



BACHELOROPPGAVE

Hvilke konsekvenser har fødselsdepresjon
for samspillet mellom mor og barn?

av
3

Vanja Koi Gjelsvik

Sosialt arbeid

BSV5-300

Mai 2015

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 (Hvilke konsekvenser har fødselsdepresjon for samspillet mellom mor og barn?) 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:

3 Vanja Koi Gjelsvik

JA NEI

Innhold

1.0 Innledning	5
1.1 Introduksjon til emnet	5
1.2 Relevans for yrket «sosialt arbeid»	5
1.3 Problemstilling	6
2.0 Metode	6
3.0 Teori	8
3.1 Depresjon	8
3.2 Symptomer	8
3.3 Ulike typer depresjon	9
3.4 Årsaker til depresjon	10
3.5 Forekomst av depresjon	11
3.6 Konsekvenser av depresjon	11
3.7 Behandling av depresjon	11
3.8 Fødselsdepresjon	13
3.9 Årsaker til fødselsdepresjon	14
3.10 Forebygging og behandling av fødselsdepresjon	15
3.11 Mor-barn samspillet betydning	15
3.12 Transaksjonsmodellen	16
3.13 Stress og kortisol	17
3.14 Selvregulering	17
3.15 Tilknytning	18
3.16 Konsekvenser av utrygg tilknytning	20

4.0 Resultat	21
5.0 Drøfting	24
5.1 Depresjon før fødsel vs fødselsdepresjon	24
5.2 Mors opplevelse av tilknytning	25
5.3 Enkel episode av depresjon kontra kronisk depresjon	26
5.4 Stressnivå	27
6.0 Avsluttende kommentarer	28
6.1 Konklusjon	28
6.2 Hva kan hjelpe?	29
7.0 Avslutning	30
Litteraturliste	31
Søkelogg	34

1.0 Innledning

I denne oppgaven skal jeg se på hva fødselsdepresjon er og hva dette innebærer for kvinnen og hvordan dette kan påvirke hennes omsorgsevne. Spebarnet er avhengig av tilstedeværende og oppmerksomme omsorgspersoner for å sikre god utvikling og trygg tilknytting. For at dette skal være mulig er det avgjørende at samspillet mellom mor og barn er av god kvalitet. Jeg skal i oppgaven belyse konsekvensene fødselsdepresjon kan ha for dette viktige samspillet. Grunnen til at jeg har valgt dette tema er personlig interesse for å vite noe om hvordan fødselsdepresjon kan påvirke samspillet mellom mor og barn, og hvilke konsekvenser et dårlig samspill har for barnets utvikling.

1.1 Introduksjon til emnet

Å få et barn er som regel forbundet med forventninger om en lykkelig del av livet. Opplevelsen av stor begeistring og glede over barnet som er kommet til verden er en allmenn oppfattelse. De aller fleste kvinnene opplever nettopp dette, men ikke alle. Det antas at mellom 3000-9000 kvinner i Norge vil være plaget av nedstemthet og depresjoner i sammenheng med fødsel, hvert år (Kringlen, 2011). Denne tilstanden kan variere i alvorlighetsgrad, fra en lettere til en mer uttalt depresjon.

Samspillet mellom mor og barn vil bli påvirket i større eller mindre grad, alt etter alvorlighetsgrad og varighet på tilstanden, noe som videre kan være en risikofaktor for ulike vansker i barnets utvikling og mulighet til tilknytting (Grøholt, Sommerschild, Garløv, 2011). Mor kan føle seg irritabel, trist og ha skyldfølelse, som kan medføre at hun blir mindre sensitiv til barnets signaler og behov, noe barnet trenger for utvikle seg optimalt både motorisk og følelsesmessig (Moe, Slinning og Hansen, 2010).

1.2 Relevans for yrket «sosialt arbeid»

Kari Killen (2007) uttaler i informasjonsheftet om graviditet og psykisk helse til Rådet for psykisk helse at « fra barnet er født fanger det opp stemninger og sanser fra omgivelsene sine. Er mor deprimert, kan det kanskje holdes skjult for omgivelsene, men ikke for barnet».

Formålet med Lov om barnevernstjenester er « å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid og å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår» (Syse, 2012 s.244). Loven krever i § 2-1 at det skal vedtas og iverksettes tilpassede tiltak og videre i § 3-2 at det skal samarbeides med andre offentlige organer, for å ivareta barnets interesser (Syse, 2012).

Dette betyr at barnevernet er avhengig av samarbeid med andre instanser som har nærmere kontakt med barnet og familien, her fastlege, sykehus og helsestasjon, for å finne de familiene som trenger hjelp (Bunkholt, 1996). Åpenhet rundt psykisk helse har stor betydning for hvilken grad familien ønsker hjelp.

