

# BACHELOROPPGAVE

## Fødselsdepresjon og barnets utvikling

av  
Maria Nesse  
Kandidatnummer: 110

**Postpartum depression and child development**

Barnevern  
BSV5-300  
Mai 2016



## **Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven *Fødselsdepresjon og barnets utvikling* i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 110

Navn: Maria Nesse

JA  NEI

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>2</b>
1.1 RELEVANS FOR BARNEVERNENSYRKET .....	2
1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSING .....	3
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>3</b>
2.1 METODEVALG .....	3
2.2 LITTERATURSØK OG VALG AV LITTERATUR .....	3
<b>3.0 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	<b>5</b>
3.1 DEPRESJON .....	5
3.1.1 <i>Symptomer</i> .....	5
3.1.2 <i>Årsaker til depresjon</i> .....	6
3.1.3 <i>Forekomst</i> .....	7
3.1.4 <i>Konsekvenser av depresjon</i> .....	7
3.1.5 <i>Behandling</i> .....	9
3.1.6 <i>Ulike typer depresjoner</i> .....	10
3.2 FØDELSDEPRESJON .....	10
3.2.1 <i>Årsaker til fødselsdepresjon</i> .....	11
3.2.2 <i>Konsekvenser av fødselsdepresjon</i> .....	11
3.2.3 <i>Behandling av fødselsdepresjon</i> .....	12
3.3 BARNETS UTVIKLING .....	13
3.3.1 <i>Kognitiv utvikling</i> .....	14
3.3.2 <i>Sosial og følelsesmessig utvikling</i> .....	14
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>15</b>
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>18</b>
5.1 FØDELSDEPRESJON OG BARNETS KOGNITIVE UTVIKLING .....	18
5.2 FØDELSDEPRESJON OG BARNETS SOSIO-EMOSJONELLE UTVIKLING.....	20
5.3 DEPRESSIV EPISODE KONTRA TILBAKEVENDENDE DEPRESJON .....	21
<b>6.0 AVSLUTTENDE KOMMENTARER</b> .....	<b>22</b>
6.1 KONKLUSJON .....	22
6.2 STYRKER OG SVAKHETER .....	23
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>24</b>

## 1.0 Innledning

Barselstiden er for mange kvinner en tid fylt med glede og forventninger, og det å bringe et barn til verden fremstilles gjerne som den største lykke i verden. Slik er det imidlertid ikke for alle. Svangerskap og fødsel er en kritisk tid, og innebærer ikke bare fysiske påkjenninger for kvinnen, men også psykiske. I løpet av relativt kort tid opplever kvinnen å få et stort ansvar som medfører stress og omveltende forandringer. Det kan oppleves vanskelig å måtte forandre sin livsførsel, kanskje spesielt hvis den vordende moren er ung. Tiden etter fødsel er derfor en sårbar periode for kvinnen, hvor hun er ekstra mottakelig for ytterligere påkjenninger. I noen tilfeller kan det føre til at det positive ved livsforandringen overskygges av bekymringer og stress, og kvinnen kan utvikle en fødselsdepresjon. Dette er noe som kan virke uforståelig for både omgivelsene og kvinnen selv, og kan dermed oppleves som tabu. Tilstanden har imidlertid fått mer fokus de siste årene, og flere kjente personer i både Norge og utlandet har stått frem i media og fortalt om egne erfaringer med fødselsdepresjon. Denne oppmerksomheten bidrar til å minske tabuet og øke forståelsen rundt temaet, noe som kan gjøre det lettere for deprimerte mødre å søke hjelp. Dette er viktig, da man ser at fødselsdepresjon medfører konsekvenser for både kvinnen, hennes partner og ikke minst for barnet. Tidligere forskning viser at tilstanden påvirker barnets utvikling på flere områder. I denne oppgaven vil jeg se nærmere på hva fødselsdepresjon innebærer og hvordan det kan føre til en avvikende utvikling hos barnet.

### 1.1 Relevans for barnevernsyrket

Depresjon hos mor reduserer hennes omsorgsevne og tilgjengelighet overfor barnet, og i verste fall kan dette utvikle seg til omsorgssvikt. Formålsparagrafen i Lov om barnevernstjenester presiserer at barnevernet skal ”sikre at barn som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid” (Barnevernloven, 1992). Videre skal barnevernet iverksette hjelpetiltak eller fatte vedtak dersom dette viser seg nødvendig for å gi det enkelte barn gode utviklingsmuligheter (Barnevernloven, 1992). Dette betyr at som barnevernspedagog skal man vurdere det enkelte barns omsorgssituasjon og hjelpe familien med tiltak som kan sikre barnets utvikling. For å kunne gi riktig hjelp, må barnevernspedagogen inneha kunnskaper om hvilke forhold som kan være til skade for barnet, og hvorfor det er skadelig. Forekomsten av fødselsdepresjoner blant nybakte mødre er relativt høy, og angis å ligge et sted mellom 10 og 15 prosent (Slinning & Eberhard-Gran, 2012). Dette gjør det sannsynlig å møte på en slik, eller lignende

problematikk i barnevernet, og man ser at temaet har en barnevernfaglig relevans. Som fremtidig barnevernspedagog vil det være nyttig å belyse emnet for å få en bedre forståelse av hva fødselsdepresjon er, og hva det kan innebære for mors evne til å ivareta barnet og dets utvikling.

## 1.2 Problemstilling og avgrensning

Min problemstilling er som følger:

- *”Hvordan kan fødselsdepresjon hos mor føre til en avvikende utvikling hos barnet?”*

Når jeg tar for meg denne problemstillingen, vil det være med fokus på barnets fem første leveår, da dette er en sårbar tid for barnet. Erfaringene barnet gjør seg i sped- og småbarnsalderen har vist seg å ha stor betydning for utviklingen på flere områder. I denne oppgaven vil jeg fokusere på barnets kognitive, sosiale og emosjonelle utvikling.

## 2.0 Metode

Dalland (2007) beskriver metode som en fremgangsmåte for å fremskaffe data og kjennskap til noe en ønsker å undersøke. Man kan enten gjøre en empirisk undersøkelse ved å innhente data selv, eller gjøre en litteraturstudie, hvor en tar i bruk allerede eksisterende data samlet inn av andre (Støren, 2013). Metodevalget må uansett begrunnes med at den vil gi god informasjon og belyse spørsmålet på en faglig interessant måte (Dalland, 2007).

### 2.1 Metodevalg

Denne oppgaven er en litteraturstudie, og jeg vil ta i bruk allerede eksisterende empiri for å diskutere problemstillingen. Jeg valgte denne fremgangsmåten delvis fordi at oppgavens tema er noe som har blitt forsket mye på i mange år. Jeg har derfor muligheten til å finne mye god informasjon relevant for å besvare problemstillingen på en god måte. Denne metoden vil også være mest hensiktsmessig og praktisk gjennomførbar i forhold til tiden og ressursene jeg har til rådighet.

### 2.2 Litteratursøk og valg av litteratur

Ved valg av litteratur er det viktig å være kildekritisk, og vurdere hvilken relevans og gyldighet litteraturen har for å belyse problemstillingen (Dalland, 2007). Det er også viktig å skille mellom primær- og sekundærlitteratur. Primærlitteratur er litteratur hvor forfatteren presenterer sitt eget forskningsarbeid og gir ny kunnskap om et emne. Sekundærlitteratur derimot, fremstiller og tolker andres arbeid; dette kan for eksempel være lærebøker og

oversiktsartikler (Dalland, 2007). Svakheten her er muligheten for at forfatterne kan ha mistolket andres materiale og fremstilt det på en annen måte enn det var ment (Støren, 2013).

Som nevnt, finnes det mye forskning og litteratur om temaet jeg har valgt. Det ble derfor viktig å spesifisere og avgrense litteratursøkene mine. Tabellen under viser dato for søkene og hvilke databaser, søkekombinasjoner og avgrensinger jeg brukte for å finne relevant litteratur.

