korrelasjon mellom tilknytningstrygghet og mentalisering hos barnet, og mellom mentalisering hos mor og mentalisering hos barnet.

En nylig metaanalyse fant at sensitivitet og mentalisering sammen kunne forklare 12% av variansen i tilknytningstrygghet hos barnet (Zeegers et al., 2017). En annen metaanalyse fant at mer foreldrementalisering var assosiert med god omsorgsutøvelse, tilknytningstrygghet og mentalisering hos barnet (Camoirano, 2017). Barn med angstlidelser, svekket emosjonsregulering og eksternaliserende atferd hadde oftere mødre som var i mindre stand til å mentalisere barnet. Funn som dette antyder at foreldres evne til å reflektere over vanskelige og følelsesladde mentale tilstander er særlig viktig for utvikling av mentalisering hos barnet.

Foreldres evne til å mentalisere barnet vil kunne svinge, tross trygg tilknytning. Evne til mentalisering og tilknytningstrygghet er imidlertid generelt forventet å være positivt relatert. Utrygt tilknytning hos forelderen, grunnet brudd i tidlige tilknytningsrelasjoner, er funnet å oftere være assosiert med svekket kapasitet til mentalisering. (Luyten et al., 2020). Nysgjerrighet overfor, sammen med vilje og evne til å forstå andres og eget indre, fungerer

enklest og best når man har det godt med seg selv og opplever seg trygg i situasjonen. Dersom følelsene tar overhånd hos forelderens, vil evnen til å mentalisere barnet, svekkes (Brandtzæg et al., 2011). Mentalisering er dermed til en viss grad avhengig av et overskudd (Kvellido, 2010), og styrt av både kontekst og relasjon (Luyten et al. 2020). Det er i tråd med dette vist at midlertidig eller varig svekkelse eller svikt i mentalisering er involvert i et bredt spekter av psykiske lidelser. Samtidig finner man at mentalisering er en evne som kan bedres gjennom intervensjoner (Luyten et al., 2020).

Oppsummert er foreldres mentalisering av barnet er utviklingsfremmende og ivaretagende overfor barnet. Ved god mentalisering blir man som forelder i stand til å møte barnets behov på en sensitiv, inntonet måte. Barnet får oppleve at egne følelser og opplevelser kan fanges opp av andre, og være forståelige, deles og reguleres i relasjon. God mentalisering vil på denne måten være sentralt for utviklingen av det psykologiske selvet og barnets organisering og regulering av egne følelser. Fokus på mentalisering av barnet kan slik være et viktig ledd i styrking av foreldrefungering.

### **Circle of Security-Parenting (COS-P)**

Circle of Security-Parenting (COS-P, Cooper et al., 2009) er en intervensjon som retter seg mot å styrke foreldrefungering, gjennom å bedre mentalisering hos forelderens. Økt forståelse av og mulighet for å møte barnets behov, vil kunne styrke foreldrenes tro på egen mestring i foreldrerollen, og redusere opplevelse av stress og hjelpeløshet.

Intervensjonen tar utgangspunkt i tilknytningsteori, og barnets vekslings mellom behovet for trygghet og behovet for utforskning av verden. Hensikten med intervensjonen er å fremme foreldres evne til å lese sine barns behov i øyeblikket, og styrke kapasiteten til å respondere på disse behovene på sensitive måter. Gjennom økt mentalisering av barnet kan foreldrene fungere både som trygg havn og sikker base for barnet (Brandtzæg et al., 2011;



Powell et al., 2014). Ved å styrke en foreldrefungering som fremmer barnets tillit til forelderen som en trygg havn, antas at dette også vil fremme barnets utforskning av verden. En annen mulig følge av dette er at foreldres mestring av omsorgsrollen styrkes, slik at de i mindre grad opplever stress og hjelpeløshet. Intervensjonen åpner også for refleksjon rundt egne omsorgserfaringer. Det er en sentral antakelse at måten man lærer å forholde seg til seg selv og sine egne følelser på, kommer fra egne erfaringer i tidligere tilknytningsrelasjoner, og påvirker hvordan man som forelder forholder seg til barnets følelser og behov. Ulike følelser og behov hos barnet kan da vekke uro og negativ affekt i foreldrene, som følge av tidligere vanskelige minner og erfaringer. Dette kan bli utfordrende i foreldrerollen. Gjennom COS-P kan foreldrene styrkes i å se disse sammenhengene, og å romme barnets følelser bedre uten at ens egen læringshistorikk spiller forstyrrende inn. Gjennom dette kan de hjelpes til å bygge en relasjon der barnet lærer seg at følelser kan håndteres ved at de deles med andre.

COS-P bygger på samme teoretiske fundament som den mer omfattende versjonen av kurset Circle of Security Intensive (COS-I, Powell et al., 2014), som involverer barna og samspillet mellom foreldre og barn direkte, gjennom videoopptak som gjøres underveis. COS-P er derimot en ren psykoedukativ intervensjon, som følger en mer avgrenset manual. For å gi eksempel på samspill mellom foreldre og barn, benyttes forhåndsinnspilte i stedet for egeninnspilte videoer.

**Tidligere forskning.** Det er så langt publisert syv effektstudier av COS-P. Coleman (2014) undersøkte effekt av programmet i et utvalg av pasienter i behandling for opiatavhengighet (n=8), og fant signifikant reduksjon i rusmiddelbruk, og bedring i stress-, depresjons- og angstsymptomer hos deltakerne. Deltakerne rapporterte også at COS-P hjalp dem til å se og forstå barnets atferd på nye måter. Studien fant imidlertid ikke støtte for nedgang i opplevd hjelpeløshet i foreldrerollen gjennom deltakelse i COS-P. Horton og Murray (2015) fant i et utvalg bestående av mødre i behandling for rusmisbruk i institusjon

(n=15) at deltakelse i COS-P var assosiert med bedring i disiplinpraksis (mer effektiv respons på utfordrende atferd hos barnet). Kohlhoff og kolleger (2016) fant i tråd med Coleman at COS-P var relatert til redusert stressnivå i et utvalg av mødre av barn tilknyttet ulike foreldrestøttende tjenester ("parenting services") på førstelinjenivå (n=15). De fant også støtte for redusert hjelpeløshet, og redusert følelse av frykt, sinne og avvisning overfor barnet. Maupin og kolleger (2017) fant bedring i depresjonssymptomer i et utvalg av mødre beskrevet som ressursvake og tilknyttet ulike tjenester for mødre og barn (n=131). De fant ikke bedring i opplevd foreldrekompetanse, mentalisering eller relasjonen mellom foreldre og barn. Cassidy og kolleger (2017) rapporterte reduksjon i ikke-støttende respons på ubehag og uro (distress) hos barnet (men ikke økning i støttende respons) blant lavinntektsmødre tilknyttet et utviklingsstøttende program for familier i risikogrupper kalt "Head Start" (n=141). De fant også økt kognitiv fleksibilitet hos barn av foreldre som deltok i COS-P. Studien fant derimot at foreldres deltakelse i COS-P ikke var relatert til reduksjon i internaliserende og eksternaliserende problematikk, endring i tilknytningstrygghet eller bedring i inhibitorisk kontroll hos barnet. Risholm Mothander og kolleger (2018) undersøkte effekten av COS-P i et utvalg av foreldre i pågående behandling for relasjonsproblematikk med barnet, tilknyttet barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (n=52). De rapporterte at deltakerne fikk bedret representasjon av barna sine, samt økt emosjonell tilgjengelighet. Den nyeste publiserte effektstudien av COS-P, gjennomført av Maxwell og kolleger (2021), fant støtte for bedring i depresjonssymptomer, bedret mentalisering og redusert hjelpeløshet hos deltakere i et utvalg tilknyttet primærhelsetjeneste. (n=256). De fant derimot ikke støtte for at deltakerne opplevde barna sine som mindre "vanskelige" i samspill.

**Tabell 1:** Publiserte effektstudier av COS-P

Studie (sted)	Utvalg (N)	Kontroll-gruppe	Endring etter COS-P	Ikke endring etter COS-P
Coleman, 2014 (Australia)	Opiatavhengige foreldre (8)	Nei	- Stress-, depresjons- og angstsymptomer. - Rusmiddelbruk.	- Hjelpeløshet i foreldrerollen.
Horton & Murray, 2015 (USA)	Rusavhengige mødre i behandling for rusmisbruk i institusjon (15)	Nei	- Disiplinpraksis	- Emosjonsregulering - Attribusjon av makt og kontroll i omsorgsrelasjonen
Kohlhoff et al., 2016 (Australia)	Mødre av barn tilknyttet foreldrestøttende tjenester på førstelinjenivå (15)	Nei	- Mentalisering - Hjelpeløshet - Følelser om barnet. - Stressymptomer	
Maupin et al., 2017 (USA)	Ressurssvake mødre tilknyttet ulike tjenester for mødre og barn (131)	Nei	- Depresjons-symptomer	- Opplevd foreldrekompetanse. - Mentalisering. - Foreldre-barn-relasjon.
Cassidy et al., 2017 (USA)	Lavinntektsmødre og barn i Head Start (141)	Ja	- Reduksjon i ikke-støttende respons på ubehag og uro hos barnet. - Kognitiv fleksibilitet hos barnet.	- Økning i støttende respons på ubehag og uro hos barnet. -Tilknytnings-trygghet/-desorganisering. - Inhibitorisk kontroll hos barnet. - Internaliserende og eksternaliserende problematikk hos barnet.
Risholm Mothander et al., 2018 (Sverige)	Omsorgsgivere i pågående behandling for foreldre-barn-relasjonsproblematikk ved BUP (52)	Ja	- Representasjon av barnet. - Emosjonell tilgjengelighet.	
Maxwell et al., 2021 (Australia)	Foreldre rekruttert fra førstelinje-/primærhelsetjenesten. (256)	Ja	- Depresjons-symptomer. - Mentalisering. - Hjelpeløshet.	- Opplevelse av barnet som "vanskelig"

Det er altså noen holdepunkter i forskningen for at deltakelse på COS-P-kurs er forbundet med bedret foreldrefungering og mentalisering av barnet, redusert stress og hjelpeløshet i foreldrerollen, samt redusert symptomnivå for foreldre. Evidensgrunnlaget for COS-P er imidlertid begrenset, og funnene er noe inkonsistente. Flere av de publiserte studiene har undersøkt små utvalg, og kun tre har involvert kontrollgrupper (Cassidy et al., 2017; Risholm Mothander et al., 2018; Maxwell et al., 2021). Kun én har fulgt et randomisert kontrollert studiedesign (Cassidy et al., 2017). Studiene er gjennomført på ulike målgrupper

med ulik grad av utfordring, risiko eller sårbarheter i foreldrerollen eller foreldre-barn-relasjonen (Maxwell et al., 2021). Studiene benytter også ulike måleinstrumenter på de aktuelle utfallsvariablene, slik at det er utfordrende å sammenligne funnene direkte.

Hittil er COS-P hovedsakelig implementert innenfor førstelinjetjenesten og barnefeltet, eksempelvis tilknyttet PPT, barnevern, helsestasjon, barnehager og skoler. Foreliggende forskning har i tråd med dette fokus på familier hvor barna har emosjonelle eller atferdsmessige vansker, eller der foreldre-barn-relasjonen er bekymringsfull. Blandede funn fra de studiene som er publisert, tilsier at det er uklart hvilke effekter det har på foreldrefungering, stress og hjelpeløshet i foreldrerollen, og mentalisering. Tidligere studier har heller ikke inkludert mål på deltakernes tilfredshet med kurset.