Det er viktig å hjelpe barnet og familien med tiltak som kan sikre barnets utvikling og helse. Barnevernet skal både utrede og sette inn egnede hjelpetiltak (Kvello, 2013). Her er det avgjørende å komme tidlig på banen for å unngå at konsekvensene blir for alvorlige. Kunnskap om fødselsdepresjon generelt og spesielt, vil være gull verdt.

For å bedre forstå hva fødselsdepresjon er og hva dette kan innebære for kvinnen og hennes omsorgsevne og videre hva dette har å si for samspillet mellom mor og barn, må vi ta et dypdykk i litteraturen og forskning.

1.3 Problemstilling

Som problemstilling for oppgaven ønsker jeg å sette fokus på hvilke konsekvenser fødselsdepresjon kan ha for samspillet mellom mor og barn.

Problemstillingen til denne oppgaven har ett hovedspørsmål og ett delspørsmål.

Hovedspørsmålet er: Hvilke konsekvenser har fødselsdepresjon for samspillet mellom mor og barn?

Delspørsmål er: Hvilken betydning har et avvikende samspill for barnets utvikling?

2.0 Metode

Valget av en bestemt metode begrunnes med at den vil gi gode data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2013). Jeg har valgt litteraturstudie,

der jeg bruker allerede innsamlet empiri, for å få en dypere forståelse av valgt tema og for å finne svar på min problemstilling. Meningen med denne type studie er å gjøre seg kjent med den litteratur som er skrevet om et emne, og lage en sammenfatning av den med diskusjon (Aveyard, 2010).

For å finne fram til relevant litteratur, har jeg brukt databasene Academic Search Premier, Oria og Brage. Nøkkelord i søkeprosessen på Academic Search Premier og Oria var postnatal depression*, child development*, attachment* og mother child interaction*. Ved første søk på Oria og bruk av nøkkelord posnatal depression* fikk jeg 873 treff, etter avgrensning av tidsrommet fra 1986-2015 til 2000-2015, ble treff redusert til 800. Videre avgrensning til kun å gjelde artikler og tilføyning av søkeord attachment*, fikk jeg 72 treff. Det siste søkeordet var mother child interactions, endte da opp med 21 treff. Samme søkeprosess ble gjort i Academic Search Premier, og endte her opp med 3 treff. Vurderingen videre gikk ut på å lese sammendrag fra artiklene. Med min problemstilling i bakhodet fant jeg fram til de artiklene som jeg mente var mest relevant.

Litteratur til teoridelen fant jeg hovedsakelig på Oria. Søkeord her var fødsel*, fødselsdepresjon*, mor barn samspill*, barns utvikling* og tilknytning*. Jeg har også fått ideer til litteratur i litteraturlister i tidligere skrevet bacheloroppgaver, som jeg har funnet på Brage. Helsebiblioteket og ICD-10 har jeg brukt til å finne informasjon om krav til og symptomer på diagnosene depresjon/ fødselsdepresjon. Emnet for oppgaven viste seg å være mye litteratur og forskning på, noe som gjorde valgmulighetene mine mange, det viste seg her at avgrensningene som jeg gjorde var nyttig. Jeg har også brukt litteratur som er på pensumlisten til mitt studie.

Ved innsamling av litteratur kan en skille mellom primær- og sekundærkilder. Primærkilder er litteratur skrevet av original forfatter, der forskeren selv har innhentet og tolket eget datamaterialet. Sekundærkilder derimot er tolket og omskrevet av andre enn forskeren som opprinnelig gjorde kunnskapen tilgjengelig (Dalland, 2007). I denne oppgaven vil både primær- og sekundærkilder bli benyttet.

Det er viktig å være kritisk til litteraturen, da det forventes at en skal kunne gjøre rede for hvor kunnskapen kommer fra, noe som også er grunnleggende i forhold til utøvelse av yrket. De svar som jeg gir i min yrkesutøvelse må kunne grunnlegges i teoretisk kunnskap. Jeg skal i oppgaven, så godt jeg kan, vurdere i hvilken grad de teoriene og forskningsresultatene jeg har funnet, lar seg bruke til å beskrive og gi svar på min problemstilling (Dalland, 2007). Jeg har

derfor valgt å bruke anerkjente forfattere som har faglig autoritet innenfor fagfeltet, som for eksempel Øyvind Kvello, Marit Bergum Hansen, Kari Slinning og Marit Moe, i min oppgave. Denne måten å innhente data på kan i følge Dalland (2007) være en ulempe, da den tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste. Min vurdering er at det utført såpass mye forskning og det finnes mye litteratur som omfatter mitt tema og min problemstilling, at det vil gi meg et meget godt grunnlag for oppgaven.

3.0 Teori

Her vil jeg gjøre rede for hva depresjon er, hvilke symptomer, årsaker til og hva forekomsten av depresjoner er. Hvilke konsekvenser kan depresjon medføre og hva tilbys av behandling av depresjon. Jeg vil presentere ulike former for depresjon og til slutt sette lys på fødselsdepresjon.