Dato	Database	Søkeord/ søkekombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff
27.04.2016	Oria	Postpartum* OR postnatal* AND depression* AND "cognitive development"	Fagfelleverdert	48
			2005-2016	37
		Postpartum* OR postnatal* AND depression* AND social* emotional* development*	Fagfelleverdert	45
			2005-2016	37
28.04.2016	Academic Search Elite	Postpartum or postnatal depression AND cognitive development	Fagfelleverdert	129
		Postpartum or postnatal depression AND cognitive development in children	Fagfelleverdert	53
			2005-2016	43
		Postpartum or postnatal depression AND social emotional development	Fagfelleverdert	28
			2005-2016	24
30.04.2016	Medline	Postpartum or postnatal depression AND cognitive development in children	Fagfelleverdert	9
		Postpartum or postnatal depression AND social emotional development	Fagfelleverdert	18
30.04.2016	Web of Science	Postpartum* OR postnatal* AND depression* AND "cognitive development"	Engelsk 2005-2016 Artikler	181
			2010-2016	150
		Postpartum* OR postnatal* AND depression* AND "social emotional development"	Engelsk 2010-2016 Artikler	15

Søkelogg

Jeg avgrenset søkene til å gjelde nyere forskning og fagfelleverderte artikler, da dette i større grad gir litteraturen kvalitetssikring og validitet. I tillegg vil de nyeste funnene på forskningsområdet være mest vesentlig å anvende i oppgaven.

Med litteratursøkene vist i søkeloggen endte jeg opp med 333 artikler. For å redusere antallet, silte jeg ut artikler på en systematisk måte. Jeg gikk gjennom artiklene jeg oppfattet som relevante ut fra overskrift, og valgte ut noen få ved hjelp av disse kriteriene:

- Det skal være primærlitteratur med forskning gjort av forfatterne selv
- Studien skal ha minst 50 mødre eller barn med i undersøkelsen
- Mødre med fødselsdepresjon eller barna av mødre med depresjon skal være sammenlignet med en kontrollgruppe

Antall siteringer forskningen hadde, ble også tatt med i betraktning, da dette gjerne sier noe om dens troverdighet og relevans for feltet. Jeg prøvde så etter beste evne å plukke ut de mest representative artiklene, og endte til slutt opp med fem forskningsartikler som etter min mening kan bidra til en god drøfting av problemstillingen.

Mens drøftingsdelen består av primærlitteratur, inneholder teoridelen hovedsakelig sekundærlitteratur. Dette er teori innenfor et felt hvor mye kunnskap er godt etablert, og jeg anser derfor sekundærlitteraturen som pålitelig nok til å skape et godt teoretisk rammeverk for oppgaven.

## 3.0 Teoretisk rammeverk

For å belyse oppgavens tema vil jeg ta for meg hva depresjon er og hvordan lidelsen kommer til uttrykk. Deretter vil jeg komme mer spesifikt inn på hva fødselsdepresjon innebærer. Jeg vil også se på hva som anses som normalutvikling hos barn og ulike forhold som kan påvirke utviklingen.

### 3.1 Depresjon

Depresjon er en samlebetegnelse for ulike stemningslidelser, hvor stemningsleie endres, fortrinnsvis i form av nedstemthet. Når en person utvikler en depressiv tilstand, kaller vi det en depressiv episode. Ofte etterfølges tilstanden av flere episoder, og det kalles da en tilbakevendende depressiv lidelse. Etter alvorlighetsgrad og symptomenes omfang skilles det mellom mild, moderat og dyp depresjon (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015).

#### 3.1.1 Symptomer

Depresjon utløser både psykiske og kroppslige symptomer, og svekker evnen til å tenke klart.

I følge diagnosemanualen ICD-10 er kjernesymptomene på en typisk depressiv episode;

- nedsatt stemningsleie som dominerer store deler av dagen
- redusert glede over aktiviteter som vanligvis gir glede
- redusert energi og økt tretthet.

I tillegg kan det være symptomer som;

- redusert konsentrasjon og oppmerksomhet
- overdreven skyldfølelse
- redusert selvfølelse og selvtillit
- pessimistiske tanker om fremtiden

- nedsatt seksuell lyst
- planer og tanker om selvmord
- søvnproblemer og redusert appetitt (Helsedirektoratet, 2016).

Ved mild depresjon må fire eller fem av symptomene være tilstede, hvor minst to av dem er kjernesymptomer. Moderat depresjon krever seks eller syv av symptomene, hvorav to kjernesymptomer, mens en alvorlig depresjon skal ha åtte til ti, inkludert alle kjernesymptomene. Ved alle tre alvorlighetsgradene av depresjon kreves det en varighet på minst to uker for å kunne stille diagnosen (Malt & Morken, 2012).

### 3.1.2 Årsaker til depresjon

Om depresjon skyldes genetiske eller sosiale faktorer er et omdiskutert tema, men det kan antas at årsaken er et samspill mellom genetik og miljøfaktorer (Kringlen, 2012). Man ser også at flere risikofaktorer sammen, utgjør en større risiko for depresjon (Slinning & Eberhard-Gran, 2012).

*Genetiske faktorer:* Blant annet tvillingstudier har vist at arvelige forhold kan medføre en økt sårbarhet og en forhøyet risiko for å utvikle depresjoner. I tillegg vil en personlighet preget av nervøsitet, følsomhet og dårlig selvbilde gi økt risiko for depresjon (Eknes, 2006).

*Vanskelige livshendelser:* Det er en sammenheng mellom vanskelige livshendelser og etterfølgende depresjoner. Omsorgssvikt, traumer og overgrep i barndommen er belastende hendelser som kan utgjøre en sårbarhet for depresjon, spesielt sammen med personlighetstrekkene nevnt ovenfor (Eknes, 2006).

*Stress:* Hos personer med en depresjonssårbarhet, kan stress utløse depresjoner. Langvarig stress øker kroppens produksjon av kortisol, og vil øke sensitiviteten for farer. Dette fører til at man ser farer i situasjoner hvor det er mer hensiktsmessig å være avslappet, og man opplever mindre glede i livet. Dette kan da utløse en depresjon (Eknes, 2006).

*Akutte livshendelser:* Hendelser som skilsmisse, dødsfall, sykdom, arbeidsløshet, dårlig økonomi og mobbing kan utløse depresjoner. Dette er hendelser hvor man gjerne opplever høyt og akutt stress, noe som kan bidra til depresjoner (Eknes, 2006).

*Sosiale forhold:* Det å ikke ha personer å støtte seg til eller snakke med når man har det vanskelig, kan føles tungt og ensomt. På denne måten kan mangelen på et sosialt nettverk og gode relasjoner bidra til å utvikle en depresjon (Eknes, 2006).



### 3.1.3 Forekomst

Depresjon er, sammen med angstlidelser, den vanligste psykiske lidelsen, og mange rammes av en eller annen form for depressiv lidelse i løpet av sitt liv (Kringlen, 2012).

I en studie av Kringlen, Torgersen og Cramer (1999) om forekomsten av psykiske lidelser i Oslo, ble det funnet en livstidsprevalens av depresjon på 9.9 prosent blant mennene, og 24 prosent blant kvinnene. Totalt sett viser dette en livstidsprevalens på 17.8 prosent (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001). En annen studie, av Sandanger, Nygård, Ingebrigtsen, Sørensen og Dalgård (1991), viser til åtte norske undersøkelser fra tidsperioden 1951-1991.

Disse undersøkelsene viser i gjennomsnittet en prevalens på 18.3 blant kvinner og 9.6 blant menn (Sandanger, Nygård, Ingebrigtsen, Sørensen, & Dalgård, 1999).

Begge undersøkelsene viser at forekomsten av depresjon er høyere blant kvinner enn menn, og det er ikke store forskjell i tall. Vi kan dermed anta at forekomsten av lidelsen befinner seg et sted mellom tallene fra disse studiene. Depresjon har vist seg å være en relativt hyppig lidelse i befolkningen som medfører flere konsekvenser på ulike nivå.

### 3.1.4 Konsekvenser av depresjon

I tillegg til, og som følge av symptomene beskrevet tidligere, medfører depresjoner flere konsekvenser for både individet, dets familie og samfunnet.