COS-P har i liten grad vært utprøvd og benyttet i psykisk helsevern for voksne. Så vidt det vites finnes ingen forskning på bruk av COS-P innenfor slike rammer. Siden det å ha en psykisk lidelse kan ramme foreldrefungering, er det relevant og viktig å undersøke hvordan COS-P virker for og oppleves av et utvalg foreldre som mottar behandling for psykisk lidelse.

### **Målsetninger med den aktuelle studien**

Hensikten med studien var å undersøke effekten av deltakelse på COS-P-kurs for pasienter i behandling i psykisk helsevern for voksne. Den første hypotesen var at deltakelse i COS-P ville være forbundet med bedret evne til mentalisering av barnet, og reduksjon av opplevd stress og hjelpeløshet i foreldrerollen. Dette er faktorer som begge antas å virke inn på evnen til å møte barn på utviklingsstøttende måter, og som kan bidra til å styrke foreldreferdigheter også hos personer som har pågående psykiske lidelser. Økt mentalisering og redusert stress og hjelpeløshet vil således kunne bidra til mediere effekten av psykiske plager på foreldrefungering.

Den andre hypotesen var at man ville observere nedgang i depressive plager og generell symptombelastning. Da alle deltakerne med nødvendighet var i annen behandling samtidig med sin deltakelse i COS-P, ble det ikke forventet at reduksjon av symptomer ville være et resultat av COS-P-kurset som sådan. Det å kartlegge symptomnivå ble likevel ansett som viktig med tanke på bred evaluering av utbytte, og for å fange opp hvorvidt deltakelse i COS-P kunne være forbundet med forverring av plager for noen deltakere. Avslutningsvis hadde studien også til hensikt å kartlegge deltakernes tilfredshet med COS-P-kurset for å få et inntrykk for hvordan de opplevde intervensjonen.

## **Metode**

### **Utvalg og prosedyre**

Studiens utvalg bestod av 42 foreldre (35 mødre og 7 fedre), som alle var pasienter i pågående behandling ved Solli distriktpsikiatriske senter (DPS) på rekrutteringstidspunktet. Rekrutteringen foregikk ved at alle behandlere ved DPS-et fikk informasjon om tilbudet, og ble oppfordret til å formidle den videre til de av sine pasienter som kunne være aktuelle for kurset. Kriteriene for inklusjon var at pasienter enten hadde barn i alderen 0-15, eller var gravide i andre trimester. Eksklusjonskriterier var psykoselidelse, pågående rusmisbruk, pågående manisk fase, eller aktiv suicidalitet.

Fra september 2017 til januar 2020 ble det gjennomført åtte COS-P-grupper, og samtlige pasienter i disse gruppene fikk tilbud om å delta i studien. I denne tidsperioden begynte 68 pasienter på COS-P-kurs. 18 av disse valgte å slutte på kurset før det var gjennomført. I tillegg var det åtte deltakere som ikke fylte ut skjema før og etter behandlingen. 42 deltakere gjennomførte hele kurset og besvarte selvutfyllingsskjemaer både i forkant og etterkant av kurset. Hver COS-P-gruppe ble ledet av to til tre gruppeledere med sertifisering i modellen. Det var totalt syv gruppeledere, med faglig bakgrunn som psykiatrisk

sykepleier, sosionom, psykolog/psykologspesialist og psykiater. Pasientene som deltok hadde ulike psykiske utfordringer og ulikt symptomtrykk. De var også i ulike faser i behandlingsforløpet, og kan ha hatt ulik behandlingsprogresjon.

I gruppene ble det lagt vekt på gjensidig taushetsplikt, samt tillatelse til samhandling mellom gruppeledere og hovedbehandler, med mål om å øke deltakernes trygghet og opplevelse av å bli ivaretatt i gruppen. Muligheten for dialog mellom gruppelederne og hovedbehandler var inkludert fordi deltakelse i COS-P-gruppen kan vekke emosjonelle reaksjoner hos pasientene som det ville være viktig å kunne ivareta innenfor rammene av den individuelle behandlingen.

Alle deltakerne ga informert samtykke til deltakelse og til at innsamlede data kunne inngå i forskning på intervensjonen. Pasientene ble kartlagt med selvutfyllingsskjemaer før oppstart i COS-P-gruppe, og etter avsluttet gruppe. Det ble i tillegg registrert kjønn, alder og journalført primærdiagnose for hver deltaker. Det ble ikke utført egen strukturert diagnostisk kartlegging som del av studien; en baserte seg her på diagnostiske utredninger og vurderinger foretatt i pasientens ordinære behandlingsløp ved DPS'et. Deltakernes diagnoser ble kodet i fire kategorier, etter diagnosegrupper: 1) angstlidelser, 2) stemningslidelser, 3) traume-/tilpasningslidelser, og 4) andre. Det ble også gjennomført kvalitative intervjuer med et utvalg av deltakerne. Funnene herfra er rapportert i egen publikasjon (Helle et al., submitted).

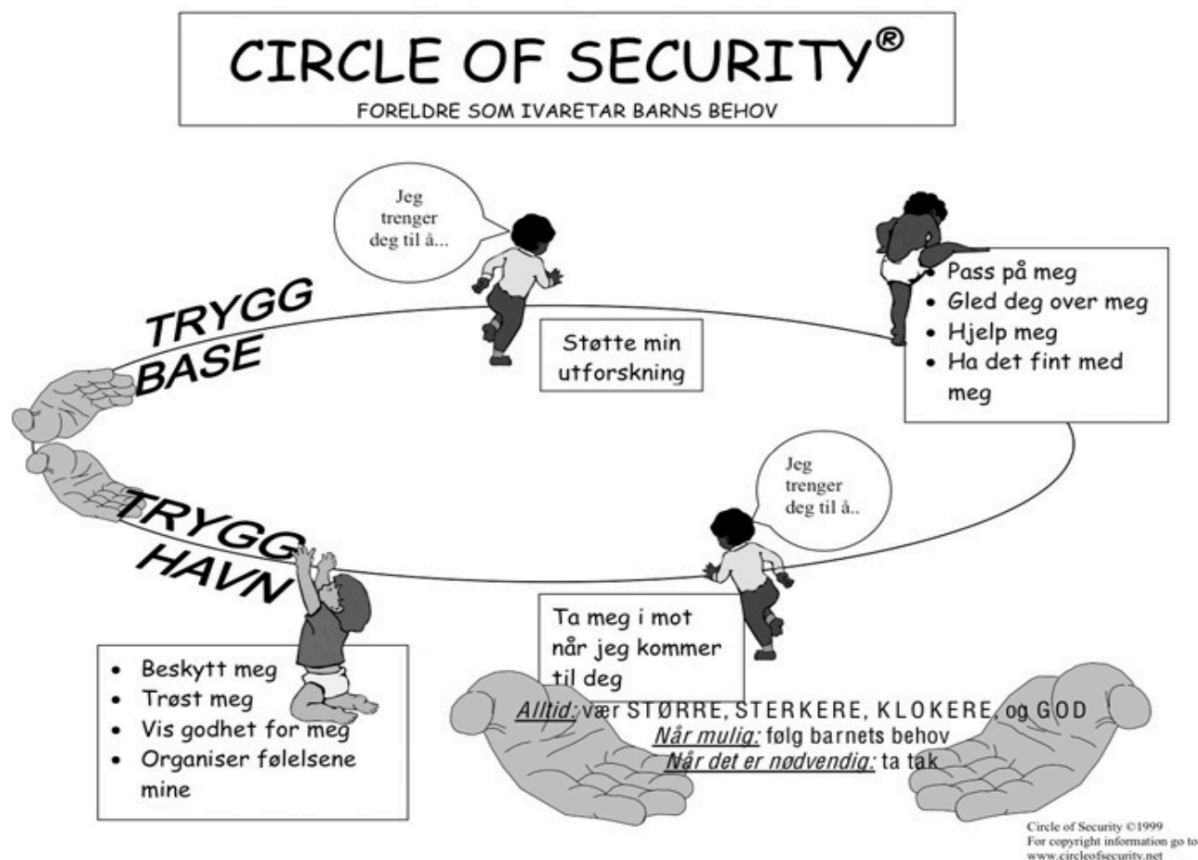
### **Beskrivelse av intervensjonen**

COS-P består av åtte moduler. Hver modul har tilhørende DVD-materiale, bestående av teori om tilknytning, uttalelser fra foreldre, og forhåndsinnspilte eksempelvisjoner av samspill mellom foreldre og barn. Se tabell 2 for en oversikt over tema for hver modul. Manualen foreslår pauser på bestemte steder ved gjennomgang av DVD-materialet, der deltakerne på kurset får mulighet for å reflektere over innholdet, bearbeide det de har sett og hørt, og å

gjøre betraktninger om sin egen foreldrerolle i lys av dette. Kurslederne inntar en eksplisitt rolle som den mentaliserende andre overfor deltakerne. I dette ligger at kurslederne legger til rette for refleksjon hos deltakerne gjennom varm og nysgjerrig utforskning. Hensikten med kurset er ikke bare å lære deltakerne materialet som presenteres på DVD-en, men også å vekke refleksjon og oppmuntre til diskusjon (Cooper et al., 2009).

Hovedelementet i COS-P-manualen er en grafisk sirkelmodell som illustrerer den naturlige rytmen i barnets tilknytnings- og utforskningsbehov, og forelderens tilsvarende rolle som henholdsvis trygg havn og sikker base (se figur 1). Når forelderer utgjør en sikker base for barnets utforskning, vil barnets nysgjerrighet og behov for å sjekke ut omgivelsene, stimulere barnet til å bevege seg bort fra forelderer. Barnet plasserer seg da ”øverst på sirkelen”. Motsatt vil barnet når det opplever en trussel i sin utforskning, søke tilbake til forelderer - mot den trygge havnen. Barnet plasserer seg da ”nederst på sirkelen” (Powell et al., 2014). Sirkelen begynner og slutter med forelderer, illustrert av to hender. ”Hendene” er en metaforisk påminner om at barnet trenger trygge omsorgsrelasjoner, både ved utforskning av verden og ved opplevelse av stress. Når barnet er ute og utforsker verden, trenger det å vite at forelderer støtter det i å gå ut og oppdage verden. Barnet trenger at det finnes en hånd som ”passer på meg”, ”gleder seg over meg”, ”hjelper meg” og ”har det fint med meg”. Når barnet opplever å bli trøtt, sliten, stresset eller oppbrakt av andre grunner, trenger det at det finnes noen der som kan ta imot, med en hånd som ”beskytter meg”, ”trøster meg”, ”viser godhet for meg” og ”organiserer følelsene mine”.