3.1 Depresjon

I følge Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2010) er en depressiv episode, når en person som tidligere har vært frisk, utvikler en depressiv tilstand. Denne tilstanden kan etterfølges av flere depressive episoder, og blir da kalt tilbakevendende depressiv lidelse. Depresjon blir skilt etter graden av symptomer, og opptrer i formene mild, moderat og dyp depresjon. Mild eller moderat depresjon kan kjennetegnes med at personen lett blir irritabel. Alvorlig depresjon er når personen opplever dype, depressive episoder og tilbakevendende depressiv lidelse (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010). I ICD-10, som er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer, nevnes det at den første episoden kan vare fra uker til måneder, den kan være akutt utløst eller kommet snikende og den kan opptre i alle aldere (Helsedirektoratet, 2009).

3.2 Symptomer

Depresjon viser seg i både kroppslige og psykiske symptomer, og endrer måten en tenker på. Men depresjonen kan også gi somatiske plager (Bjerke og Svebak, 2001). I følge ICD-10 er de viktigste symptomene på depresjon følgende;

- Vedvarende tristhet og håpløshet
- Angst, tomhet eller irritasjon
- Nedsatt evne til å føle glede og interesse
- Svekket selvfølelse og selvtillit
- Selvkritisk
- Nedsatt energi, lavt aktivitetsnivå og trøtthet
- Tidlig oppvåkning og innsøvningsvansker
- Følelse av pessimisme, skyld, mindreverdsfølelse og hjelpeløshet
- Vansker med konsentrasjon, hukommelse og beslutninger
- Tanker på død og selvmord (ICD-10, 2015).

Det blir for mange vanskelig å motivere seg til aktivitet, noe som kan føre til at en blir tafatt, initiativløs, fâmælt og mimikkløs. I tillegg kommer de kroppslige symptomene som dårlig appetitt, vekttap, hodepine, øresus, svimmelhet og forstoppelse. Opplevelsen av somatiske smerter og ubehag kan oppleves økende, og bli en tilleggsfaktor for følelsen av motgang og håpløshet (Bjerke og Svebak, 2011).

3.3 Ulike typer depresjon

Det finnes flere former for depresjon, og forekommer i både alvorlige og lettere former. Det skilles mellom lett, moderat og alvorlig depresjon.

Bipolar lidelse kjennetegnes med at stemningsleiet er senket og hevet. I følge Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2010) arter det seg slik at lidelsen starter med en manisk episode, som gir mye energi, oppspilthet og kreativitet. En lytter sjeldent til hva andre mennesker har å si og mister selvkritikk. Ofte for en kjøpetrang som kan sette en i økonomiske vanskeligheter. Den maniske episoden følges av en depressiv episode, som gir nedsatt energi, nedtrykthet og lavt aktivitetsnivå. Den varer ofte lengere og tar lengere tid å behandle (Skårderud et al., 2010).

Dystymi er en kronisk nedsatt sinnstemning, som blir avløst av kortere perioder av velvære. Symptomer på dystymi er tretthet, gledesløshet og triste tanker (Skårderud et al., 2010).

Cyklotymi fører til følelsesmessige opp- og nedturer, men er sjeldent så alvorlige at en søker hjelp for dem. Disse plutselige svingningene i humøret gjør at en ofte ikke vet hvordan en skal føle, og kan skape ustabile situasjoner i forhold til arbeidslivet og de en har nærmest (Skårderud et al., 2010).

Vinterdepresjon kjennetegnes med at den opptrer i mørketiden. De som blir rammet føler seg trøtte og slitne, mangler energi og får depressive tanker. Denne tilstanden varer i fire-fem måneder og er ofte tilbakevendende (Skårderud et al., 2010).

Fødselsdepresjon er en tilstand der depresjonen oppstår i tilknytning til graviditet, fødsel og spebarnstid (Madsen, 1996). Dette kommer jeg tilbake til under punkt 3.8 Fødselsdepresjon.

For mange som rammes av depresjon, er det ikke uvanlig å ha symptomer som fyller kriterier for to diagnoser. De lidelsene som oftest opptrer samtidig, er depresjon og angst, og ruslidelser og andre stemningslidelser. De som tidligere har vært rammet av en psykisk lidelse har en økt risiko for tilbakefall av psykiske helseplager og lidelser (Brandt og Grenvik, 2010).

3.4 Årsaker til depresjon

Det er sannsynligvis ikke en årsak til hvorfor man blir rammet av depresjon. I følge Kvello (2013) kan et samspill av flere faktorer være utløsende årsak til sykdommen;

Genetiske faktorer; barn av foreldre som er/ har vært rammet av depresjon, vil være i risiko for å utvikle denne lidelsen (Kvello, 2013). Hvis individet har personlighetstrekk som lav selvfølelse, nervøsitet og negativ tankestil, vil det være i faresone for utvikling av depresjon.