*Konsekvenser for individet:* Personen som lider av depresjon vil være preget av negative følelser og tanker, og kan få en passiv og apatisk væremåte. Dette sammen med tap av energi og overskudd, kan føre til inaktivitet og en generelt usunn livsstil. Noen kan oppleve å gå mye opp i vekt, og det kan bli enda vanskeligere å komme seg ut av den vonde situasjonen en står i. I tillegg kan det oppstå fysiske smerter i eksempelvis rygg og nakke som følger av stress og spenninger i kroppen (Eknes, 2006). Mange depresjoner kan også fremtre sammen med andre psykiske lidelser som angst og panikklidelse, noe som kompliserer tilstanden ytterligere (Malt & Morken, 2012).

Depresjon gjør det vanskeligere for personen å se løsninger og fungere i hverdagen, og i noen tilfeller kan en ende opp med å selvmedisinere seg med alkohol eller narkotiske stoffer for å dempe symptomene (Eknes, 2006). Ikke bare vil symptomene være plagsomme for individet i hverdagen, men de vil også påvirke personens atferd og hvordan en forholder seg til sine nærmeste. Det er ikke uvanlig at personer med depresjon trekker seg bort fra sosiale sammenhenger, da sosiale krav kan føles uoverkommelige. På denne måten kan en oppleves som avvisende og negativ overfor andre. I tillegg kan irritabiliteten en kjenner på ved

depresjon tas utover de rundt seg, og det kan oppstå konflikter. Dette er vanskelig for de personene som står en nær, og det kan føre til at de trekker seg bort eller blir stående i en vond situasjon (Eknes, 2006).

*Konsekvenser for familien:* De som står nær personer med depresjon opplever dette som en vanskelig og uforutsigbar situasjon. Irritabilitet og aggresjon hos den deprimerte går utover ektefeller og barn. Den deprimerte kan skifte mellom å være passiv og aggressiv, noe som vil være vanskelig for familien å forholde seg til (Eknes, 2006). Dette, sammen med den emosjonelle passiviteten, vil øke stresset og konfliktnivået i familien, som igjen kan føre til fysisk eller psykisk vold. Den begrensede foreldrefunksjonen som følger med depresjonen påvirker barnet direkte. Foreldre-barn-samspillet blir av dårligere kvalitet, da foreldre med depresjon har redusert evne til engasjement, positivitet og empati i samspill med barnet sitt. De har vanskelig for å ivareta barnet og fungere godt som forelder, noe som øker risikoen for omsorgssvikt og mishandling. Dessuten kan det tenkes at det i slike tilfeller kan oppstå parentifisering, hvor barnet påtar seg en voksenrolle med mer ansvar og belastninger enn det som er passende ut fra alder og modenhet (Kvello, 2010). Ektefeller kan også få et stort ansvar når personen med depresjon sliter med å utføre vanlige gjøremål. Samtidig kan den deprimerte bli følelsesmessig avvisende med en redusert seksuell lyst, noe som skaper lite intimitet med partneren, og en distanse i forholdet (Kvello, 2010). Det vil også oppstå ytterligere uro og bekymring i familien dersom den deprimerte uttrykker tanker og planer om selvmord.

*Samfunnsmessige konsekvenser:* Depresjoner har ikke kun konsekvenser for det enkelte individ og dets familie, men har også samfunnsmessige konsekvenser. Som nevnt tidligere, er depresjon en tilbakevendende lidelse for mange, og man kan forbli syk over lang tid. De psykiske og fysiske påkjenningene kan føre til at den deprimerte får høyt sykdomsfravær eller blir arbeidsufør. Ved å miste evnen til å arbeide, mister en også strukturen i hverdagen, kilden til økonomiske ressurser, mestringsfølelse og fellesskapet med andre mennesker. Dette reduserer livskvaliteten ytterligere, og kan påvirke sykdomsforløpet slik at det kan ta lang tid for personen å komme seg tilbake i jobb. På denne måten fører depresjoner og andre psykiske lidelser til at mange mottar sykepenger og uføretrygd, noe som utgjør en samfunnsmessig kostnad (Øverland, Knudsen & Mykletun, 2011). I tillegg ser man at depresjoner utgjør en betydning for dødelighet i befolkningen, da det gir en økt risiko for død av hjerte- og karsykdommer og selvmord (Malt & Morken, 2012).

Depresjoner har konsekvenser for både individet, familien og samfunnet, og kan ha store ringvirkninger. De fleste depresjoner går over av seg selv med tiden, men behandling kan forkorte lidelsen og redusere skadevirkninger.

### 3.1.5 Behandling

Ubehandlete depresjoner vil gå over av seg selv innen ett år, med noe lengre varighet hos kvinner, personer med mindre utdanning og personer i ustabile relasjoner. Likevel vil mange depresjoner være av en tilbakevendende karakter, enten det er én eller flere ganger senere i livet (Malt & Morken, 2012). Målet med behandling vil være å avbryte depresjonen og forebygge nye depressive episoder i fremtiden. For å velge behandlingstype må man ta i betraktning depresjonens alvorlighetsgrad og andre forhold som har betydning i det enkelte tilfellet (Malt & Morken, 2012).

*Kognitiv atferdsterapi*; handler om å endre dysfunksjonelle tankemønstre, og retter seg mot sammenhengen mellom tanker, handlinger og følelser. Det er en målrettet terapi, hvor man avgrensner og definerer problemer, og slik lager små delmål i arbeidet (Eknes, 2006).

*Psykoterapi*; har en målsetting som handler om relasjoner og personlighet. I motsetning til kognitiv atferdsterapi er målet med behandlingen av en mer overordnet karakter. Det dreier seg gjerne om økt affektbevissthet og evne til å gjenkjenne og uttrykke følelser og behov. Det kan også dreie seg om mål knyttet til selvinnsikt og etablering av dypere kontakt med andre (Eknes, 2006).

*Psykoedukasjon*; er en behandling som går ut på å gi pasienter og deres familie kunnskaper om lidelsen. Ved å gi dem informasjon om prognose, og hvordan de kan kommunisere og gjenkjenne lidelsens faresignaler, kan man fremme deres kompetanse til å mestre situasjonen (Skårderud et al., 2015).

*Medikamentell behandling*; brukes gjerne ved alvorlige depresjoner, og da i forbindelse med samtaleterapi. Antidepressiva kan forbedre humør og sinnsstemning hos den deprimerte, og brukes ofte i seks til tolv måneder etter registrert effekt av medikamentet. For noen kan det likevel være nødvendig med lengre behandling for å hindre tilbakefall (Eknes, 2006).

*Elektrokonvulsiv behandling (ECT)*; kan være aktuelt ved de dypeste depresjonene hvor annen behandling ikke når fram (Malt & Morken, 2012). Behandlingen består av elektriske støt som skal øke hjernecellenes følsomhet for viktige signalstoffer og normalisere enkelte negative stoffer. På denne måten kan personen oppleve å bli lettere til sinns og komme ut av den dype depresjonen (Eknes, 2006).

### 3.1.6 Ulike typer depresjoner

*Bipolare lidelser*; kjennetegnes av noen faser med senket stemningsleie og andre faser med mani. Mellom fasene kan det være perioder med normalt stemningsleie. I de maniske episodene preges personen av et stadig godt humør med et høyt aktivitetsnivå, redusert evne til selvkritikk, og økt kreativitetsflyt med mange ideer og impulsive handlinger. På denne måten kan personen ende opp i situasjoner som er skadelige for seg selv og sin økonomi. Både etter og uavhengig av en slik manisk episode, kan en oppleve en depressiv episode med energitap, nedstemthet og tretthet (Malt, Morken, Ødegaard, & Andreassen, 2012).

*Dystymi*; er en kronisk depresjon som varer over flere år. Symptomene her er mindre utpreget, og en kan ha perioder med normalt stemningsleie (Malt & Morken, 2012).

*Cyklotymi*; er en tilstand preget av emosjonelle svingninger. Tilstanden oppleves sjelden så alvorlig at en søker hjelp for den, men det svingende stemningsleiet fører likevel til ustabilitet i forhold til arbeidslivet og de som står en nær (Skårderud et al., 2015).