**Figur 1.** Modell av trygghetssirkelen som illustrerer den naturlige rytmen i barnets tilknytnings- og utforskningsbehov



\* Modellen er gjengitt med tillatelse fra Ida Brandtzæg og Stig Torsteinson

Gjennom at deltakerne betrakter egne omsorgshandlinger og setter ord på tidligere automatisert atferd, legges det til rette for at de kan bli bedre kjent med seg selv som foreldre. Det legges også vekt på å fremme refleksjon over erfaringer deltakerne har hatt med sine egne foreldre. Det er en grunnleggende antakelse i COS-P at mye av det man lærer om å gi omsorg, lærer man av den omsorgen man selv har mottatt. Videre er det å "være sammen med" barnet på Sirkelen et sentralt konsept i COS-P. Å "være sammen med" handler om å være tilstede og sammen utforske og dele barnets følelser. Foreldrenes vilje til å ta del i barnets opplevelse og føle noe av det barnet føler, bidrar til at barnet kan føle seg sett, forstått og i trygghet. Det legges til grunn at det ofte er en sammenheng mellom hvilke følelser man



føler seg mer og mindre trygg på og i stand til å håndtere, og hvilke følelser ens egne foreldre følte seg mer og mindre trygg på og i stand til å håndtere. Programmet har som målsetning å hjelpe deltakerne å bli bevisst på hvordan de selv evner å være sammen med barnet. Dette er igjen tenkt å bidra til innsikt i hvilke følelser de selv fikk lov å uttrykke og dele som barn. Metaforen ”Haimusikk” blir gjennomgående brukt for å beskrive ubehagelige følelser som kan utløses hos foreldrene i møte med ulike behov hos barnet. Dette ubehaget tenkes å påvirke hvordan man opplever omsorgssituasjoner, og kan begrense evnen til å møte barnets behov på utviklingsfremmende måter. En antakelse i COS-P er at deltakerne kan oppdage at noen behov hos egne barn kan vekke ”haimusikk” og dermed være vanskeligere å møte enn andre. ”Haimusikken”, eller ubehaget, sender signaler om å unngå en følelse eller et behov som i virkeligheten er både naturlig og ufarlig. Programmet legger opp til å møte egen ”haimusikk” med nysgjerrighet og en ikke-dømmende holdning. Ved å gi rom for å utforske hvordan man selv ble møtt av egne foreldre som barn, kan slike mønstre og ubehagelige følelser gi mening. Ofte oppdager deltakere at følelser og behov som vekker ubehag er følelser og behov som det ikke var rom for å erfare og dele som barn (Cooper et al., 2009). Unngåelse av visse følelser og behov kan slik gå over generasjoner.

Ved å bli kjent med sirkelen som ”usynlig tilstede” hele tiden, er målet at deltakerne skal få mulighet til å oppdage på hvilke områder de strever med å fange og møte sine barns følelser og behov. Denne bevisstheten tenkes å gi dem økt mulighet til å forholde seg til og utfordre disse tendensene. Dermed kan de gjøre endringer i mindre støttende mønstre i egen foreldreatferd, og bli i stand til å foreta valg de ikke tidligere visste de hadde. I dette arbeidet vektlegges et skifte fra innstillingen ”Hva ønsker barnet fra meg?” til det mer mentaliserende ”jeg ser hva barnet trenger”. Fundamentet for trygg tilknytning hos barnet tenkes å ligge i det å føle seg trygg i prosessen med å fjerne seg og vende tilbake igjen, gjenopprette kontakt med

forelderen og bli klar for en ny runde på sirkelen (Cooper et al., 2009). For hver runde på sirkelen, antas barnet å oppleve en styrket relasjon til og økt trygghet overfor forelderen.

COS-P-manualens åtte moduler gjennomgås i utgangspunktet over åtte ukentlig gruppesamlinger med varighet på 90 minutter. Ved Solli DPS ble det i 2013 besluttet å utvide formatet, etter drøfting med Bert Powell, en av opphavsmennene bak COS-P. Bakgrunnen for forlengelsen av kursforløpet, var at mange av pasientene som rekrutteres til COS-P ved DPS- et har en bakgrunn preget av traumer og/eller omsorgssvikt. Det ble derfor vurdert hensiktsmessig å også benytte gruppen til samtaler om hvordan disse erfaringene påvirker foreldrefungeringen. For å gi rom for denne type tema, ble det lagt til fire ekstra samlinger, det vil si at programmet bestod av 12 samlinger fremfor åtte. Hvilke moduler som ble forlenget over flere samlinger, ble løpende vurdert og var ikke fastslått på forhånd.

I den originale COS-intervensjonen vurderes tilknytning mellom foreldre og barn i forkant og etterkant av kurset, gjennom intervju med foreldene og videoopptak av samspill mellom foreldre og barn. Videoopptakene som gjøres før oppstart av gruppen, benyttes gjennom intervensjonen som et utgangspunkt for diskusjon i gruppen. Eksempelvignettene som benyttes i COS-P, fungerer som en erstatning for personlige opptak av interaksjon mellom foreldre i gruppen og deres barn. De benyttes med samme hensikt å skulle fremme diskusjon og hjelpe deltakerne mot bedre forståelse av egne barn (Cooper et al., 2009, Brandtzæg et al., 2011). Vignettene er i hovedsak opptak av foreldre som har hatt nytte av COS-programmet, og som har meldt seg som frivillige deltakere i håp om å hjelpe andre foreldre. Enkelte unntak der personen på skjermen er en skuespiller (som viser eksempler på inadekvat omsorg).

**Tabell 2:** Oversikt over tema og overordnede mål for hvert COS-P-kapittel (etter Cooper et al., 2009)

Modul	Overordnede mål
Modul 1 Velkommen til COS-P	At foreldrene skal begynne å oppfatte kurslederen som en sikker base å utforske egen omsorgsrolle ut fra. Begrepet "Circle of Security"/"Trygghetssirkelen" introduseres.
Modul 2 Utforskning av barnets behov rundt hele Trygghetssirkelen	Å øke deltakernes evne til å se og gjette. Introduksjon av "Hender" på sirkelen, og foreldrenes rolle som større, sterkere, klokere og vennlige.
Modul 3 "Å være sammen med" på Trygghetssirkelen	At omsorgsgiverne skal hjelpes til å se verdien av å "være sammen med" barnet på Sirkelen, og til å innta en bevissthetstilstand der følelser kan deles, og der man som omsorgsgiver kan hjelpe barnet å håndtere følelser, i rammene av en trygg relasjon.
Modul 4 Å være sammen med spedbarn på Sirkelen	Å vise at relasjoner trengs helt fra spedbarnsalder av, og å lære omsorgsgiverne en enkel form for inntoning med barnets skiftende oppmerksomhet og følelser. Også å flytte fokus fra "vanskelig baby" til fokus på den dynamiske prosessen i følelser og atferd, og å øke bevissthet rundt at spedbarn trenger kontinuerlig støtte fra omsorgsgiverne for å kunne organisere følelsene sine.
Modul 5 Veien til Trygghet	Å bruke metaforen "haimusikk", og å invitere omsorgsgiverne til å i større grad utforske vanskene de sliter med i relasjonen til barnet sitt. Hjelp omsorgsgiverne til å se "begrensede sirkler", og til å se at feilsignaler og utagerende oppførsel er forsvarsmekanismer, og ikke motivert av slemme, fiendtlige eller hensynsløse intensjoner. Dette kan åpne for nye måter å "være sammen med" barnet på.
Modul 6 Utforskning av det vi strever med	Å hjelpe og oppmuntre omsorgsgiverne til å se og prate om sårbare sider ved relasjonen deres. Også å øke forståelse hos omsorgsgiverne for deres rolle som Hender på Sirkelen, og hvordan deres truende atferd og mangel på tilstedeværelse vekker frykt hos barnet. Også fokus her på å gi omsorgsgiverne rom til å utforske egne barndomsopplevelser av frykt.
Modul 7 Brudd og reparasjon i relasjoner	Å støtte empatisk forskyvning hos omsorgsgiverne gjennom å hjelpe til å se at barnas utagerende atferd er forsøk på å få hjelp til å håndtere ekte behov. Hjelp til økt forståelse for at brudd skyldes at omsorgsgiveren går ut av Sirkelen, ikke barnet, og at reparasjon handler om å at omsorgsgiver vender tilbake til Sirkelen og tilbyr Hender sine til barnet. Også å hjelpe omsorgsgiverne til å bruke "Time in".
Modul 8 Oppsummering og feiring	Å oppsummere, svare på spørsmål og feire ny læring hos omsorgsgiverne. Også å gi omsorgsgiverne anledning til å bearbeide opplevelsen.

## Mål

**Mentalisering.** The Parental Reflective Functioning Questionnaire-2 (PRFQ-2; Luyten et al., 2017) er et selvutfyllingsskjema bestående av 18 utsagn. Skalaen er utviklet for å måle foreldres evne til å forstå barnets atferd med utgangspunkt i indre psykologiske tilstander, det vil si evnen til mentalisering i foreldrerollen. Hvert utsagn skal besvares på en 7-punkts likertskala, fra "1=svært uenig" til "7=svært enig".

PRFQ skåres i tre delskalaer: "Prementalisierende modus" (PM), "Interesse og nysgjerrighet" (IC) og "Sikkerhet om mentale tilstander" (CM). Delskalaen "Prementalisierende modus" er ment å fange opp en ikke-mentaliserende holdning overfor barnet (for eksempel "Barnet mitt gråter/skriker når vi er rundt fremmede for å gjøre meg forlegen"). Høy skåre på denne delskalaen er en indikasjon på manglende evne til å ta barnets perspektiv, og liten grad av anerkjennelse for mentale tilstanders innflytelse på barnets atferd. Delskalaen "Interesse og nysgjerrighet" måler forelderens åpne og utforskende holdning til barnets tilstander, et sentralt element i mentalisering (for eksempel "Jeg liker å tenke ut hva som ligger til grunn for barnet mitt sin atferd og følelser"). Lave skårer innenfor denne skalaen kan reflektere mangel på interesse for barnets tilstander, mens høye skårer ses som uttrykk for en aktiv interesse for barnets indre liv. Delskalaen "Sikkerhet om barnets mentale tilstander" består av utsagn som omhandler forståelse av mentale tilstander som ikke-transparente, og måler tendensen til å være sikker eller usikker på barnets indre opplevelse (for eksempel "jeg vet alltid hvorfor barnet mitt oppfører seg som hun/han gjør").

For delskalaen "Sikkerhet om mentale tilstander" foreslås to skåringsnøkler. Delskalaen kan skåres ut fra at økt sikkerhet gir høyere skåre (CM1). Alternativt kan den skåres slik at et moderat nivå av sikkerhet (det vil si skårer midt på skalaen), gir høyest skåre, mens skårer både høyt og lavt på skalaen, gir lav skåre (CM2). Grunnen til dette er at for høy skåre kan ses som uttrykk for hypermentalisering, det vil si skråsikkerhet og en for lite

utforskende holdning til hva barnet tenker, føler og opplever. Det mest hensiktsmessige og utviklingsfremmende i et mentaliseringsperspektiv er å verken være for usikker eller for sikker på hva barnets opplevelse er. Vi valgte derfor å benytte CM2-skåringsnøkkelen. Denne måten å skåre på er ikke foreslått for delskalaen ”Interesse og nysgjerrighet”, til tross for at Luyten og kolleger (2017) poengterer at høye skårer også her kan reflektere hypermentaliserings.

I denne studien var reliabiliteten (Cronbach's alpha) for de ulike delskalaene  $\alpha = .63$  for ”Prementaliserende modus” (PM),  $\alpha = .73$  for ”Sikkerhet om mentale tilstander” (CM) og  $\alpha = .70$  for ”Interesse og nysgjerrighet” (IC).

**Hjelpeløshet i foreldrerollen.** The Caregiving Helplessness Questionnaire (CHQ; George & Solomon, 2011) er et selvutfyllingsskjema bestående av 26 ledd. Skalaen er utviklet for å måle foreldres tendens til å føle seg overveldet og hjelpeløs i foreldrerollen. Leddene i skalaen adresserer forelderens evne til å gi beskyttelse og omsorg til barnet. Leddene besvares på en 5-punktsskala fra ”1=passer ikke i det hele tatt” til ”5=passer svært godt”.