Psykososiale forhold; manglende bekreftelse, omsorg og kjærlighet i oppvekst, høye forventninger til prestasjoner til ulike roller og langvarig stress og påkjenninger kan være risikofaktorer (Kvello, 2013). Stress har store virkninger på hjernen, og frigjør «stresshormonet» kortisol fra binyrebarken. Sammen med andre hormoner vil dette over sikt føre til depresjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010)

Emosjonelle tap; alvorlig sykdom eller død hos nærstående personer, sorgen kan bli så overveldende at den kan resultere i følelser som tristhet og apati, som igjen kan føre til

depresjon. Kjærlighetssorg, separasjon eller skilsmisse er andre emosjonelle tap som kan lede til depresjon (Moe, Slinning og Hansen, 2010).

Mobbing/ vold/ overgrep; opplevelse av truende situasjoner, akutte hendelser og trakassering, eksempler her kan være voldtekt, ran eller vold i nære relasjoner (Kvelling, 2013).

Gjennomgående er det slik at jo flere risikoforhold som er tilstede, desto større er risikoen for å utvikle en depresjon (Moe, Slinning og Hansen, 2010).

3.5 Forekomst av depresjon

Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene. Kringlen (2011) nevner at mellom 6 og 12 prosent har depresjon til enhver tid, og at mellom 15 og 20 prosent vil en gang i livet bli rammet av depresjon. Verdens helseorganisasjon har slått fast at depresjon er en av de ledende årsakene til sykdom i verden, og at forekomsten har økt noe de siste ti årene (Helsedirektoratet, 2009). Depresjon er i stor grad en tilbakevendende lidelse.

3.6 Konsekvenser av depresjon

Depresjon har store konsekvenser for de som rammes, men også for familie og nettverk. Tilstanden kan redusere livskvalitet, øke risiko for somatisk sykdom, og forårsake isolasjon og tilbaketrekking, for å nevne noe (Moe, Slinning og Hansen, 2010). Risikoen for å falle ut av arbeidslivet er forhøyet. Statistikk viser at en tredel av alle som mottar uførepensjon har diagnosen psykiske lidelser, herav i stor grad, angst og depresjoner (nav, 2014).

3.7 Behandling av depresjon

I heftet om retningslinjer for behandling av depresjon hos voksne (2009) av Helsedirektoratet, står det beskrevet at målet med behandling er at personen skal bli symptomfri, slik at en kan øke livskvalitet og komme tilbake til arbeid. Dette kan gjøres på ulike måter, men det som er avgjørende for behandlingen, er alvorlighetsgrad, varighet, type depresjon og alder på personen. Noen ganger er det nødvendig med medisiner sammen med annen behandling, som kan være ulike former for samtaleterapi.

Psykoedukasjon; Behandlingen går ut på å informere pasient og de pårørende om lidelsen, som skal gi kunnskap om å unngå stressfaktorer og gjenkjennelse av faresignaler for sykdom, men også fremme pasientens sin evne til å mestre symptomer og mentalt ubehag. Denne formen for behandling kan gis alle psykiske lidelser (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010).

Kognitiv atferdsterapi; Behandlingen retter seg her mot problemløsning og innsikt, i sammenhengen mellom tenking, handlinger og følelser. På bakgrunn av dette identifiserer pasient og behandler underliggende kognitive skjemaer og automatiske tanker. Ved å sette mål og delmål med behandlingen og definere ønskede endringer, utfordrer en de fastlåste tankemønstrene med nye konstruktive måter å handle og tenke på. Kognitiv atferdsterapi er en tidsavgrenset terapiform og er dokumentert å ha god behandlingseffekt (Helsedirektoratet, 2009).

Forebyggende støtteterapi; handler om å hjelpe pasienten med å håndtere livets utfordringer, slik at stressende situasjoner ikke skal oppleves stressende og overveldende og sende pasienten inn i en ny sykdomsperiode (Skårderud et al., 2010).

Meditasjonsbaserte øvelser; Denne metoden anbefales ved moderate til lette depresjoner, og skal hjelpe pasienten til å utvikle evnen til å være tilstede her og nå, og akseptere livet slik det er, også kalt «mindfulness» (Skårderud et al., 2010).

Fysisk trening; Dette er en veldokumentert forebyggings- og behandlingsmetode mot lette og moderate depresjoner. Økt puls produserer kroppens «lykkehormon», endorfiner, som setter i gang en positiv kjedereaksjon i kroppen. En føler seg lettere til sinns, får mer energi, får lyst til å spise sunnere, i tillegg til økt mestrings- og selvfølelse (Helsedirektoratet, 2015).

Behandling med medikamenter er som tidligere nevnt, ofte bruk i tillegg til samtalerapi. Disse antidepressive har en del bivirkninger og får ikke full effekt før cirka 6 uker etter oppstart (Helsedirektoratet, 2009). Dette gjør til at mange slutter, fordi de ikke ser noen virkning eller fordi bivirkningene blir for ubehagelig. Det kan være en økt risiko for selvmord den første tiden, da noen opplever økende angst og uro (Helsedirektoratet, 2009).