*Vinterdepresjoner*; opptrer på høsten og videre utover vinterhalvåret. Depresjonen kjennetegnes med energimangel, tretthet, økt søvnbehov og matlyst (Malt & Morken, 2012).

### 3.2 Fødselsdepresjon

Barseltiden medfører store og omfattende forandringer, og er en sårbar periode for kvinnens psykiske helse. De følelsesmessige tilstandene som omhandler stemningsleiet til mor etter fødsel er barseltårer, fødselsdepresjon og barselpsykose (Slinning & Eberhard-Gran, 2012).

*Barseltårer*; er en tilstand som skyldes brå endringer i kvinnens hormonnivå, og betegner dagene etter fødsel når kvinnen er svært emosjonell og lett tar til tårer. Dette regnes som normalt, og forekommer hos 50-80 prosent av alle nybakte mødre, med en varighet på to-tre døgn. Dersom tilstanden forlenges, kan det være et tegn på en begynnende depresjon (Slinning & Eberhard-Gran, 2012).

*Fødselsdepresjon*; eller postpartumdepresjon oppstår etter fødselen, og viser seg som oftest to til fire uker etter fødsel. Fødselsdepresjon kan i likhet med vanlig depresjon variere i alvorlighetsgrad, og oppfyller de samme diagnostiske kravene. Symptomene vil imidlertid påvirkes av situasjonen, og kvinnen kan preges av likegyldighet og lite sensitivitet overfor barnet (Slinning & Eberhard-Gran, 2012). Den nybakte moren føler ikke glede over morskapet, og sliter med å ivareta barnet. Disse negative følelsene i en situasjon som vanligvis gir glede, fører til skyldfølelse hos kvinnen, noe som kan forverre tilstanden

ytterligere (Malt & Morken, 2012). Som nevnt innledningsvis i oppgaven, angis forekomsten å ligge mellom 10 og 15 prosent (Slinning & Eberhard-Gran, 2012).

*Barselpsykose*; er en akutt psykotisk reaksjon, og kan være en begynnende bipolar lidelse, utløst av fødselen. Tilstanden inntreffer etter fødsel og kjennetegnes av en dyp depresjon eller mani og vrangforestillinger eller desorientering. Risikoen for barselpsykose er svært lav, og årsaken regnes som biologisk (Slinning & Eberhard-Gran, 2012).

### 3.2.1 Årsaker til fødselsdepresjon

Det er flere årsaker til fødselsdepresjon, og i likhet med vanlig depresjon, vil flere risikofaktorer sammen utgjøre en større risiko for å utvikle fødselsdepresjon.

Noen risikofaktorer for fødselsdepresjon er:

- depresjoner tidligere i livet
- negative livshendelser
- manglende sosialt nettverk (O'Hara & Swain, 1996).
- aleneansvar
- uventet graviditet
- økonomiske problemer
- konflikter i parforholdet
- forhold ved barnet (Slinning & Eberhard-Gran, 2012).

I motsetning til barseltårer som fremkalles av hormonelle faktorer, utløses fødselsdepresjoner av endringer i livssituasjonen og psykososiale faktorer (Malt & Morken, 2012).

Mens konflikter i parforholdet viser seg som en risikofaktor for å utvikle fødselsdepresjon, ser man at det motsatte vil være en beskyttende faktor. God støtte fra partneren sin, og lite konflikter forholdet er viktige beskyttelsesfaktorer for kvinnens psykiske helse under svangerskap og i ettertid av fødselen (Dennis & Ross, 2006). Andre beskyttelsesfaktorer er; sosialt nettverk med støtte fra familie og venner, og en allerede god fysisk og psykisk helse (Røsand, Slinning, Eberhard-Gran, Røysamb & Tambs, 2011).

### 3.2.2 Konsekvenser av fødselsdepresjon

*For kvinnen*; medfører fødselsdepresjon følelser av skyld og skam, da hun ikke kjenner på morsfølelsen som forventes fra både henne selv og omgivelsene. Mange postpartum deprimerte mødre har vanskelig for å være sensitiv overfor barnet og dets signaler og behov. I tillegg kjenner kvinnen på likegyldighet i forhold til amming og generelt stell av spedbarnet,

og strever med å være emosjonelt tilgjengelig for barnet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Hun sliter også med lite overskudd, irritabilitet og negative tanker, noe som kan føre til en kritisk og negativ, til og med fiendtlig holdning overfor barnet sitt (Kvello, 2010). I tilfeller av dype fødselsdepresjoner kan kvinnen slite med vonde tanker og fantasier om det å skulle komme til å skade seg selv eller spedbarnet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

*For kvinnens partner;* kan det være vondt å se at mor sliter med å være en god omsorgsperson for barnet deres. På grunn av mors vansker med barnet, kan det være nødvendig for partneren å måtte tre inn som hovedomsorgsperson, noe som kan være en uventet og utfordrende rolle å innta. Noen kan oppleve situasjonen så overveldende at de velger å trekke seg bort fra familien i frustrasjon over kvinnens mangelfulle omsorg og deres mangelfulle samliv. I verste fall kan stresset som oppstår hos partneren ved fødselsdepresjon hos mor, også utløse en depresjon hos partneren selv (Lilja, Edhborg & Nissen, 2012). Dette vil i så fall utgjøre en enda større risiko for barnet. Men dersom partneren forblir velfungerende og frisk på tross av omstendighetene, og tar ansvar for barnet, vil det fungere som en viktig beskyttelsesfaktor (Kvello, 2010).

*Spedbarnet;* befinner seg i en sårbar tid i utviklingsprosessen, og er spesielt utsatt dersom mor sliter med fødselsdepresjon. Flere studier har vist at fødselsdepresjon hos mor henger sammen med forstyrrelse av barnets utvikling på flere områder. Murray & Cooper (1996) viser til en sammenheng mellom fødselsdepresjon hos mor og en avvikende kognitiv utvikling hos barnet. 12-18 måneder gamle barn av postpartum deprimerte mødre har vist dårligere resultat på kognitive tester enn barn av ikke-deprimerte mødre. I tillegg har spedbarna mer trass, aggresjon og søvn- og spisevansker. Totalt sett viser de i større grad emosjonelle vansker også senere i førskolealder. Disse funnene gjelder spesielt guttebarna (Murray & Cooper, 1996). I følge Kvello (2010) har barn av deprimerte mødre dårligere emosjonsregulering, og økt risiko for å utvikle sosiale og atferdsmessige vansker. Videre mener han at mors følelsesregister påvirker barnet, slik at barnet selv kan utvikle en sårbarhet for depresjon (Kvello, 2010).

### 3.2.3 Behandling av fødselsdepresjon

For å redusere virkningene fødselsdepresjon kan ha på barnet, er det viktig med tidlig innsats og behandling. Det kan da være av stor betydning at helsepersonellet klarer å fange opp tilstanden hos nybakte mødre. Dette kan gjøres ved hjelp av screeningverktøyet The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). EPDS vil først og fremst benyttes av

helsesøstre på helsestasjonen, rundt seks uker fra fødselen, og gjerne på hjemmebesøk. Selv om screeningen kan gi feil resultat, vil samtaler ved hjemmebesøk likevel gi helsesøster mulighet til å danne seg et bilde av den reelle situasjonen (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

Når det er oppdaget fødselsdepresjon, finnes det flere aktuelle behandlingsmåter, alt etter depresjonens symptomer og alvorlighetsgrad. Det viser seg at psykoedukativ behandling kan være aktuelt i forhold til kvinnens partner og eventuelt andre familiemedlemmer. Denne behandlingsmåten kan bidra til økt forståelse og hjelpe partneren til å tre inn som hovedomsorgsperson, noe som kan lette situasjonen for familien. I tillegg kan psykoterapi og intervensjoner i psykososiale forhold ha god effekt på milde og moderate fødselsdepresjoner (Slinning & Eberhard-Gran, 2012). Videre ser man at støttesamtaler med helsesøster, har vist seg å være effektiv ved depressive plager hos mødre. Dette innebærer ikke at helsesøster gir råd, men heller er en lyttende part i samtaler, hvor det er mor selv som er i fokus (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). En annen behandlingsmetode som har blitt utprøvd i Norge er Marte Meo. Denne metoden fokuserer på interaksjonen mellom mor og barn, og tar i bruk videoopptak av samspillet dem i mellom. Ved å vise mødrene videoopptakene, åpnes det for refleksjoner rundt situasjonen. Dette skal bedre deres evne til å forstå barnet. Bruk av metoden har vist seg å forbedre mor-barn samspillet, og sammenlignet med vanlig behandling, har Marte Meo vist en bedre langtidseffekt på barnets sosiale og emosjonelle utvikling (Høivik, Lydersen, Drugli, Onsøien, Hansen & Nielsen, 2015). Ved alvorlige depresjoner, hvor kvinnen viser manglende evne til egenomsorg og omsorg for barnet, kan det være nødvendig med medikamentell behandling. Det er da snakk om medikamenter som medfører minst mulig risiko for ammende spedbarn, og i kombinasjon med samtalebehandling (Slinning & Eberhard-Gran, 2012).