Skalaen skåres i en fullskalaskåre, i tillegg til tre delskalaer. Delskalaen ”Hjelpeløs” tapper mors opplevelse av hjelpeløshet i foreldrerollen (eksempel ”Når jeg er sammen med barnet mitt, føler jeg ofte at jeg ikke har kontroll”), mens delskalaene ”Skremt” og ”Omsorgsgivende” tapper forelderens opplevelse av barnets straffende og omsorgsgivende kontrollstrategier (eksempel ”Barnet mitt blir så fortvilet eller urolig når han/hun ikke kan trøstes” og ”Barnet mitt vet hvordan han/hun skal berolige andre”). Kontrollstrategier skal i denne sammenheng forstås som fremgangsmåter for å holde omsorgsgiver engasjert i/investert i relasjonen, og anses som indikasjoner på desorganisert tilknytningsmønster (George & Solomon, 2011). Alle leddene i skalaen er presentert i samme retning, slik at høy skåre på 5-punktsskalaen indikerer høy grad av hjelpeløshet (George & Solomon, 2011).

I denne studien var reliabiliteten (Cronbach's alpha) for fullskala-CHQ  $\alpha = .80$ . Reliabiliteten for delskalaene var  $\alpha = .82$  for "Hjelpeløs",  $\alpha = .65$  for "Skremt" og  $\alpha = .61$  for "Omsorgsgivende".

**Generell symptombelastning.** For å måle deltakernes omfang av symptomer og plager, benyttet vi måleinstrumentet CORE-OM (Barkham et al., 2005). CORE-OM består av 34 ledd, som til sammen måler et bredt spekter av velvære, psykiske plager og funksjonsvansker. Leddene besvares med utgangspunkt i hvordan man har hatt det i løpet av siste uken, på en fempunktsskala fra "0=aldri" til "4=nesten hele tiden".

Skalaen skåres i en fullskalaskåre, i tillegg til de fire delskalaene funksjon, problem, velvære og risiko. I denne studien benyttes kun oppnådd totalskåre, som mål på samlet symptomtrykk. Oppnådd skåre på over 20 reflekterer symptomer i klinisk område. Skåre på 21-33 poeng indikerer lavt symptomnivå, 34-50 poeng indikerer milde symptomer, 51-60 poeng indikerer moderate symptomer, 67-84 indikerer moderate til alvorlige symptomer, og over 85 poeng indikerer alvorlige symptomer (Larsen et al., 2020). I denne studien var reliabiliteten (Cronbach's alpha) for skalaen  $\alpha = .94$ .

**Grad av depresjon.** Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck et al., 1996) er et mål på depressive symptomer som er mye brukt i internasjonal forskning, og som har godt dokumenterte psykometriske egenskaper (Siqueland & Kornør, 2011). Instrumentet består av 21 ledd. Hvert ledd beskriver et symptom på depresjon (eksempel tristhet, pessimisme, mislykkethet og tap av glede). For hvert ledd gis fire alternative utsagn knyttet til i hvor stor grad man har opplevd det aktuelle symptomet i løpet av de siste to ukene, som skåres på en skala fra 0 til 3. (Siqueland & Kornør, 2011).

BDI-II skåres ved å summere opp poengene for hvert ledd til en sumskåre. Sumskåren går fra 0-63 og indikerer tilstedeværelse eller fravær av, samt alvorlighetsgrad av depressive symptomer/følelser og opplevelser siste to ukene. En sumskåre på 14-19 poeng indikerer

mild depresjon, 20-28 poeng indikerer moderat depresjon, og 29-63 poeng indikerer alvorlig depresjon. Skårer mellom 0 og 13 regnes utenfor klinisk område. I denne studien var reliabilitet (Cronbach's alpha)  $\alpha = .93$ .

**Tilfredshet med kurset.** Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Nguyen et al. 1983) er et selvutfyllingsskjema som består av 8 spørsmål. Spørsmålene som stilles, dreier seg om hvordan man har opplevd behandlingen man har vært gjennom (eksempel "Hvordan bedømmer du kvaliteten på behandlingen du har fått?" og "Har behandlingen du har fått, hjulpet deg med å håndtere problemene dine på en bedre måte?"). For hvert spørsmål gis fire alternative utsagn, og respondenten blir bedt om å krysse av for det utsagnet som stemmer best overens med hans/hennes opplevelse. Utsagnene skåres på en firepunkts likertskala fra 1-4, og oppnådd totalskåre kan variere fra 8 til 32. Høy skåre reflekterer høy tilfredshet med behandlingen. Deltakerne ble bedt om å fylle ut CSQ-8 i etterkant av gjennomført kurs. I denne studien var reliabilitet (Cronbach's alpha) for skalaen  $\alpha = .88$ .

## **Dataanalyser**

Alle innsamlede data ble lagt inn i IBM SPSS Statistics for Windows, versjon 26.

Innledningsvis ble det gjort frekvensanalyser for å gi en deskriptiv oversikt over fordeling av kjønn, alder og diagnoser hos deltakerne. Data fra selvrappoteringskjemaene ble undersøkt for eventuell skewness, kurtosis og statistiske utliggere. Det ble ikke funnet indikasjon på skjevhet eller utliggerverdier som kunne tenkes å ha innvirkning på de videre analysene.

Manglende data ble også erstattet. For alle variablene som inneholdt manglende ledd, benyttet vi Littles' missing completely at random test (Little, 1988) for sammenligning av gjennomsnitt og samvariasjon. Gjennomføring av testen antydte at all manglende data var tilfeldig fordelt (alle p-verdier  $> .126$ ). De manglende leddene ble derfor erstattet ved å bruke "the expectation maximization algorithm" i SPSS. Grunnet manglende utfylling av BDI i

etterkant av gjennomført kurs hos én deltaker, ble denne deltakeren utelatt fra BDI-analysene, og totalt antall deltakere her ble 41. To deltakere hadde ikke fylt ut CSQ-skalaen, og totalt antall deltakere for denne skalaen ble derfor 40. Samtlige andre spørreskjemaer var helt eller nesten fullstendig fylt ut av alle deltakerne. En ikke signifikant andel ledd for hvert av de resterende spørreskjemaene stod imidlertid ubesvart, og datasettet hadde følgende totalantall manglende ledd per skala pre og post intervensjon: PRFQ (3 manglende responser), CHQ (47 manglende responser), CORE (48 manglende responser), BDI (14 manglende responser), CSQ (3 manglende responser).

Av hovedanalyser ble korrelasjon mellom de ulike studievariablene undersøkt gjennom en Pearsons korrelasjonsanalyse. Paired-sample t-test ble brukt for å undersøke endringer i utvalget fra før oppstart av COS-P til etter gjennomført kurs. Nivå for statistisk signifikans ble satt til  $p < .05$ . For å få et mer nyansert bilde av mulige endringer i symptombelastning enn det gjennomsnittsskårer kan gi, ble det beregnet klinisk signifikans for BDI-II ved hjelp av følgende standardiserte kriterier: reliabel endring = 8.46 og cut-off for klinisk signifikant bedring  $\leq 14$  (Seggar et al., 2002). Skårene for deltakernes tilfredshet på CSQ ble undersøkt ved hjelp av frekvensanalyse.

### **Etiske vurderinger**

Studien er godkjent av Regional Forskningsetisk Komite (REK) Vest forut for oppstart (REK ID 2015/2329). Alle deltakerne ble gitt informasjon om formålet med studien før oppstart av COS-gruppene og signerte skriftlig samtykke til å delta. Samtykkeerklæringen gjorde klart at alle data ville bli behandlet i tråd med gjeldende etiske og lovmessige forskrifter som sikret deltakerne anonymitet og konfidensialitet. Samtykket presiserte også at deltakerne fritt kunne trekke seg fra studiet når de måtte ønske uten konsekvenser for sin deltakelse i COS-P-programmet.



Som et ledd i ivaretagelsen av pasientene, blir deltakere i COS-P-grupper ved Solli DPS som nevnt bedt om å undertegne skriftlig samtykke til at gruppelederne kunne samarbeide med hovedbehandler. Denne prosedyren ble også fulgt i gruppene som deltok i studien.

Alle data ble innhentet, oppbevart og behandlet i tråd med gjeldende rutiner for personvern og informasjonssikkerhet som redegjort for i prosjektbeskrivelse og søknad til regional etisk komite.

## Resultater

Utvalget bestod av 35 kvinner (83%) og 7 menn (17%). Deltakernes alder varierte fra 28 år til 54 år, med en gjennomsnittsalder på 39 år. Fordelingen av hoveddiagnoser var som følger: Angstlidelser (n=14, 33%), stemningslidelser (n=11, 26%) og traume/tilpasningslidelser (n=10, 24%). Syv personer i utvalget (17%) hadde primærdiagnoser innenfor andre diagnosekategorier.

**Tabell 3:** Demografiske og diagnostiske data

Deltakerkarakteristika	n	%
Kjønn		
Kvinne	35	83%
Mann	7	17%
Alder		
28-36 år	17	41%
37-45 år	14	33%
46-54 år	11	26%
Hoveddiagnose		
Angstlidelser	14	33%
Stemningslidelser	11	26%
Traume-/tilpasningslidelser	19	24%
Andre	7	17%

Korrelasjonene mellom de ulike studievariablene er vist i tabell 4. Opplevd hjelpeløshet (CHQ hjelpeløs) og frykt i foreldrerollen (CHQ skremt) var signifikant korrelert med alle aspekter av mentalisering målt med PRFQ. Symptomnivå målt med CORE og BDI var sterkt korrelert med hverandre, og med opplevd hjelpeløshet. Symptomnivå var også signifikant korrelert med delmålet ”Prementalisierende modus” (PRFQ), men ikke med ”Sikkerhet om mentale tilstander” og ”Interesse og nysgjerrighet” (PRFQ).

**Tabell 4:** Korrelasjoner mellom studiens variabler

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. PRFQ CM	1							
2. PRFQ IC	.219	1						
3. PRFQ PM	.446*	.414**	1					
4. CHQ hjelpeløs	-.360*	-.401**	-.673**	1				
5. CHQ skremt	-.311*	-.392*	-.554**	.774**	1			
6. CHQ omsorgsgivende	-.188	-.155	-.095	.108	.178	1		
7. CORE fullskala	-.090	-.072	-.459**	.560**	.512**	-.119	1	
8. BDI fullskala	-.170	-.021	-.378*	.560**	.428**	-.123	.751**	1

\* Korrelasjonen er statistisk signifikant på 0.05-nivå (two-tailed).

\*\* Korrelasjonen er statistisk signifikant på 0.01-nivå (two-tailed).

### Intervensjonseffekter

Gjennomsnittsskårer og standardavvik, t-verdi og effektstørrelse for studievariablene ved pre- og postmåling er vist i tabell 5.

**Tabell 5:** Resultater fra Paired Sample t-test

Variabel	T1 (pre) M (SD)	T2 (post) M (SD)	t	Effekt- størrelse (Cohens d)	Sig. (2- tailed)
PRFQ-CM (N=42)	4.19 (0.91)	4.51 (1.02)	-2.29	0.33	0.027*
PRFQ-IC (N=42)	5.76 (0.85)	5.91 (1.02)	-1.10	-	0.300
PRFQ-PM (N=42)	5.95 (0.88)	6.17 (0.78)	-1.49	-	0.145
CHQ-hjelpeløs	17.63 (5.93)	16.20 (6.94)	1.65	-	0.107
CHQ-skremt	10.55 (3.81)	10.64 (5.31)	-0.142	-	0.887
CHQ-omsorgsgivende	17.25 (3.68)	17.10 (4.16)	0.27	-	0.879
CHQ-fullskala	45.43 (10.32)	43.93 (12.82)	0.88	-	0.39
CORE-fullskala	54.66 (22.09)	49.38 (23.00)	2.03	0.23	0.049*
BDI-fullskala	24.19 (12.71)	19.64 (11.98)	2.98	0.37	0.005*

\* Endringen er statistisk signifikant på 0.05-nivå (two-tailed).