3.8 Fødselsdepresjon

I følge Slinning og Eberhard-Gran i Moe, Slinning og Hansen (2012) finnes det ingen annen periode i kvinnens liv hvor hun opplever så store og omfattende endringer på så kort tid, som ved graviditet og fødsel. Kvinnens måte å håndtere disse endringene på, er avhengig av hennes grunnleggende fysiske og psykiske helse. Hvis hun har negative opplevelser og påkjenninger, som for eksempel vanskelig oppvekst, tap av nære personer, økonomiske vansker eller problemer i nære relasjoner, kan det gjøre henne mer sårbar (Moe, Slinning & Hansen, 2007). Det er godt dokumentert at tiden etter en fødsel er en risikoperiode for kvinners psykiske helse (Eberhard-Gran og Slinning, 2007). Det som skiller depresjon etter fødsel fra andre former for depresjoner, er tidspunktet den forekommer. I følge Moe, Slinning og Hansen (2010) deles de følelsesmessige tilstandene etter en fødsel inn i tre kategorier;

Barselstårer eller 3-dagers depresjonen viser seg i dagene etter fødselen. Kvinner tar lett til tårer og føler seg emosjonell. Dette er forbigående og regnes nærmest som en normaltilstand. Årsaker til barselstårer kan være hormonelle faktorer, lite søvn i forbindelse med fødselen og ømme bryst (Moe, Slinning og Hansen, 2007). Denne tilstanden er meget vanlig, og opptrer hos 50-80 prosent av alle nybakte mødre, og varer to-tre døgn.

Fødselsdepresjon eller postpartum depresjon er en depresjon som inntreffer etter fødselen, og kan variere fra en lettere til en mer alvorlig depresjon. Det som skiller fødselsdepresjon fra andre depresjoner er tidspunktet og at det er et spebarn involvert (Eberhart-Gran og Slinning, 2007). Kvinner som opplever denne tilstanden kan bli likegyldig når det gjelder amming og stell av barnet, og mindre sensitiv til barnets signaler og behov. Negative tanker er heller ikke uvanlig. Når den forventede morsfølelsen ikke er tilstede, kan mange føle skyld og skam (Eberhart-Gran og Slinning, 2007). I følge Eberhart-Gran og Slinning (2007) forekommer fødselsdepresjon hos rundt 10-15 prosent av alle kvinner.

Barselspsykose (puerperalpsykose) kjennetegnes som en dyp depresjon eller uvanlig oppstemthet, vrangforestillinger eller desorientering når det kommer til tid, rom eller person, og er en akutt psykotisk reaksjon som kan utløse bipolar lidelse. Tilstanden inntreffer som regel like etter eller i løpet av de første ukene etter fødselen. Dette er en alvorlig tilstand som krever innleggelse (Eberhart-Gran og Slinning, 2007). Risikoen for denne psykosen er i følge Eberhart-Gran og Slinning (2007) 20-25 ganger større i barselperioden enn ellers i livet, men risikoen for å bli rammet er en-to av 1000 fødende kvinner, altså en meget sjelden tilstand.

3.9 Årsaker til fødselsdepresjon

Den gjennomgripende prosessen kvinner gjennomgår i løpet av et svangerskap, fødsel og barseltid, kan oppleves så overveldende, at det kan forkomme psykiske forstyrrelser. Konfrontasjon med egne foreldre, opplevelse av omsorg i egen barndom, forming av egen rolle og ny identitet kan være prosesser kvinner kan få vansker med (Madsen, 1996).

Det er vanskelig å forklare fødselsdepresjon med en årsak, ofte opptrer det flere faktorer samtidig, noe som øker risikoen for å bli rammet. Årsaker som kan nevnes er;

- Tidligere depresjon; opplevd depresjon som barn/ ungdom eller tidligere i voksent liv
- Manglende støtte fra familie og venner, problematisk forhold til partner
- Forhold med barnet; gråt, vanskelig å trøste og mate eller sykdom
- Andre vansker og utfordringer i livet, for eksempel økonomiske problemer (Helsebiblioteket, 2014).

Den nye tilværelsen, som å ta vare på et lite barn er, kan også by på andre utfordringer som kan omfatte;

- Søvnmangel og tretthet
- Følelse av stort ansvar og stress
- Problemer med amming
- Fysiske plager og ubehag
- Hormonelle forandringer (Eberhart-Gran og Slinning, 2007).

Hvis kvinnen i tillegg preges av manglende selvtillit, kan hun føle seg hjelpeløs i den form at hun ikke opplever og å gi barnet den omsorg og kjærlighet det har behov for. Som igjen kan resultere i skyldfølelse. Håpløshet og manglende tro på egne evner kan føre til at hun nedvurderer seg selv som mor (Madsen, 1996).