### 3.3 Barnets utvikling

Dersom barnet utvikler seg skjevt, vil det senere kreve lengre tid, større innsats og høyere intensitet for å etablere viktige funksjoner hos barnet (Håkonsen, 2013). Vi har allerede stadfestet at fødselsdepresjon hos mor kan føre til en avvikende kognitiv, sosial og emosjonell utvikling hos barnet. For å forstå hva dette innebærer, må vi være klar over hva som er normal utvikling.

### 3.3.1 Kognitiv utvikling

Den kognitive utviklingen er en prosess der barnet i større grad evner å oppfatte, forstå og forholde seg til omverdenen.

*0-2 år:* Når barnet befinner seg i seks-syv månedersalderen begynner det å kommunisere vokalt med babling, og rundt ettårsalderen begynner det å uttale sine første ord. I løpet av kort tid øker barnets forståelse av ord betraktelig (Tetzchner, 2001). I denne perioden vil barnet normalt sett bevege seg, ta på ting, og få erfaringer gjennom sansene. Barnet lærer hvordan ting henger sammen, og blir bevisst over handlingene sine og hva det kan oppnå med de. Etter hvert kan barnet koble hvordan det kan bruke eller flytte på gjenstander for å oppnå ønsket effekt, men må fremdeles se gjenstander og mennesker for å kunne utføre slike handlinger (Bunkholdt, 2003).

*2-5 år:* Barnet utvikler evnen til å forstå at ting eksisterer selv om man ikke kan se det, og tåler derfor bedre atskillelser fra foreldrene. I denne alderen har barnet en egosentrisk tankegang, og har vanskelig for å sette seg inn i hvordan andre opplever hendelser. Men med de gode språkferdighetene blir barnet i stand til rollelek og læring, og etter hvert utvikler det evnen til å tenke mer realistisk og se ting fra andres perspektiv (Bunkholdt, 2003).

### 3.3.2 Sosial og følelsesmessig utvikling

For at barnet skal oppnå en god kognitiv utvikling, vil det ha behov for et godt samspill med omgivelsene sine, og det følelsesmessige som er knyttet til dette (Bunkholdt, 2003).

I de første leveårene er det barnets omsorgspersoner som er viktigst i forhold til den sosiale og følelsesmessige utviklingen. Det følelsesmessige båndet dem i mellom ble gitt betegnelsen tilknytning av Bowlby. I følge hans teori har tilknytningskvaliteten betydning for barnets utvikling, da det danner grunnlaget for barnets trygghet, tillit og selvoppfatning. For at barnet skal få en god tilknytning til sine omsorgspersoner, er det avgjørende at den voksne gir barnet nærhet og viser sensitivitet for barnets behov og signaler. En god tilknytning til foreldrene vil gi barnet evnen til å regulere sine følelsesreaksjoner. Dersom barnet ikke lærer dette kan det få en impulsiv og utagerende atferd. Dermed kan man si at emosjonsregulering er en sosial ferdighet, som gir barnet egenskapen til å fungere i samspill med andre, danne relasjoner og få seg venner (Håkonsen, 2013).

I tillegg til påvirkning fra miljøet, vil genetiske forhold spille inn på barnets sosiale og følelsesmessige utvikling. Barnets personlighetstrekk vil påvirke måten det møter verden på



og hvilke reaksjoner det får tilbake. Man ser for eksempel at barnets temperament har en innvirkning på hvordan omsorgspersonene forholder seg til det på, da man reagerer ulikt på ulike temperament. Samspillet her er sirkulært og viser at utvikling er et resultat av en gjensidig påvirkning mellom barnet og miljøet rundt. Hvordan barnet blitt møtt og hvordan det oppfatter omverdenen, påvirker barnets selvoppfatning og videre dets utvikling (Håkonsen, 2013).

Gjennom erfaringer med omsorgspersoner og andre sosiale relasjoner, lærer barnet om det er verdifullt eller ikke, og om en kan ha tillit til andre mennesker. Dette har betydning for hvordan barnet utvikler seg sosialt og følelsesmessig (Bunkholdt, 2003).

*0-8 mnd:* Barnet får sine første erfaringer med omgivelsene gjennom mat og stell. Etter et par måneder begynner barnet å søke mer kontakt, og setter større pris på sosial samhandling, forutsigbare hendelser og lek. I dette fellesskapet fornemmer barnet trygghet, tillit og tilknytning (Håkonsen, 2013).

*15 mnd:* På denne tiden er normalt sett barnets tilknytning til omsorgspersonene etablert, og dersom denne tilknytningen er god, vil barnet føle på trygghet og tillit. Alt etter hvor trygt barnet er og hvor bevisst foreldrene er på følelsesuttrykk, vil barnet fra ettårsalderen begynne å forstå og uttrykke følelsesmessige erfaringer på en passende måte. Språket er begrenset, men barnet kan likevel uttrykke seg og det er et viktig redskap for dets sosiale kontakt (Håkonsen, 2013).

*3-5 år:* Barnet bruker nå språket i større grad, og forteller ofte historier fra sitt eget liv. Historiene utvikler seg i tråd med barnets relasjoner og samhandling med andre, og representerer barnets selvoppfatning (Håkonsen, 2013).

## 4.0 Resultat

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere forskningsartikler som knytter seg opp mot teorien, og som er relevante for å drøfte oppgavens problemstilling.

**Artikkel 1:** Sutter-Dallay, A-L., Murray, L., Dequae-Merchadou, L., Glatigny-Dallay, E., Burgeois, M-L., Verdoux, H. (2010). *A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development.*

*Hensikt:* Undersøke om hvorvidt tidlige symptomer på fødselsdepresjon predikerer barnets utvikling, uavhengig av senere symptomer på depresjon hos mor.

*Metode:* 598 mødre og deres barn ble fulgt opp 3 dager, 6 uker, 3,6,12,18 og 24 måneder etter fødsel. Mødrene ble evaluert med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), og barnas utvikling ble evaluert med Bayley Scales II.

*Resultat:* Barn av mødre med fødselsdepresjon ved 6-ukers screeningen var betydelig mer utsatt for kognitiv skjevutvikling enn barn av ikke-deprimerte mødre. Depresjonens alvorlighetsgrad spilte inn på hvor utsatt barna var; dess mer alvorlig, desto større konsekvenser for barnets utvikling. Dette gjaldt også for depresjonens varighet.

*Konklusjon:* Konsekvensene fødselsdepresjon har på barnets utvikling, kan delvis forklares med tilbakevendende depressive symptomer.

**Artikkel 2:** Stein, A., Malmberg, L.-E., Sylva, K., Barnes, J., Leach, P. (2008). *The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development.*

*Hensikt:* Undersøke om depresjon hos mor og mors omsorgsutøvelse i løpet av barnets første leveår er knyttet til barnets språkutvikling.

*Metode:* 1201 kvinner ble rekruttert fra barneklinner i to ulike områder i England, og fulgt opp frem til barnet var 3 år. Mødre og barn ble evaluert med spørreskjema, intervju og observasjoner i hjemmet. Barnas språk ble evaluert ved 36-månedersalderen.