**Mentalisering.** Resultatene av paired sample t-test viste signifikant bedring i delmålet ”Sikkerhet om mentale tilstander” (CM), som utgjør ett av tre delmål på foreldrenes refleksive fungering. Effektstørrelsen for dette funnet (Cohen’s d) var 0.33, hvilket vil si en liten effekt. Det var ingen signifikant endring i de to andre delmålene innenfor skalaen, ”Interesse og nysgjerrighet” (IC) og ”Prementaliserende modus” (PM).

**Hjelpeløshet i foreldrerollen.** Resultatene fra t-testen viste ingen signifikant endring i deltakernes opplevelse av hjelpeløshet i foreldrerollen.

**Generell symptombelastning.** Det var signifikant endring i fullskala CORE-OM, som måler generell symptombelastning og funksjonsnedsettelse. Effektstørrelsen var liten (Cohen’s d = 0.23).

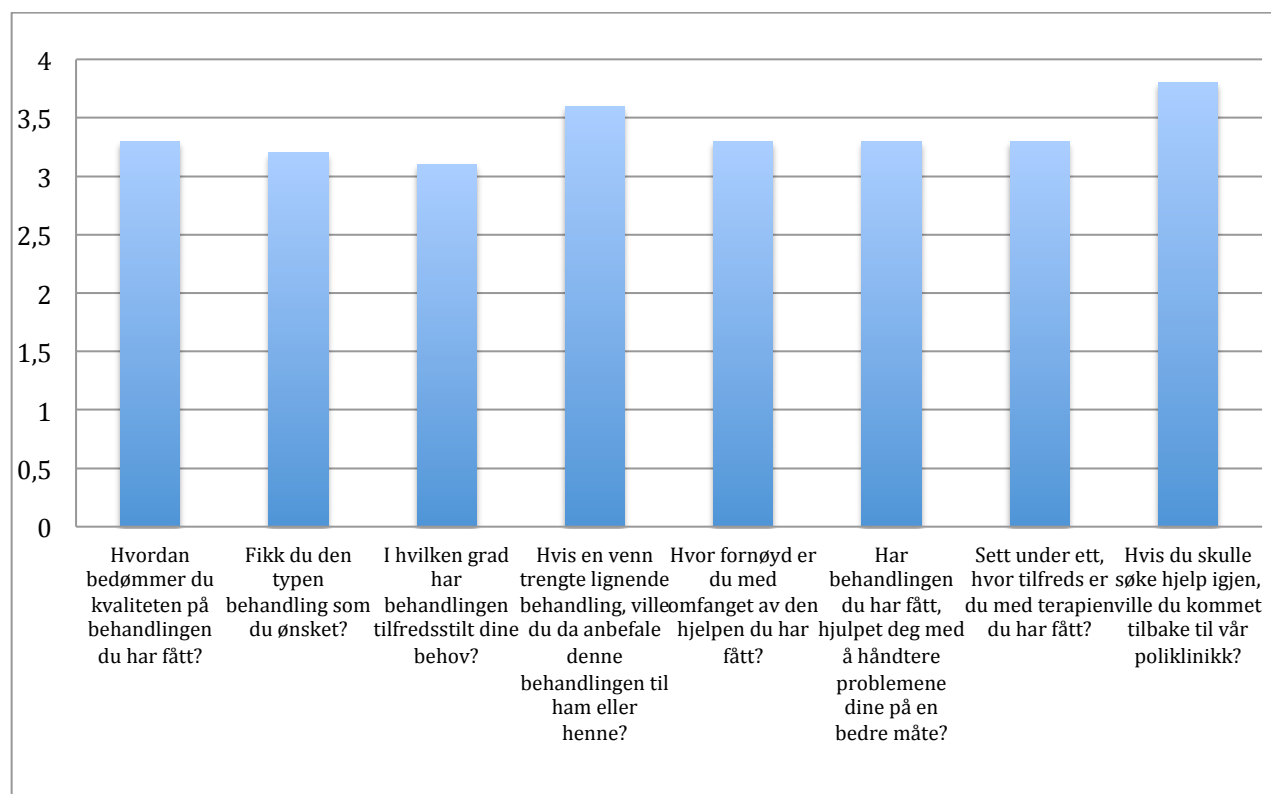
**Grad av depresjon.** Det var signifikant bedring i depresjonssymptomer målt med BDI. Effektstørrelse var liten (Cohens  $d = 0.37$ ).

**Tilfredshet med kurset.** Frekvensanalysen av deltakernes tilfredshet med kurset, rapportert gjennom CSQ, viste høy grad av tilfredshet.

**Tabell 6:** Frekvens og prosent av deltakere med klinisk signifikant bedring, reliabel bedring og reliabel forverring av depresjon etter deltakelse i COS-P

	Over klinisk cut-off i forkant av COS-P	Klinisk signifikant bedring	Reliabel bedring	Ingen endring	Reliabel forverring
n (%)	29 (69%)	6 (21%)	4 (14%)	18 (62%)	1 (3%)

**Figur 2:** Resultater fra frekvensanalyse av CSQ



## Diskusjon

Studien hadde som formål å undersøke hvorvidt deltakelse på et 12-ukers COS-P-kurs kan bidra til å fremme mentalisering og redusere opplevelse av stress i foreldrerollen i en populasjon av psykisk syke foreldre. Den hadde også til hensikt å undersøke om deltakelse var forbundet med reduksjon i symptomplager, og hvorvidt deltakerne var tilfreds med kurset og opplevde det som relevant for egne vansker. Deltakelse på COS-P-kurs var assosiert med bedring på ett aspekt av mentalisering, relatert til det å forstå mentale tilstander hos egne barn. I tillegg viste resultatene en liten nedgang i depressive plager og generell symptombelastning hos foreldre. Gjennomføring av kurset var derimot ikke assosiert med reduksjon i grad av opplevd stress eller økt mestring i foreldrerollen. Deltakerne rapporterte høy tilfredshet med kurset, både med hensyn til nytteverdi, relevans og kvalitet på behandlingen.

### Mentalisering

Endringen i mentalisering var på delskalaen for "Sikkerhet om mentale tilstander" (CM). Høy skåre innenfor dette delmålet reflekterer at man opplever en viss sikkerhet om eget barns mentale tilstander, samtidig som man erkjenner at mentale tilstander ikke er fullstendig transparente. Resultatene indikerer at deltakerne etter gjennomført kurs har oppnådd bedret mentalisering, i form av en mer balansert og mer nøktern attribusjon av barnets indre tilstander. Det at deltakerne rapporterer en økt evne til å reflektere omkring sitt barns mentale tilstander, underbygger at det å systematisk fokusere på å ta barnets perspektiv på bakgrunn av en forståelse av barnets tilknytningsbehov, kan styrke evnen til å gjøre rimelige tolkninger av barns tilstander, signaler og følelser. Deltakernes skårer på delskalaen "Sikkerhet om mentale tilstander" indikerer at de i mindre grad er skråsikre på barnets intensjoner, reaksjoner og tanker, samtidig som de ikke er rådville og fullstendig usikre. Man kan se for

seg at de noen ganger vil forstå hvorfor barnet gjør som det gjør, noen ganger forutsi hva barnet kommer til å gjøre - men ikke alltid. Samtidig åpner en slik balansert holdning for at man som foreldre også er åpen for at man tidvis kan misforstå barnets reaksjoner.

En tidligere studie av Kohlhoff og kolleger (2016) fant også at deltakerne fikk en økt skåre på "Sikkerhet om mentale tilstander" (CM) etter gjennomført COS-P. Kohlhoff og kolleger (2016) påpeker imidlertid at funnene må tolkes med varsomhet, fordi delskalaen i deres tilfelle ble skåret lineært, der høyere skåre tolkes som bedret mentalisering. En slik skåring tar ikke høyde for at både svært høy og svært lav skåre kan være uttrykk for svak mentalisering. Mens skårer på midtre del av skalaen kan forstås som uttrykk for en åpnere og mer balansert holdning med tanke på barnets mentale tilstand, kan skårer på skalaens øvre ytterpunkt være tegn på skråsikkerhet. Nedre ytterpunkt vil på sin side reflektere usikkerhet og forvirring om barnets tilstand. Det blir dermed usikkert om Kohlhoff og kollegers funn støtter opp om en bedret mentalisering eller ikke. I studien som denne oppgaven er basert på har man lagt til grunn at skårer i midtre del av skalaen anses som uttrykk for god mentalisering, mens skårer på ytterpunktene anses som ulike former for svikt i mentalisering. Det kan derfor argumenteres for at våre funn klarere peker i retning av at deltakere i COS-P har opplevd en bedring i evnen til å reflektere over barnets mentale tilstander, enn det som er tilfelle med funnene til Kohlhoff og kolleger.

Det å styrke foreldres mentalisering er ett av flere eksplisitte mål for COS-P, som et ledd i bedring av tilknytningsmønster og foreldre-barn-relasjonen (Powell et al., 2014). Det at et 12-ukers langt kurs kan gi synlige resultater i økt mentalisering, viser også at det kan være mulig å styrke viktige elementer ved foreldrefungering gjennom intervensjon over relativt kort tid.

Tross funnet på bedring i et delmål på mentalisering, var effektstørrelsen liten. Det var ellers ingen signifikant bedring innenfor delskalaene «Interesse og nysgjerrighet» (IC) eller

«Prementaliserende modus» (PM). En mulig forklaring på dette funnet er at de fleste deltakerne rapporterte et relativt høyt nivå av mentalisering allerede før oppstart av intervensjonen for skalaene ”Interesse og nysgjerrighet” og ”Prementaliserende modus” (gjennomsnitt henholdsvis 5.76 og 5.95, av maksimum 7.00). Deltakerne rapporterte lavest gjennomsnittlig skåre (både før og etter intervensjon) på ”Sikkerhet om mentale tilstander” (gjennomsnitt 4.19), delmålet der vi fant signifikant bedring. Det kan tyde på at det var denne ferdigheten deltakerne strevde mest med ved starten av kurset.

Basert på høye skårer på de to delmålene prementaliserende modus og interesse og nysgjerrighet før deltakelse på COS-P-kurset, kan det derfor antas at man ikke fant endring grunnet takeffekt. Lavere skårer på ”Sikkerhet om mentale tilstander” kan indikere at denne delskalaen er et mer egnet mål for et utvalg uten alvorlige mentaliseringsvansker, mens delskalaene interesse og nysgjerrighet og prementaliserende modus gjerne fanger opp en noe mer patologisk fungering. Maupin og kolleger (2017) fant i sin studie ingen bedring i mentalisering etter deltakelse i COS-P. De argumenterer for at deres nullfunn kan ha vært relatert til lave nivåer av prementalisering og høye nivåer av interesse og nysgjerrighet ved oppstart av kurset (baseline), og dermed at det var lite rom for bedring over tid. Det samme kan være tilfelle i den aktuelle studien.

Alternativt kan det hende at måling ved hjelp av et annet kartleggingsverktøy ville gitt andre resultater. Maxwell og kolleger (2021) benyttet et annet måleinstrument (Diamond Maternal Reflective Functioning Scale; Diamond, 2014), grunnet de nevnte utfordringene med skåring og tolkning relatert til PRFQ. Ut fra dette instrumentet fant de en bedring av mentalisering etter gjennomført COS-P. Risholm Mothander og kolleger (2018) intervjuet deltakere med ”The Working Model of The Child” (WMCI). Dette er et intervju som har til hensikt å få informasjon om deltakernes representasjoner og opplevelser av barnet og

foreldre-barn-relasjonen, som også kan være relatert til mentalisering. Disse forfatterne fant også en bedring i denne sentrale utviklingsfremmende egenskapene etter COS-P.