3.10 Forebygging og behandling av fødselsdepresjon

I følge Brandt og Grenvik (2010) det er gjort flere endringer og forbedringer på helsestasjonene for å bryte tabuer, som psykisk sykdom har vært og som delvis fremdeles er, for å fange opp og sette inn tidlige tiltak for å forebygge og unngå at konsekvensene ved fødselsdepresjon skal bli for omfattende for barnets og mors helse og utvikling. Økt fokus på psykisk helse skal gjøre det lettere for foreldre å be om hjelp (Brandt og Grenvik, 2010). Et redskap for å fange opp deprimerte mødre er The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Dette er et spørreskjema med ti spørsmål om kvinnens psykiske helse, og kartlegger risiko for depresjon hos barselkvinner. Kvinnen svarer selv på spørsmålene, og resultatet forteller om kvinnen er i faresonen for utvikling av fødselsdepresjon. Denne screeningen blir gjennomført mellom 6 uker- 5 måneder etter fødsel (Moe, Slinning og Hansen, 2010).

Moe, Slinning og Hansen (2010) nevner også at det er viktig å fange opp gravide med symptomer på depresjon. Tidligere psykisk sykdom gir grunn til tettere oppfølging under svangerskapet. Grunnen til dette er at det allerede nå er mulighet for å arbeide med den psykologiske tilknytningen til barnet i magen, som kan øke mors sensitivitet i forhold til barnet.

Det finnes gode støtte- og behandlingsmetoder for fødselsdepresjon og intervensjoner for å bedre samspillet mellom mor og barn. Støttesamtale, psykososiale intervensjoner, for å styrke kvinnens nettverk, og psykoterapi er eksempler. Medikamentell behandling kan også tilbys, spesielt hvis kvinnen viser tegn til alvorlig depresjon. Men her er det hensyn å ta hvis mor ammer barnet (Moe, Slinning og Hansen, 2010).

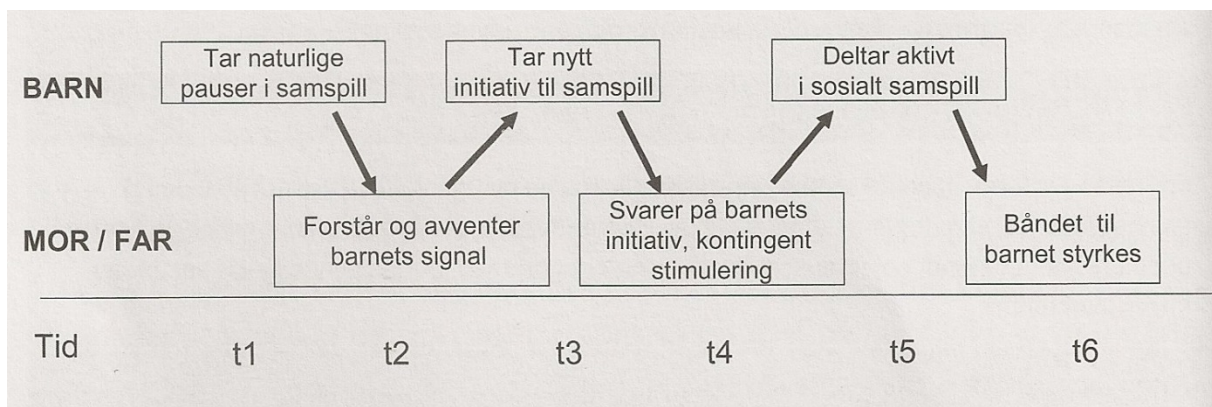
3.11 Mor-barn samspillet betydning

Samspillet mellom mor og barn kan beskrives som en dans. Når dansen skal læres krever det blant annet tålmodighet, evne til å lese og forstå den andre, koordinasjon og motivasjon. I samspill er et av de viktigste prinsippene å vekselvis ta tur, at mor og barn «matcher» hverandre (Brandt og Grenvik, 2010). Gjennom samspill lærer barnet en forventning om sammenheng og kontinuitet mellom egne handlinger og det som skjer i omgivelsene. For at utviklingen skal forløpe som normalt, er barnet avhengig av at foreldrene er tilgjengelige og sensitive for dets signaler og behov. At foreldrene forstår hva barnet prøver å fortelle med kroppsspråk, lyder og signaler, og respondere hensiktsmessig på disse. Dette fordi barnets

selvoppfatning forandres gjennom den tilbakemelding og reaksjoner som blir gitt av sine foreldre (Smith og Ulvund, 1999). Evner de dette vil barnet utvikle et stabilt selvbilde, god selvaksept og en klar identitet. Det vil ha tiltro til at det får oppfylt sine behov, noe som gir trygghet. Når barnet er trygt vil det i større grad utforske sine omgivelser, noe som skaper mestring, som igjen påvirker både den motoriske, kognitive og emosjonelle utviklingen til barnet i positiv retning (Brandt og Grenvik, 2010). Et barn som ikke blir tilstrekkelig sett, forstått og reagert hensiktsmessig på, vil få forestillinger om at det er lite verdt og at andre ikke er til å stole på, noe som videre hindrer barnet i å utvikle seg optimalt (Bunkholdt, 2000).