*Resultat:* Depresjon hos mor det første leveåret var knyttet til dårligere språkutvikling ved 36-månedersalderen, og god omsorgsutøvelse var knyttet til bedre språk. Depresjon var knyttet til dårligere omsorgsutøvelse, men ikke uavhengig knyttet til språk. Det viste seg også at sosioøkonomiske faktorer var knyttet til graden av depresjonens påvirkning, og at depresjonen påvirket omsorgsutøvelsen i større grad hos mindre privilegerte mødre. Uansett predikerte dårlig omsorgsutøvelse dårligere språkutvikling.

*Konklusjon:* Fødselsdepresjon påvirket ikke språket direkte, men hadde en negativ virkning på mors omsorgsutøvelse, som igjen påvirket språket. Sosioøkonomiske faktorer modererte depresjonens påvirkning på omsorgsutøvelsen, og det vil være mest nyttig å fokusere på grupper med lavere sosioøkonomisk status.

### **Artikkel 3:**

Kiernan, K. E., & Mensah, F.K. (2009). *Poverty, Maternal Depression, Family Status and Children's cognitive and Behavioural Development in Early Childhood: A Longitudinal Study.*

*Hensikt:* Undersøke hvordan foreldrenes ressurser i tidlig barndom kan gjøre seg gjeldende i forhold til barnets kognitive og atferdsmessige utvikling. Studien ser på foreldrenes inntekt, mors mentale helse og familiens status, og tar for seg hvordan dette hver for seg eller sammen påvirker barnets velferd. Samtidig vil studien undersøke om langvarig fattigdom og depresjon hos mor er mer skadelig for barnet enn perioder med dette.

*Metode:* 14 777 familier ble innhentet fra the Millennium Cohort Study (MCS). Utvalget var overrepresentert av familier fra områder i England med mye barnefattigdom. De ble fulgt opp med intervju når barna var 11 måneder, og igjen ved tre-årsalderen.

*Resultat:* Det var en sterk sammenheng mellom fattigdom og barnets intellektuelle og atferdsmessige utvikling, og langvarig fattigdom var sterkt knyttet til barnets kognitive utvikling. Depresjon hos mor var sterkt relatert til atferdsproblem hos barn, spesielt langvarig depresjon.

*Konklusjon:* Studien viser at fattigdom og depresjon hos mor påvirker barnets kognitive og atferdsmessige utvikling. Lengre varighet forsterker påvirkningen.

#### **Artikkel 4:**

Walker, M.J., Davis, C., Al-Sahab, B., Tamim, H. (2013). *Reported Maternal Postpartum Depression and Risk of Childhood Psychopathology.*

*Hensikt:* Undersøke sammenhengen mellom fødselsdepresjon og barnas atferdsmessige og emosjonelle utvikling, med andre potensielt viktige faktorer tatt i betraktning.

*Metode:* Med spørreskjema og telefonintervju gjennom the National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY) ble 1357 barn og deres mødre fulgt opp over lengre tid. Fødselsdepresjon hos mødre ble vurdert ut fra de diagnostiske kriteriene i DSM-IV-TR, og barna ble fulgt opp ved 2-3 årsalderen og 4-5 årsalderen.

*Resultat:* Fødselsdepresjon hadde sammenheng med angstlidelser blant 2-3 åringene. I denne aldersgruppen var også en fiendtlig oppdragelsesstil knyttet til hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker, og atferdsvansker. En fiendtlig oppdragelsesstil var i tillegg knyttet til hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker hos 4-5 åringene, samt emosjonelle angstlidelser, atferdsforstyrrelser og indirekte aggresjon.

*Konklusjon:* Funnene i studien antyder ikke at fødselsdepresjon alene fører til atferdsmessige eller emosjonelle forstyrrelser hos barnet, men at symptomene ved fødselsdepresjon kan utgjøre et mellomledd til andre viktige faktorer som forelderens oppdragelsesstil.

## **Artikkel 5:**

Hipwell, A.E., Murray, L., Ducournau, P., & Stein, A. (2005). *The effects of maternal depression and parental conflict on children's peer play.*

*Hensikt:* Undersøke hvordan eksponering av fødselsdepresjon og foreldrekonflikter påvirker barnets sosiale tilpasning utenfor familien, og om varigheten på mors depresjon og kvaliteten på mor-barn samspillet kan være medierende faktorer.

*Metode:* 94 mødre som hadde født ett friskt barn ble rekruttert to måneder etter fødsel og fulgt opp ved barnets 5-årsalder. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime version (SADS-L) ble brukt for å samle inn mødrenes psykiatriske bakgrunn, og ved oppfølgingen hadde 54 av mødrene hatt fødselsdepresjon. Både barna av de postpartum deprimerte mødrene og barna av de friske mødrene ble filmet i hjemmet med en venn i en naturlig lekesituasjon. Et ti-minutters videoopptak av mor og barn ble også gjort for å observere samspillskvaliteten mellom mor og barn.

*Resultat:* Fødselsdepresjon var knyttet til fysisk aggresjon og intens konflikt i lek hos guttene, mens jentene viste verbal aggresjon med nedsettende språk og hoverende atferd. Eksponering av foreldrekonflikter hadde betydning for hvor mye fødselsdepresjonen påvirket barnas aggressivitet i lekesituasjonen.

*Konklusjon:* Direkte eksponering for foreldrenes konflikter påvirker barnas atferd i lek mer enn et svekket mor-barn samspill gjør.

## **5.0 Drøfting**

For å drøfte oppgavens problemstilling vil jeg bruke forskningsartiklene presentert i resultatdelen, og se på ulike aspekter ved temaet.

### **5.1 Fødselsdepresjon og barnets kognitive utvikling**

En studie av Murray & Cooper (1996) har vist at barn av postpartum deprimerte mødre har en dårligere kognitiv utvikling i forhold til barn av ikke-deprimerte mødre. Funnene fra studien av Kiernan & Mensah (2009) finner også dette, men antyder at denne sammenhengen er svakere enn tidligere tenkt. Studien tar for seg flere faktorer enn kun fødselsdepresjon, og hvordan de hver for seg og sammen påvirker barnets utvikling. Her viser det seg at fattigdom utgjør en større risiko for småbarns kognitive utvikling enn hva fødselsdepresjon gjør. Det er likevel slik at flere risikofaktorer sammen utgjør en større risiko for at barnet utvikler seg

skjevt. Dermed kan en tenke at det vil være en enda større risiko for barnet om fattigdom og fødselsdepresjon opptrer sammen. I tillegg ser man at en del andre faktorer spiller inn på hvor stor påvirkning fattigdom og depresjon har på barnets utvikling; barn av mødre med utdanning, eldre mødre og mødre som hadde ammet fikk bedre resultat på kognitive tester i studien, enn barn av mødre uten utdanning, unge mødre og mødre som ikke hadde ammet (Kiernan & Mensah, 2009). Man kan på sett og vis si at tidlige funn på fødselsdepresjon og kognitiv utvikling hos barn stemmer overens med funnene i denne studien. Selv om Kiernan & Mensah (2009) viser til en svak direkte sammenheng mellom fødselsdepresjon og skjev kognitiv utvikling hos barnet, indikerer funnene på at tilstanden i samband med andre faktorer kan utgjøre en betydelig risiko for barnet.