Nullfunn på to av tre delmål, lav effektstørrelse på delmålet med signifikant bedring, og lav reliabilitet på et av de andre delmålene, indikerer at funnene i denne studien må tolkes med varsomhet. Det er også uklart hvordan eventuell bedring gir seg utslag i foreldrenes faktiske atferd i samspill med barnet, og i tilknytningstryggheten. Noen forskere har forsøkt å måle effekten av COS-P ved å forsøke å fange opp endringer hos deltakernes barn, eller i samspillet mellom foreldre og barn. Huber og kolleger (2015) fant i den sammenheng ingen relasjon mellom mentalisering hos mødre og tilknytningsstatus hos barnet etter gjennomføring av COS. Cassidy og kolleger (2017) fant reduksjon i ikke-støttende respons på ubehag og uro hos barnet etter gjennomført COS-P. De fant imidlertid ikke økning i støttende respons på ubehag og uro hos barnet. Funnene indikerer at COS-P hjalp deltakerne å legge merke til og minimere negativ respons, men ikke til å øke tilsvarende positiv respons. Selvrapporteringsmålet for mentalisering (PRFQ) som er benyttet i denne studien på utvalget fra Solli DPS er ment som et raskt screening-instrument for studier med store utvalg, og skalaen er ikke er ment å erstatte andre mål på foreldres refleksive fungering. PRFQ anbefales derfor å benyttes i kombinasjon med mer detaljerte intervju- eller observasjonsmål (Luyten et al., 2017). Selvrapportering i denne studien kan også ha overestimert mentaliseringskapasitet hos deltakerne. PRFQ sammen med andre mål som kan gi mer detaljert og idiosynkratisk informasjon, vil kunne gi mer inngående kunnskap om eventuelle endringer i mentalisering.

### **Hjelpeløshet i foreldrerollen**

Ut over mentalisering var opplevd hjelpeløshet i foreldrerollen et sentralt mål i denne studien. Analysene viste ingen signifikant endring blant deltakerne på dette området, slik det ble målt



med Caregiver Helplessness Questionnaire (CHQ). Deltakernes skårer indikerer en stabil opplevelse av hjelpeløshet gjennom intervensjonen, inkludert frykt i foreldre-barn-relasjonen og rollereversering. Dette er i motsetning til hva som var forventet. Målet for COS-P-programmet er å styrke mestringsfølelse og redusere stress og hjelpeløshet gjennom å gi ny forståelse av barnet og et mer fleksibelt repertoar å møte det med. I lys av dette er det noe overraskende at det ikke skjedde noen endring for deltakerne på dette punktet. Samtidig er det slik at den foreliggende forskningen gir et blandet bilde når det gjelder effekt av COS-P på hjelpeløshet i foreldrerollen. Kohlhoff og kolleger (2016) fant at mødre som deltok i studien rapporterte redusert hjelpeløshet og redusert frykt i relasjon til barnet. Tilsvarende fant Maxwell og kolleger (2021) signifikant bedring i opplevelse av hjelpeløshet hos COS-P-deltakerne sammenlignet med ventelistekontroll. Resultatene fra den aktuelle studien ved Solli DPS er i tråd med Colemans (2014), som heller ikke fant signifikant endring i opplevelse av hjelpeløshet på CHQ i sitt utvalg av rusavhengige mødre. En mulig forklaring på manglende funn er at det valgte instrumentet ikke er godt nok egnet til å fange opp den typen hjelpeløshet som deltakerne kan ha opplevd i foreldrerollen.

Coleman (2014) argumenterer for at CHQ måler et ytterpunkt av hjelpeløshet assosiert med desorganisert tilknytning, og at desorganisert tilknytning kan ha vært lite representert i utvalget. Måletidspunktet kan også ha spilt en rolle for funnene.

Caregiver Helplessness Questionnaire er, i tråd med Colemans (2014) argumenter, beskrevet som et screening-verktøy for å måle mødres desorganiserte omsorgsutøvelse. Spørsmålene som stilles er vinklet mot foreldrenes evne å gi beskyttelse og omsorg til barnet, som en motsetning til det å selv søke beskyttelse og omsorg hos barnet. Desorganisert omsorgsutøvelse vil medføre risiko for desorganisert tilknytning hos barnet (George & Solomon, 2011). CHQ tapper dermed informasjon om relativt alvorlig omsorgssvikt og hjelpeløshet. Man kan således argumentere for at CHQ måler alvorlig hjelpeløshet, og at

skalaen kan være mindre sensitiv for mindre alvorlige grader av stress i foreldrerollen. Når man sammenligner funnene fra utvalget ved Solli DPS med andre utvalg (Coleman, 2014; Kohlhoff et al., 2016; Maxwell et al., 2021) viser det seg imidlertid at deltakerne skårer relativt høyt både på fullskalamålet og på de ulike delskalaene. Ut fra dette kan det se ut til at deltakerne i den aktuelle studien faktisk har opplevd en høy grad av hjelpeløshet i foreldrerollen. En forklaring på at de like fullt ikke opplevde en bedring i denne hjelpeløsheten etter kurset kan dermed være at kurset ikke var tilstrekkelig omfattende til å endre opplevelsen av å kunne gi egne barn beskyttelse og omsorg.

CHQ-delskalaene CHQ-skremt og CHQ-omsorgsgivende gir ifølge George og Solomon (2011) informasjon om barnets kontrollstrategier for å holde forelderen engasjert og investert i relasjonen. En grunn for at deltakernes skårer innenfor skalaen ikke endret seg, kan dermed være relatert til at barnets atferd ikke endret seg gjennom kursperioden. Funnet på økt mentalisering hos deltakerne, taler for at det har skjedd en, om enn liten, endring i deltakernes måte å tenke om barnet på. Dersom barnet har måttet lære seg straffende og omsorgsgivende strategier, for å holde forelderen investert i relasjonen, er det rimelig å tro at disse har utviklet seg over tid, og at eventuell økt mentalisering hos foreldrene ikke har ført til endringer hos barnet, hvert fall ikke over en så kort periode.

Tross at de to delskalaene CHQ-skremt og CHQ-omsorgsgivende er ment å gi informasjon om barnets kontrollstrategier i omsorgsrelasjonen, kan det også argumenteres for at de gir informasjon om forelderens forståelse, eller eventuelle manglende forståelse, av barnets atferd, og attribusjon av barnets intensjoner. Høyere skårer på delskalaen CHQ-skremt kan eksempelvis reflektere en forståelse av barnets atferd som straffende og avvissende. Korrelasjonsanalysene viste i tråd med dette en negativ korrelasjon mellom delskalaene CHQ-skremt og CHQ-hjelpeløs og PRFQ. Høyere skårer på mentalisering, tilsvarer da lavere skåre innenfor CHQ-skremt og CHQ-hjelpeløs. Samtidig ser vi at økning i

mentalisering blant deltakerne ikke ga utslag i redusert opplevelse innenfor de to relaterte CHQ-delskalaene. Tross at det ikke ble gjort signifikante funn på endring innenfor delskalaene, antydes en trend til reduksjon i hjelpeløshet hos deltakerne, målt ved delskalaen CHQ-hjelpeløs. Dersom studien hadde blitt gjennomført i et større utvalg, ville vi kanskje fått et signifikant funn her.

Gitt at deltakerne rapporterer et stabilt nivå av hjelpeløshet, må det også tatt i betraktning at mange ukjente faktorer kan spille inn. Det ble ikke innhentet informasjon om andre omstendigheter i deltakernes liv, eller eventuelle utfordringer hos barnet. Kanskje kunne en grundigere kartlegging av andre viktige livsområder og relevante livssituasjoner hos deltakerne vist andre sammenhenger. Funnet på økt mentalisering kan samtidig gi antydninger om at deltakerne er i gang med en prosess med å snu noen mønstre, men at denne prosessen samtidig tar tid, og at innarbeidede samspillsmønstre og opplevd hjelpeløshet dermed ikke er rullet å endre seg. Høy grad av tilfredshet med kurset kan også gi indikasjoner på at deltakernes selvopplevde mestring er noe styrket, selv om dette ikke fanges opp av CHQ-skalaen. I tråd med dette påpeker flere av deltakerne i de kvalitative intervjuene (Helle et al., submitted) at de opplever å være i en pågående prosess, som de er blitt hjulpet i gang med gjennom COS-P, men som de ikke er ferdige med etter endt kurs.

Både Coleman (2014) og Kohlhoff og kolleger (2016) fant bedring i symptomer på stress etter gjennomført COS-P. I begge studiene benyttes et eget mål på stress (DASS-21, delskala for stress; Lovibond & Lovibond, 1995), i tillegg til målet på hjelpeløshet. I den aktuelle studien er CHQ benyttet som et mål på både hjelpeløshet og stress i foreldrerollen. Å benytte et annet, mer direkte mål på stress (for eksempel DASS-21) kunne gjerne også vært relevant i den aktuelle studien.

## Psykiske symptomer

Et tredje moment denne studien ønsket å undersøke, var hvorvidt deltakerne i COS-P opplevde noen endringer i psykiske symptomer etter gjennomført kurs. Resultatene viser en liten, men signifikant reduksjon av deltakernes symptomer etter intervensjonen, i form av redusert grad av depresjon og økt psykisk velvære etter gjennomført gruppe. Da alle deltakerne har mottatt parallell individuell behandling, kan man selvsagt ikke tilskrive slik endring til deltakelse i COS-P. Samtidig kan det ikke utelukkes at gjennomføring av COS-P-programmet kan ha hatt effekt som et supplement til den øvrige behandlingen. Foreldre som går i behandling for egne psykiske lidelser, er gjerne bekymret for barna sine, og mange preges av skyldfølelse (Mevik & Trymbo, 2002). Disse følelsene vil kunne virke inn på hvordan foreldrene har det med seg selv, og kan være relevante temaer gjennom behandlingsforløpet. Dessverre opplever mange pasienter lite rom for dette i terapi, og betydningen av å snakke om barna i terapi, bagatelliseres gjerne av behandlere, tross pasientens ønsker (Mevik & Trymbo, 2002).

Andre studier av COS-P hvor deltakerne ikke mottok samtidig behandling tyder på at intervensjonen kan ha en selvstendig effekt på symptombelastning. Maxwell og kolleger (2021) fant reduksjon i depressive symptomer hos foreldre som gjennomgikk COS-P-kurset, sammenlignet med foreldre i kontrollgruppen. Maupin og kolleger (2017) og Coleman (2014) fant også bedring i depresjonssymptomer etter gjennomført COS-P-kurs. Sistnevnte fant i tillegg reduksjon i angstsymptomer.

Både ”være sammen med”- og ”haimusikk”-konseptene er eksempler på temaer som kan gi kursdeltakere økt forståelse av seg selv, og mulighet for å sette ord på og bli klar over hvilke følelser man selv strever med, og hvilke muligheter man har fått for å få organisert følelsene sine sammen med andre. Økt forståelse og mening til egne erfaringer og symptomer, vil kunne ha potensielt lindrende effekt på symptomer. Å få språk for og innsikt i

egne erfaringer vil også kunne vekke spontan selvomsorg og romslighet for en selv. Dette er prosesser som kan minne om prosesser som kan skje i individualterapi. I tråd med dette kan det argumenteres for at COS-P kan bidra til reduksjon i symptombelastning. Helle og kolleger (submitted) fant i sin kvalitative studie at et av temaene som gikk igjen, handlet om å føle seg i bedre stand til å gjenkjenne, kontekstualisere og normalisere egne emosjoner, reaksjoner, behov og atferdsmønstre. Flere beskrev at de opplevde å se seg selv på mer støttende og forståelsesfulle måter.