3.12 Transaksjonsmodellen

Transaksjonsmodellen representerer en grunnleggende måte å forstå barnets utvikling på, og handler om den gjensidige påvirkningen som over tid finner sted mellom barnet og det sosiale miljøet barnet vokser opp i (Moe, Slinning og Hansen, 2010). Barnet er født med en iboende evne til å påbegynne, opprettholde, ta pauser og avslutte samspillet med mor. Dette gjør barnet med bevegelser, lyder og ansiktsmimikk. I et sensitivt samspill vil kommunikasjonen være preget av at mor forstår og avventer barnets signal, barnet tar nytt initiativ til samspill, og mor svarer hensiktsmessig. Eksempel kan være hvis barnet gråter og det får trøst, eller hvis barnet smiler og mor smiler tilbake. Mor kan også for eksempel gjennom smil eller prat, fremkalle reaksjoner hos barnet. Dette samspillet vil over tid gi barnet en forståelse om hvilke signaler som fører til hvilken reaksjon hos mor, og omvendt (Moe et al., 2010). Figur 1 viser transaksjonen av påvirkning, over tid, mellom barnet og miljøet som barnet fødes inn i.



Figur 1 (Brandt og Grenvik, 2010 s.70).

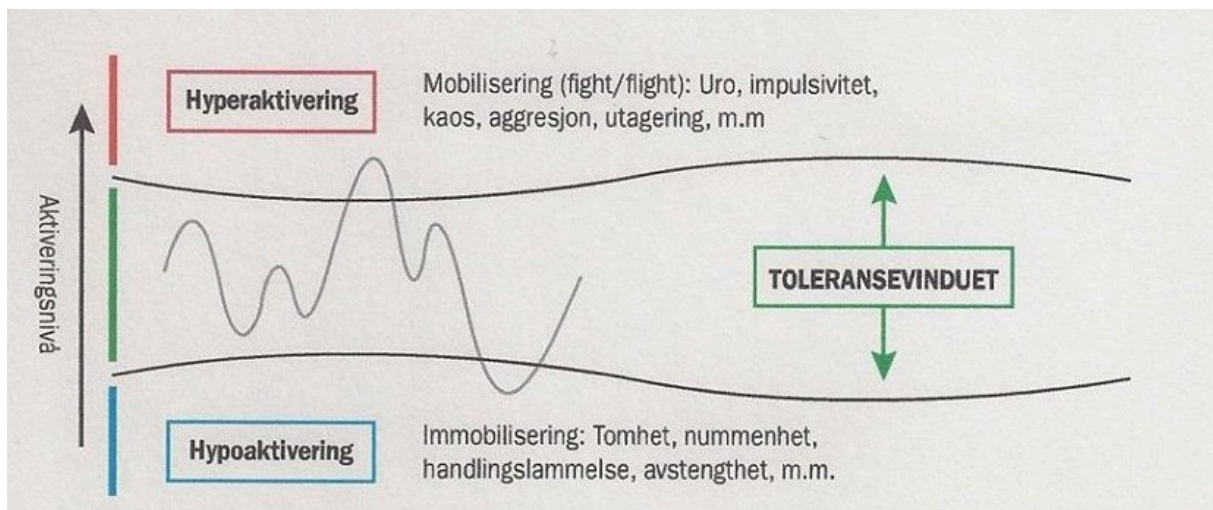
3.13 Stress og kortisol

Det viktigste stresshormonet er kortisol. Kortisol blir produsert av et system kalt HPA-aksen, som er et samvirke mellom hypotalamus, hypofysen og binyrene. Utskillelse av kortisol følger en normal døgnrytme, høyest om morgenen med en jevn nedtrapping gjennom dagen. Inntreffer det derimot en stressende situasjon, vil kortisolnivået stige, og sette kroppen i beredskap for kamp eller flykt (Skårderud et al. 2010). Utskillelse av kortisol blir bestemt av indre biokjemiske prosesser, av fysiologisk stress, som smerte og sult, og av psykologiske faktorer som handler om at noe oppleves som stressende, uforutsigbart og ukontrollerbart (Smith, 2002). Barnet har ulike strategier for å redusere stress og kortisolnivået. Denne strategien er preget av barnets erfaring med foreldrenes respons i stressende situasjoner. Et barn som gjennom erfaring har tro på at foreldrene vil komme det til unnsetning i stressende situasjoner, vil følge et normalt kortisolmønster (Smith, 2002). Derimot vil et barn som har erfaring med manglende trøst og beskyttelse hos foreldrene, i større grad være beredt på å selvregulere stresset. Uforutsigbare foreldre som gir trøst av og til, vil resultere i at barnet gjør alt det kan for å fange foreldrenes oppmerksomhet, og får noen gang redusert stresset. I verste fall vet ikke barnet hvordan det skal redusere stress i samspill med foreldrene. Barn som er utsatt for disse faktorene vil ha et høyere kortisolnivå, enn barn som opplever tilværelsen som responderende, forutsigbar og trygg (Smith, 2002). Redusert samspillskvalitet, er med dette en risikofaktor for barnets stressnivå, og vil kunne resultere i endret kortisolmønster, som igjen kan forstyrre barnets mulighet for optimal utvikling. Langvarig og tilbakevendende depresjon hos mor, kan forstyrre hennes kortisolmønster.