En studie av Stein, Malmberg, Sylva, Barnes, & Leach (2008) har undersøkt en spesifikk del av barnets kognitive utvikling; nemlig språkutviklingen, og hvordan den påvirkes av fødselsdepresjon. I studien kommer det frem at fødselsdepresjon ikke er uavhengig knyttet til barnets språkutvikling. Her er det slik at fødselsdepresjon ikke påvirker barnets språk direkte, men gjennom andre faktorer som gjør seg gjeldende ved depresjon (Stein, et al., (2008). Vi har tidligere i oppgaven sett at depresjon hos mor kan føre til mindre sensitivitet i samspill med barnet og vansker i forhold til stell. Dette er egenskaper som er viktige i mors omsorgsutøvelse, og dersom dette mangler, vil kvaliteten på omsorgsutøvelsen bli dårligere. Stein et al. (2008) har funnet at dårligere omsorgsutøvelse hos mor påvirker barnets språkutvikling. Det kan da tenkes at fødselsdepresjon hos mor påvirker barnets utvikling indirekte gjennom dårligere omsorgsutøvelse. Når barnet får lite respons, og har dårligere samspill med sin omsorgsperson, vil det få færre muligheter for læring. Når mor er i mindre interaksjon og prat med barnet, svekkes muligheten for språkutvikling, som etter hvert vil utgjøre en viktig del av barnets sosiale læring (Stein et al., 2008). Det er likevel ikke slik at alle mødres omsorgsutøvelse påvirkes i like stor grad av fødselsdepresjon. Stein et al. (2008) mener at sikker inntekt og sosialt nettverk vil minske stresset omsorgspersonen opplever, og virke beskyttende på depresjonens påvirkning, mens det motsatte vil utgjøre risikofaktorer (Stein et al., 2008). Vi kan derfor anta at sosioøkonomiske forhold vil være en medierende faktor for hvorvidt mors omsorgsutøvelse påvirkes av depresjonen. Dårligere sosioøkonomiske forhold vil altså føre til at fødselsdepresjon påvirker mors omsorgsutøvelse i større grad. Man kan ta utgangspunkt i at funnene i denne studien er troverdige, da det er brukt en relativt solid metode som baserer seg på mer enn spørreskjema. Det kan oppgis

falske svar på skjema, men med oppfølging av intervju og observasjon sikrer Stein et al. (2008) at funnene i større grad samsvarer med realiteten.

## 5.2 Fødselsdepresjon og barnets sosio-emosjonelle utvikling

Barnets sosiale utvikling handler om hvordan barnet utvikler seg atferdsmessig og hvordan det inngår i samspill med andre. Kiernan & Mensah (2009) viser at fødselsdepresjon er sterkt tilknyttet atferdsproblemer hos småbarn. Murray & Cooper (1996) sine funn om at slike vansker i større grad er knyttet guttene enn jentene, blir motbevist her. I den nyere studien, viser jentene like mye utagering som guttene, men det kommer til uttrykk på en annen måte. I samspill med andre jevnaldrende viste jentene seg som verbalt aggressive og manipulerende med forsøk i å såre den andre parten. Guttene derimot, viste mer fysisk aggresjon rettet mot gjenstander og personer (Hipwell, Ducournau, & Stein, 2005). Hipwell et al. (2005) har stilt spørsmål ved hvorfor disse barna uttrykker aggresjon, og har foreslått foreldrekonflikt som en medierende faktor. Tidligere i oppgaven har vi sett at depresjon hos mor kan føre til et høyt stressnivå i familien, noe som kan gjøre seg spesielt gjeldende dersom familien i tillegg befinner seg i lavinntektsgrupper. Høyt stressnivå kan føre til konflikter mellom foreldrene, og direkte eksponering for konflikter, kan påvirke barnets atferd i samspill med andre; barnet kan avspeile foreldrenes væremåte i lek med andre barn. Dette, sammen med mangel på sensitivitet fra mor, kan forklare barnets aggresjon og dårlige sosiale fungering (Hipwell et al., 2005). Man kan likevel stille spørsmål ved hvorvidt en skjematisk diagnostisering av depresjon hos mødre bidrar til et reelt resultat av studien. Svakheten ved skjema, er at det kan være andre grunner og tilstander til at depresjon gir utslag. Det kan være flere eller færre tilfeller med depresjon i studien enn det som antas, noe som da vil påvirke troverdigheten av funnene. På en annen side kan man tenke at videoopptakene veier opp for dette, da det gir et bedre bilde av virkeligheten, og kan avdekke eventuell feilinformasjon.

Som tidligere forklart kan symptomene ved fødselsdepresjon føre til en fiendtlig holdning overfor barnet. Studien av Walker, Davis, Al-Sahab, & Tamim (2012) har funnet at en fiendtlig oppdragelsesstil som følge av depresjonen er sterkt knyttet til hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker og atferdsvansker hos småbarn. Mødre med depresjon har en tendens til å være inkonsekvent i oppdragelsen, og kan ty til vold i disiplineringen (Walker et al., 2013). Her kan det også tenkes at samsillet hjemme avspeiles i barnets atferd ellers, noe som kan forklare hvorfor barn av postpartum deprimerte mødre tenderer mot å utvikle både atferdsproblemer og emosjonelle vansker. Studien bruker også fiendtlig oppdragelsesstil som

en forklaring på angstlidelser hos småbarn av postpartum deprimerte mødre (Walker et al., 2013). Det kan imidlertid påpekes at disse funnene baserer seg på spørreskjema og telefonintervju. En blir derfor nødt til å stole på at opplysningene som er oppgitt samsvarer med virkeligheten for å beregne funnene som en sannhet.

Hvis vi ser bort fra fiendtlig oppdragelsesstil som en forklaring, er det ikke uventet at man kan finne symptomalogien på angst hos disse barna, uavhengig av andre faktorer.

Stemningslidelser befinner seg i samme kliniske kategori som angstlidelser, og lidelsene har en arvelig faktor. Det vil derfor ikke være unaturlig om barn av deprimerte mødre utvikler symptomer på angst (Walker et al., 2013). Samtidig skriver Kvello (2010) at mors følelsesuttrykk kan påvirke barnets egne følelser. Ved å eksponeres for mors depressive symptomer, kan barnet selv bli sårbar for å utvikle slike symptomer. I tillegg påpeker han at mors mangel på sensitivitet og emosjonelle tilgjengelighet ved depresjon kan være skadelig for barnets utvikling av emosjonsregulering. Dette vil i så fall føre til at barnet uttrykker følelsene sine på en lite adekvat måte, og øke risikoen for at barnet utvikler sosiale, emosjonelle og atferdsmessige vansker (Kvello, 2010). Vi har også sett at barnets tilknytning avhenger av det følelsesmessige båndet mellom barnet og omsorgspersonene. Dersom mor har en negativ væremåte og mangler sensitivitet overfor barnet, vil tilknytningen bli dårlig og påvirke barnets evne til å regulere følelsesreaksjoner. Dette kan komme av at mor selv ikke viser adekvate følelsesmessige reaksjoner i samspill med barnet. På denne måten kan fødselsdepresjon hemme barnets utvikling av den viktige sosiale ferdigheten og emosjonelle tryggheten som ligger i emosjonsregulering. Det må også nevnes at en 20 år lang studie av barn med deprimerte mødre, viser at disse barna ofte utvikler psykiske vansker i tenårene og som ung voksen (Weissman, Wickramaratne, Nomura, Warner, Pilowsky, & Verdelli, 2006). Så selv om barna ikke viser betydelige tegn på emosjonelle vansker i småbarnsalder, kan man risikere at dette fremtrede i senere tid.

### 5.3 Depressiv episode kontra tilbakevendende depresjon

Fødselsdepresjon oppstår i en sensitiv periode for barnet, og kan påvirke dets utvikling.

Allikevel kan man, når den depressive perioden er over, arbeide for å bedre situasjonen og sikre barnet en god utvikling videre. Det er imidlertid mange som opplever at depresjonen vender tilbake, gjerne flere ganger og med ulik varighet. Det kan derfor være av interesse å se nærmere på hvilken betydning det har for barnet om depresjonen viser seg å være vedvarende.

Sutter-Dallay, Murray, Dequae-Merchadou, Glatigny-Dallay, Burgeois, & Verdoux (2010) anslår at depresjonens varighet har betydning for hvor alvorlig konsekvensene vil bli for barnet. Studien antyder at fødselsdepresjonen vil ha større konsekvenser for barnets utvikling dersom den vedvarer og mor opplever kroniske depressive symptomer. Dette stemmer overens med funnene i Kiernan & Mensah (2009), hvor ser man at lang varighet på mors depresjon utgjør en betydelig større risiko for at barnet utvikler seg negativt atferdsmessig og kognitivt. Varighet har ikke blitt vurdert i de andre artiklene, men man kan anta at det negative som følger av depresjon hos mor, vil være mer skadelig for barnet over lengre tid enn for en kortere periode. Selv om en enkeltstående fødselsdepresjon alene kan virke inn på barnets utvikling, vil flere tilbakevendende episoder over lengre tid vil utgjøre en enda større risiko (Sutter-Dallay et al., 2010). Samtidig er vi klar over at det er ulike grader av depresjon, og hvor alvorlig lidelsen er, vil moderere hvordan den kommer til uttrykk overfor barnet. Dermed kan man tenke at depresjonens alvorlighetsgrad også har noe å si for hvor skadelig situasjonen er for barnets utvikling.