Noen forhold ved den aktuelle studien bidrar ytterligere til å komplisere evaluering av symptombedring. De eneste kriteriene for deltakelse er at pasientene er i behandling ved DPS'et, og at de enten har mindreårige barn eller er gravide. Utover dette er gruppen transdiagnostisk, og pasientene varierer med hensyn til hvor langt de er kommet i behandlingsprosessen. Gruppens sammensetning er dermed kompleks, bestående av pasienter med ulike typer psykiske lidelser og ulik symptombelastning ved oppstart. I tråd med dette så en spredning i symptombelastning og depresjonssymptomer både ved oppstart og avslutning. Data for klinisk signifikans for BDI-II viste at 15 deltakere hadde alvorlig depresjon før oppstart av kurset (mellom 29 og 63 poeng), 10 deltakere hadde moderat depresjon (mellom 20 og 28 poeng), 5 deltakere hadde mild depresjon (mellom 14 og 19 poeng), og 11 deltakere var under klinisk cut-off for depresjon (under 14 poeng). Av deltakerne som var over det definerte cut-off for klinisk nivå av depressive plager, så opplevde 10 deltakere reliabel eller klinisk signifikant bedring i depressive symptomer gjennom kursperioden, 18 opplevde ingen bedring, og én viste reliabel forverring. Tatt i betraktning at studien ble gjennomført på en klinisk populasjon, kunne man gjerne tenkt at å delta i COS-P ble for belastende eller også overveldende for pasientene. Å villig utforske seg selv i foreldrerollen, kunne også ført til økt skyldfølelse og opplevelse av å ikke være en god nok forelder, som igjen kunne forverret symptombildet. Basert på funnene våre, ser det i stedet ut til at kurset hovedsakelig ikke ser

ut til å ha hatt negativ effekt på deltakernes symptomer, og at den eventuelle effekten kurset kan ha hatt, har vært positiv. Pasienter med eventuell forverring i symptombylde ble, i henhold til studiens design, ivaretatt i individualterapi.

Andre faktorer som kan ha bidratt til reduksjon i symptomer, inkluderer gruppesituasjonen, både med hensyn til deling av erfaringer, medfølelse fra andre, opplevelse av tilhørighet og en terapeutisk relasjon til gruppelederne. Gjentatt oppmøte og forpliktelse til å delta i gruppen vil også i seg selv kunne bidra til reduksjon i symptombelastning, blant annet med hensyn til eventuell redusert isolasjon. Funnene må derfor tolkes med varsomhet.

Tidligere forskning på sammenheng mellom bedring i symptombelastning og bedring i foreldrefungering, viser noe blandede funn. Det er blant annet funnet at reduksjon i symptomer hos mødre med alvorlig psykisk lidelse, er assosiert med reduksjon i foreldrestress og bedret omsorgsutøvelse ("nurturance") over tid (Kahng et al., 2008). Symptomnivå ved første måletidspunkt hadde ikke vedvarende effekt på foreldrefungering når symptomnivået gikk ned. Remisjon av depresjonssymptomer hos mor er i tråd dette vist å ha positiv innvirkning på psykiske symptomer hos barna. Jo tidligere redusert symptomnivå hos mor, jo mer signifikant reduksjon i symptomer hos barna (Pilowsky et al., 2008). Bedret foreldrefungering ble foreslått som mulig faktor av betydning for sammenhengen, i tillegg til redusert kritisk holdning til barnet og lavere konfliktnivå i ekteskapet som følge av symptomreduksjon hos mor. Forman og kolleger (2007) fant imidlertid ikke samme relasjon mellom redusert symptomnivå hos mødre med alvorlig fødselsdepresjon, bedret foreldrefungering og positive utfall for barna. De fant at mødre i depresjonsbetingelse viste noe signifikant bedring i foreldrestress etter behandling, men at stressnivået fremdeles var høyere enn for mødre i kontrollgruppen. Mødre som gjennomgikk behandling for depresjon, rapporterte lavere tilknytningstrygghet, høyere grad av atferdsproblemer og mer negativt temperament hos barna 18 måneder senere, sammenlignet med mødre i kontrollgruppen.

Forskningsfunnene gir ikke et enhetlig bilde på hvorvidt bedring i symptomer reflekterer bedring i foreldrefungering. Noen studier tyder på at behandling kan føre til bedret fungering i foreldrerolle, mens andre studier finner at dette ikke alltid er tilfelle. Forman og kolleger (2007) argumenterer for at behandling for depresjon i perioden etter fødsel bør fokusere mer eksplisitt på mor-barn-relasjonen i tillegg til på mors symptomer.

### **Tilfredshet med kurset**

Tross ikke-signifikante funn og lave effektstørrelser på de ulike utfallsmålene, fant vi at deltakerne i stor grad var tilfredse med kurset. Deltakerne rapporterte blant annet at behandlingen i stor grad samsvarte med det de ønsket seg og hadde behov for, samt at den i stor grad hjalp dem å håndtere problemene sine på en bedre måte. De vurderte også kvaliteten på behandlingen til å være god, og at de ville anbefalt den videre dersom en venn trengte lignende hjelp. Høyeste gjennomsnittsskåre ble målt for leddet i skalaen som omhandlet hvorvidt de ville kommet tilbake til poliklinikken dersom de skulle søke hjelp på nytt.

Funnene på høy grad av tilfredshet indikerer at kurset i stor grad møtte deltakernes forventninger, og opplevdes meningsfullt og nyttig å delta på. Kanskje kan et slikt funn reflektere at fokus på barnet, og opplevelse av å bli tatt på alvor, sett og hørt i rollen som forelder, opplevdes viktig av deltakerne. En slik tolkning vil være i tråd med tidligere funn på pasienters opplevelse av skyldfølelse og bekymring for egne barn, samt ønske om fokus på barna i behandling (Mevik og Trymbo, 2002). Høy grad av tilfredshet etter gjennomført kurs kan også være relatert til funnet på signifikant symptomreduksjon i løpet av kursperioden. Rapportert tilfredshet kan da antyde at symptomlette har vært en mulig faktor i pasientenes vurdering av kurset. Det er også en mulighet at deltakerne opplevde effekter av kurset som de utvalgte måleinstrumentene ikke har vært i stand til å fange opp. Tidligere studier har funnet

at deltakelse i COS-P kan være relatert til økt mestringstro i foreldrerollen (Maxwell et al., 2021), økt emosjonell tilgjengelighet overfor barnet (Risholm Mothander et al., 2018) og redusert negativ respons på barnets misnøye ubehag og uro (Cassidy et al., 2017). Bedring innenfor områder som dette kan ha forekommet i utvalget vårt, og gjort deltakerne mer sikre på seg selv som forelder, uten at det ble fanget opp av måleinstrumentene som ble benyttet.

Helle og kolleger (submitted) fant i sin kvalitative studie at et flertall av deltakerne i det aktuelle utvalget beskrev COS-P-programmet som en læringsopplevelse med hensyn til egen oppvekst, og hvordan barndomsopplevelser og tidlig etablerte emosjonelle mønstre setter spor og fortsetter å påvirke en som voksen. I tillegg beskrev de en bedret evne til å møte seg selv med en støttende holdning, i form av økt kapasitet til å gjenkjenne, sette i sammenheng og normalisere egne følelser, behov, reaksjoner og atferdsmønstre, og til å håndtere vanskelige følelser mer konstruktivt. Slike beskrivelser, relatert til nye perspektiver på tidlige erfaringer, og endrede holdninger i møte med seg selv, er viktig fordi de fanger opp brukerperspektivet, og sier noe om deltakernes synspunkt på og opplevelse av den mottatte intervensjonen. Både de kvalitative intervjuene og deltakernes responser på CSQ tyder på at COS-P har bidratt på en viktig måte inn i deltakernes liv, som ikke fanges opp av de kvantitative målene vi har valgt å benytte.

En viktig begrensning ved målet på tilfredshet med kurset, er imidlertid at CSQ ikke gir detaljert informasjon om hvilke aspekter ved kurset som opplevdes tilfredsstillende for deltakerne, eller som deltakerne var fornøyd med. Det er dermed vanskelig å si om den målte tilfredsheten handlet om innhold og utfall, eller mer om måten intervensjonen ble gjennomført på.



## **Styrker og begrensninger ved studien**

Studien benyttet et naturalistisk studiedesign, der data ble innhentet i tilknytning til allerede etablerte rutiner for rekruttering og gjennomføring av COS-grupper ved Solli DPS. Et naturalistisk studiedesign har som fordel at det undersøker behandling slik den rutinemessig foregår i en faktisk klinisk setting. Det er imidlertid også tydelige begrensninger knyttet til mangel på kontroll over ulike variabler og liten mulighet for testing av kausale sammenhenger. En rekke faktorer virket samtidig gjennom studieforløpet, og det er vanskelig å skille disse fra hverandre.

Det ble ikke gjennomført noen egen diagnostisk kartlegging som ledd i studien. Registrering av diagnoser hos deltakerne ble derfor basert på journalført primærdiagnose. Den tidligere diagnostiske vurderingen som var blitt gjort av nåværende eller tidligere hovedbehandler, ble ikke kvalitetssikret eller vurdert på nytt. Her er det mulig at symptom bildet kan ha endret seg uten at det ble gjennomført en ny utredning og diagnostisering, eller også at eventuelle tilleggsdiagnoser var mer fremtredende enn primærdiagnosen gjennom intervensjonsperioden. Rekrutteringen ble gjennomført ved at alle behandlere ble opplyst om tilbudet og bedt om å informere pasienter i målgruppen. Her er det verdt å bemerke at flere pasienter i målgruppen gjerne ikke ble spurt, og at enkelte behandlere kan ha latt være å spørre pasientene sine. Tross at tilbudet skal gjelde alle pasienter som har barn, må det antas at ulike behandlere har rekruttert i ulikt omfang.

Uten en kontrollgruppe som gjennomgikk ordinær behandling uten samtidig COS-P-kurs, er det ikke mulig å si noe om hvorvidt funnene viser til resultater av intervensjonen, eller om det var andre faktorer som spilte inn for bedret mentalisering og reduksjon i symptomnivå. Det er også usikkert hvordan bedring i mentalisering kom til uttrykk i omsorgsrelasjonen, da vi ikke undersøkte samspillsituasjonen mellom deltaker og barn.

En annen begrensning ved studien er utvalgsstørrelsen. At utvalget var lite, kan ha hatt betydning for muligheten for å finne signifikante endringer i de ulike målene. Flere av nullfunnene var nesten signifikante. Det er mulig at flere av nullfunnene kunne ha kommet ut som signifikante dersom utvalget var større. Grunnet størrelsen på utvalget, ble det heller ikke mulig å gjennomføre analyser på eventuelle faktorer som kan ha hatt noe å si for utbytte innenfor ulike undergrupper av utvalget. Her ville det for eksempel være nyttig å undersøke om ulike diagnoser var assosiert med ulikt omfang av utbytte. Andre faktorer som kunne vært interessante å undersøke, er hvorvidt alder på deltakernes barn har betydning for resultatet av deltakelse i COS-P.

Noe lav reliabilitet innenfor en av delskalaene på PRFQ (prementaliserende modus) og to av delskalaene på CHQ (omsorgsgivende, skremt) kan tyde på at målene som ble benyttet ikke var tilstrekkelig konsistente. Kanskje ville det vært lettere å finne signifikante endringer med andre skalaer av bedre psykometrisk kvalitet.

Metode og tidspunkt for innsamling av data kan også ha hatt betydning for funnene. Selvutfyllingsskjemaer er mye brukt i klinisk sammenheng og ble vurdert hensiktsmessig for den aktuelle studiens omfang, kontekst og utvalg. Det er imidlertid viktig å bemerke at faktorer som sosial ønskelighet, ønske om å minimere egne symptomer, redusert evne til introspeksjon og begrensede svarkategorier kan påvirke hvilke resultater man får. Innsamling av postdata umiddelbart etter deltakerne fullførte kurset, kan også ha virket inn på eventuelle ”sleeper”-effekter av intervensjonen. Umiddelbar rapportering tar heller ikke i betraktning hvorvidt eventuelle endringer vedvarte i tiden etter kurset.

### **Implikasjoner for videre forskning**

Deltakernes rapportering av tilfredshet med kurset indikerer at kurset opplevdes nyttig og verdifullt å delta på. Kanskje kan videre forskning ved bruk av andre utfallsmål enn de som

ble benyttet i denne studien, fange bedre opp på hvilken måte COS-P kan ha effekt på pasienter ved DPS. For videre forskning anbefales også å inkludere en kontrollgruppe, som kun gjennomgår ordinær behandling ved DPS.

Denne studien inkluderte ikke mål på samspill mellom foreldre og barn. Dette er mer ressurskrevende å samle inn data på, men ville være svært verdifullt for å kunne undersøke hvorvidt eventuelle bedringer i foreldrefungering kommer til uttrykk i den faktiske omsorgsrelasjonen.

### **Kliniske implikasjoner**

Psykisk helsevern for voksne plikter å bidra til å ivareta barn som pårørende. I tråd med tidligere forskning som indikerer at symptombehandling ikke alltid ser ut til å redusere risiko for redusert foreldrefungering, kan intervensjoner som COS-P være relevante tilbud innenfor rammene av psykisk helsevern for voksne. En eventuell positiv effekt av COS-P-deltakelse på mentalisering, foreldrestress og symptombelastning vil da antas å kunne åpne for forebygging av negativ utvikling hos barnet. Foreldrerollen er en essensiell del av mange pasienters liv, og kurssets eksplisitte fokus på relasjon til egne barn og forståelse for deres behov kan dermed bidra til å styrke pasientenes opplevelse av å bli godt ivarettatt.

### **Konklusjon**

Til tross for at COS-P er utbredt, både i Norge og internasjonalt, er det hittil lite forskning på effekt av intervensjonen. Funn fra tidligere studier er blandede, og ingen har studert intervensjonen innenfor rammene av psykisk helsevern for voksne. Hensikten med den aktuelle studien var å undersøke hvorvidt deltakelse på COS-P-kurs kan bidra til å fremme

mentaliserings og redusere opplevelse av stress i foreldrerollen i en populasjon av psykisk syke foreldre.

Vi fant bedring i ett av delmålene på mentalisering hos deltakerne, samt nedgang i symptombelastning. Deltakerne rapporterte i tillegg høy grad av tilfredshet med kurset. Vi fant ikke bedring i opplevd hjelpeløshet/stress i foreldrerollen. For fremtidig forskning kan det med fordel vurderes å bruke bredere eller andre mål på sentrale variabler som mentalisering og foreldrestress, for å sikre at man best fanger opp de endringene man er ute etter å studere.

## Referanser

- Baer, J. C., & Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *24*(3), 187–197 . doi: 10.1080/02646830600821231
- Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C., & Twigg, E. (2005). Suitability and utility of the CORE–OM and CORE–A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *The British Journal of Psychiatry*, *186*(3), 239–246.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Burt, K. B., Van Dulmen, M. H. M., Carlivati, J., Egeland, B., Sroufe, L. A., Forman, D. R., Appleyard, K., & Carlson, E. A. (2005). Mediating links between maternal depression and offspring psychopathology: The importance of independent data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(5), 490–499.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00367.x>

- Camoirano, A. (2017). Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Frontiers in Psychology, 8*  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00014>
- Cassidy, J., Brett, B. E., Gross, J. T., Stern, J. A., Martin, D. R., Mohr, J. J., & Woodhouse, S. S. (2017). Circle of Security-Parenting: A randomized controlled trial in Head Start. *Development and Psychopathology, 29*(2), 651–673.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579417000244>
- Coleman, M. (2014). An attachment-based parenting training program for opiate dependent carers. *Journal of Addiction Research & Therapy, 5*(4), 1–7.  
<https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000201>
- Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B (2009). *Circle of Security: COS-P Facilitator DVD Manual 5.0*. Marycliff Institute, Spokane, WA.
- Crnic, K., & Ross, E. (2017). Parenting stress and parental efficacy. I Deater-Deckard & R. Panneton (Red.). *Parental stress and early child development* (s. 263–284). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-55376-4\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-319-55376-4_11)
- Diamond, C. (2014). *Keeping the baby in mind: The development of a maternal reflective functioning scale for primary health services* [Doktorgradsavhandling]. James Cook University, Cairns, QLD, Australia.

- Elgar, F. J., Mills, R. S. L., McGrath P. J., Waschbusch, D. A., & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*, 943–955.
- Farmer, A. Y., & Lee, S. K. (2011). The effects of parenting stress, perceived mastery, and maternal depression on parent-child interaction. *Journal of Social Service Research*, *37*(5), 516–525. <https://doi.org/10.1080/01488376.2011.607367>
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, *7*(3), 333–343. doi: 10.1080/14616730500269278.
- Forman, D. R., O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E., & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology*, *19*(2), 585–602. doi: 10.1017/S0954579407070289. PMID: 17459185.
- George, C., & Solomon, J. (2011). Caregiving helplessness: The development of a screening measure for disorganized maternal caregiving. I Solomon, J., & George, C. (Red.). *Disorganized attachment and caregiving* (s. 133–166). New York: The Guilford Press.

Gjerde, L. C., Eilertsen, E. M., Reichborn-Kjennerud, T., McAdams, T. A., achrisson, H. D., Zambrana, I. M. Røysamb, E., Kendler, K. S., & Ystrom, E. (2017). Maternal perinatal and concurrent depressive symptoms and child behavior problems: A sibling comparison study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(7), 779–786. doi: 10.1111/jcpp.12704

Groh, A. M., & Narayan, A. J. (2019). Infant attachment insecurity and baseline physiological activity and physiological reactivity to interpersonal stress: A meta analytic review. *Child Development* 90(3), 679–693.  
<https://doi.org/10.1111/cdev.13205>

Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

Helle, J., Vøllestad, J., Schanche, E., & Stige, S. H. (submitted). From seeing difficult behavior to recognizing legitimate needs – A qualitative study of caregivers' experiences of participating in a Circle of Security Parenting Program in a public mental health setting.

Helsedirektoratet (2010). *Barn som pårørende*. Oslo: IS-5/2010.

Horton, E., & Murray, C. (2015). A quantitative exploratory evaluation of the Circle of Security-parenting program with mothers in residential substance-abuse treatment. *Infant Mental Health Journal*, 36(3), 320–336. <https://doi.org/10.1002/imhj.21514>



Huber, A., McMahon, C. A., & Sweller, N. (2015) Efficacy of the 20-week circle of security intervention: Changes in caregiver reflective functioning, representations, and child attachment in an Australian clinical sample. *Infant Mental Health Journal*, 36(6). doi: 10.1002/imhj.21540

Kahng, S. K., Oyserman, D., Bybee, D., & Mowbray, C. (2008). Mothers with serious mental illness: When symptoms decline does parenting improve? *Journal of Family Psychology*, 22(1), 162–166. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.1.162>

Kohlhoff, J., Stein, M., Ha, M., & Mejaha, K. (2016). The circle of security parenting (COS-P) intervention: Pilot evaluation. *Australian Journal of Child and Family Health Nursing*, 13(1), 3–7.  
<https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.140733276138781>

Kvvello, Ø. (2010). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Larsen, G. J. S., Evensen, J. H., & Røssberg, J. I. (2020). Kognitiv adferdsterapi som klasseromsundervisning til pasienter med alvorlige psykoselidelser. *Tidsskrift for kognitiv terapi*.

Little, R. J. A. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198–1202. <https://doi.org/10.1080/01621459.1988.10478722>

- Lobo, F. M., & Lunkenheimer, E. (2020). Understanding the parent-child coregulation patterns shaping child self-regulation. *Developmental Psychology*, *56*(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1037/dev0000926>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *16*(1), 297–325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLoS ONE* *12*(5): e0176218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>
- Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, *25*(4), 318–335. <https://doi.org/10.1002/imhj.20008>
- Maupin, A., Samuel, E., Nappi, S., Heath, J., & Smith, M. (2017). Disseminating a parenting intervention in the community: Experiences from a multi-site evaluation. *Journal of Child & Family Studies*, *26*, 3079–3092. <https://doi:10.1007/s10826-017-0804-7>

- Maxwell, A. M., McMahon, C., Huber, A., Reay, R. E., Hawkins, E., & Barnett, B. (2021). Examining the effectiveness of Circle of Security Parenting (COS-P): A multi-site non-randomized study with waitlist control. *Journal of Child and Family Studies*, 30, 1123–1140. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01932-4>
- Mevik, K., & Trymbo, B. E. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016) *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: The Guilford Press.
- Milgrom, J., & McCloud, P. (1996). Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine*, 12(3), 177–186. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1700\(199607\)12:3<177::AID-SMI699>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1700(199607)12:3<177::AID-SMI699>3.0.CO;2-W)
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67(5), 2512–2526. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01871.x>
- Mykletun, A., & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Del 1: Psykiske lidelser blant voksne i Norge* (Rapport 2009: 8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Nguyen, T. D., Attkisson, C. C., & Stegner, B. L. (1983). Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a Service Evaluation Questionnaire. *Evaluation and Program Planning* 6(3-4), 299–313. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90010-1](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90010-1)

Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P., Talati, A., Tang, M., Hughes, C. W., Garber, J., Malloy, E., King, C., Cerda, G., Sood, A. B., Alpert, J. E., Trivedi, H., Fava, M., Rush, A. J., Wisniewski, S., & Weissman, M. M. (2008). Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: Findings from the STAR\*D-Child study. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1136–1147. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081286>

Powell, B., Cooper, G., Hoffman, M., & Marvin, B. (2014). *The Circle of Security intervention. Enhancing attachment in early parent-child relationships*. New York: The Guilford Press.

Risholm Mothander, P., Furmark, C., & Neander, K. (2018). Adding "Circle of Security-Parenting" to treatment as usual in three Swedish infant mental health clinics. Effects on parents' internal representations and quality of parent-infant interaction. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(3), 262–272. <https://doi.org/10.1111.sjop.12419>

Rosso, A. M., & Airaldi, C. (2016) Intergenerational transmission of reflective functioning. *Frontiers in Psychology*. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01903

- Schore, A., & Schore J. R. (2008) Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9–20.  
<https://doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7>
- Seggar, L. B., Lambert, M. J., & Hansen, N. B. (2002). Assessing clinical significance: Application to the Beck Depression Inventory. *Behavior Therapy*, 33(2), 253 – 269.
- Siqveland, J., & Kornør, H. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Beck Depression Inventory 2. Utgave (BDI II). *PsykTestBarn*, 1(5).doi: 10.21337/0005.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 128(9), 1066–1069.
- Skårderud, F. (2020). Hva er mentalisering? *Psykologisk.no*.
- Sroufe, L. A. (2005) Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood, *Attachment & Human Development*, 7(4), 349–467. doi 10.1080/14616730500365928
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (Rapport 2011: 4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.  
<http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf>
- Tesli, M. S., Handal, M., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Nesvåg, R., Hauge, L. J., & Reneflot, A. (2021). Psykiske

lidelser hos voksne. I *Psykisk helse i Norge* (Rapport). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=&h=1>

Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner. Om tilknytning, traumer og dissosiasjon*. Oslo: Arneberg forlag.

Zeegers, M. A. J., Colonnesi, C., Stams, G-J. J. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1245–1272. doi: 10.1037/bul0000114