## 6.0 Avsluttende kommentarer

I denne oppgaven har jeg tatt for meg hva fødselsdepresjon er, og hvordan det kan føre til en avvikende utvikling hos barnet. Dette er et tema med barnevernfaglig relevans, da det er viktig som barnevernspedagog å forstå hva depresjon hos mor innebærer og hvordan det kan ha betydning for barnets utvikling. Ved å bruke teori og forskning har jeg ønsket å vise sammenhengen mellom fødselsdepresjon og barnets kognitive, sosiale og emosjonelle utvikling. På denne måten har jeg forsøkt å besvare problemstillingen på en så helhetlig måte som mulig.

### 6.1 Konklusjon

Vi har sett at fødselsdepresjon sammen med andre faktorer påvirker barnets utvikling på flere områder. Funnene understreker hvordan flere risikofaktorer sammen utgjør den største risikoen. Flere av studiene i oppgaven viser en svak direkte sammenheng mellom fødselsdepresjon og skjevutvikling hos barnet. Det kan heller se ut til at fødselsdepresjon utgjør et mellomledd til andre risikofaktorer. Man ser for eksempel at dersom depresjonen påvirker mors sensitivitet og omsorgsutøvelse, vil barnet miste viktig sosial interaksjon og læring, noe som kan ha konsekvenser for den kognitive utviklingen. Videre ser man at en fiendtlig holdning hos mor og konflikter i hjemmet kan avspeiles i barnets samspill med jevnaldrende. Dette er noe som kan forklare den sterke tilknytningen fødselsdepresjon har til



atferdsmessige og sosiale vansker hos barnet. I tillegg kan en slik væremåte med lite sensitivitet fra mor, resultere i følelsesmessige vansker. Om dette ikke viser seg i småbarnsalderen, kan emosjonelle vansker likevel opptre på et senere tidspunkt, når barnet er eldre. En ser imidlertid at mors væremåte ved fødselsdepresjon reguleres av ulike faktorer. Blant annet viser det seg at gode sosioøkonomiske forhold er en medierende faktor for hvor mye mors omsorgsevne påvirkes av depresjonen. Trygg økonomi og sosial støtte vil beskytte mot ytterligere bekymringer, og lette situasjonen for mor. I tillegg vil depresjonens alvorlighetsgrad og varighet være med på å avgjøre hvordan mor preges, og dermed hvordan hun opptrer overfor barnet. Disse faktorene har altså betydning for situasjonen i sin helhet, og hvor skadelig den er for barnets utvikling. Jeg vil konkludere med at fødselsdepresjon kan føre til en avvikende utvikling hos barnet gjennom mors uttrykk for lidelsen. Ytre forhold virker inn på hvor mye depresjonen påvirker mor som omsorgsperson, som igjen påvirker barnet. Funnene i oppgaven tydeliggjør hvor sårbare barn er, og at fødselsdepresjon hos mor er noe som kan utgjøre en risiko for barnets utvikling.

## 6.2 Styrker og svakheter

Det finnes både styrker og svakheter ved denne bacheloroppgaven, og man kan blant annet betrakte den anvendte metoden som en svakhet. I stedet for å utføre egen forskning, har jeg oversatt og tatt i bruk forskning gjort av andre, og det foreligger derfor en mulighet for feiltolkning. Allikevel finnes det en styrke i måten jeg har innhentet forskningsartikler på; ved å søke i flere ulike databaser med avgrensninger for årstall, har jeg fått mange treff med nyere forskning. Da dette er første gang jeg har gjort slike litteratursøk, kan man nok finne at søkene ikke var like systematisk som ønskelig. Men jeg har uansett forsøkt etter beste evne å gå gjennom artiklene på en systematisk måte, og har valgt forskning ut fra kriterier som sikrer det en viss reliabilitet. Metodevalget skyldes imidlertid av den begrensede tiden jeg har hatt til rådighet, da jeg mener at en empirisk undersøkelse ville vært lite effektivt og gjennomførbart for å besvare oppgavens problemstilling. Med bedre tid kunne jeg nok også ha satt meg enda mer inn i temaet og gått enda grundigere gjennom forskningen gjort på feltet. Det er likevel en styrke at oppgaven har tatt for seg flere sider ved fødselsdepresjon og barns utvikling. Ved å se på ulike mulige faktorer har jeg belyst problemstillingen fra flere vinkler, og gitt en nyansert fremstilling av temaet. Avslutningsvis vil jeg nevne at studiene anvendt i oppgaven utelukkende gjelder vestlige kulturer, og funnene kan derfor ikke regnes å gjelde andre kulturer.

## Litteraturliste

- Barnevernloven (1992). Lov om barneverntjenester. Hentet 10.04.2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>
- Bunkholdt, V. (2003). *Utviklingspsykologi* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dennis, C., & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588-599.
- Eberhard-Gran, M., & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani : Forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2016). ICD-10: *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. rev.). Hentet 19.04.2016 fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>
- Hipwell, A., Murray, L., Ducournau, P., & Stein, A. (2005). The effects of maternal depression and parental conflict on children's peer play. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 11-23.
- Høivik, M., Lydersen, S., Drugli, M., Onsøien, R., Hansen, M., & Nielsen, T. (2015). Video feedback compared to treatment as usual in families with parent-child interactions problems: A randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 3.
- Håkonsen, K. M. (2013). *Innføring i psykologi*. (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kiernan, K., & Mensah, F. (2009). Poverty, Maternal Depression, Family Status and Children's Cognitive and Behavioural Development in Early Childhood: A Longitudinal Study. 569-588. ISSN 0047-2794.

- Kringlen, E. (2012). *Depresjon*. Stavanger: Hertervig akademisk, Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-8.
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko : Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lilja, G., Edhborg, M., & Nissen, E. (2012). Depressive Mood in Women at Childbirth Predicts Their Mood and Relationship with Infant and Partner during the First Year Postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26.2 (2012): 245-53. Web.
- Malt, U. F., & Morken, G. (2012). Depressive lidelser. I U. F. Malt, O.A. Andreassen, I. Melle & D. Årslund (Red.), *Lærebok i psykiatri*. (s. 409-455). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malt, U. F., Morken, G., Ødegaard, J., & Andreassen, O. A. Bipolare affektive lidelser. I U.F. Malt, O.A. Andreassen, I. Melle & D. Årslund (Red.), *Lærebok i psykiatri*. (s. 459-512). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Murray, L., & Cooper, P. (1996). The impact of postpartum depression on child development. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 55-63.
- O'Hara, M., & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.
- Røsand, G., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Røysamb, E., & Tambs, K. (2011). Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BMC Public Health*, 11, 161.
- Sandanger, I., Nygård, J. F., Ingebrigtsen, G., Sørensen, T., & Dalgard, O.S. (1999). Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(11), 570-579.
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S., Maizels, D., & Engell, S. (2015). *Psykiatriboken : Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Slinning, K., & Eberhard-Gran, M. (2012). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 323-341). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stein, A., Malmberg, L., Sylva, K., Barnes, J., & Leach, P. (2008). The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development. *Child: Care, Health and Development*, 34(5), 603-612.
- Sutter-Dallay, A-L., Murray, L., Dequae-Merchadou, L., Glatigny-Dallay, E., Burgeois, M L., Verdoux, H. (2010). A prospective longitudinal study of the impact of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *European Psychiatry*, 26(8), 484-489.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! : Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm.
- Tetzchner, S. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Walker, M., Davis, J., Al-Sahab, C., & Tamim, B. (2013). Reported Maternal Postpartum Depression and Risk of Childhood Psychopathology. *Maternal and Child Health Journal*, 17(5), 907-917.
- Weissman, M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdeli, H. (2006). Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1001-1008.
- Øverland, S., Knudsen, A. K., & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(8), 739-744.