3.14 Selvregulering

Selvregulering handler om barnets evne til å nedtone intensive følelser. Denne evnen erverves gjennom positivt samspill med foreldre, barnet opplever her foreldrene som en trygg base for trøst og beskyttelse. Barnet lærer å kjenne igjen kroppslige signaler i stressede situasjoner, skille følelser og skjønne hva de betyr, kalt selvregulering. På denne måten etablerer barnet noen erfaringer, tanker og ideer om hvordan beskytte seg ved å navigere bort eller «gjøre seg usynlig» under stressede situasjoner og hvordan «komme tilbake» når stresset opphører (Brandt og Grenvik, 2010). Som figur 2 viser, har barnet et aktiveringsnivå som er innenfor et «normalområde», ikke for mye og ikke for lite stimulering, kalt toleransevinduet. Når barnet opplever å være i denne sonen, vil det lære lettest og barnet vil her også være mest tilstede i

forhold til situasjon og relasjon (Braarud og Nordanger, 2014). Når barnet blir overstimulert, hyperaktivert, vil det bevege seg *over* toleransegrensen. Barnets signaler om at «nå er det nok» eller «jeg trenger en pause», blir ikke oppfattet og stimuleringen fortsetter. Med dette vil barnet føle uro og kaos, og reagere med utagering, aggresjon, bortvending og gråt. Motsatt, hvis barnet ikke blir tilstrekkelig stimulert, hypopaktivert, beveger det seg *under* toleransegrensen, og det vil resultere i at barnet blir initiativløst, passivt, stille og numment. Det er viktig å understreke, at hvis barnet befinner seg med noen det er trygg på, vil det tåle mer (Braarud og Nordanger, 2011). Hvilke ressurser barnet har på dette området, er barnets grunnlag for å greie seg på tross av risikofaktorer representert i barnets miljø, som blant annet kan være mors psykiske helse (Brandt og Grenvik, 2010).



Figur 2 (Braarud og Nordanger, 2011 s.534).

Pilen illustrerer tid, for eksempel er toleransevinduet smalt om morgningen, men etter stell og mat er den utvidet.

3.15 Tilknytning

Kvaliteten på samspillet mellom barnet og mor har betydning for hvilken styrke og kvalitet tilknytningen får. I følge Bunkholdt (2000) er barnet i stand til å oppfatte om den omsorg som blir gitt er preget av sensitivitet, avvising eller ambivalens. Barn med trygg tilknytning antas å oppleve mor som tilgjengelig og beskyttende, trygg og pålitelig, en trygg base. Ved utrygg

tilknytning oppleves mor trolig som utilgjengelig, ambivalent og ikke til å stole på (Moe, Slinning og Hansen, (2010). Kvello (2007) viser til fire hovedgrupper for tilknytning;

Trygg tilknytning; Barnet er interessert i og undersøker omgivelsene når det er sammen med mor, og viser tydelig uro ved adskillelse. Når barnet er lei seg søker det trøst og lar seg trøste. Mor oppleves her som sensitiv, tilgjengelig, trygg og forutsigbar. Barnet er balansert og trygt, åpen og positiv i kontakt med andre mennesker (Kvello, 2007).

Utrygg tilknytning, unngående; Barnet viser her liten interesse for og utforske omgivelsene når det er sammen med mor. Det viser liten uro ved adskillelse og unngår kontakt når mor kommer tilbake. Barnet viser interesse overfor fremmede, men kan også ignorere eller unngå dem, slik det gjør med mor. Barnet opplever mor som lite responderende og omsorgsfull at det forsøker å klare seg selv, det forventer ikke omsorg og søker derfor ikke omsorg (Kvello, 2007).

Utrygg tilknytning, ambivalent; Samtidig som dette barnet virker engstelig, og tar lite initiativ til og utforske omgivelsene når det er sammen med mor, reagerer barnet med mye frustrasjon, fortvilelse og sinne ved separasjon. Barnet ønsker åpenbart trøst når mor returnerer, men er ambivalent og lar seg i begrenset grad trøste. Tilbakeholdent overfor fremmede. Her har barnet trolig erfart utilstrekkelighet i omsorgen og uforutsigbare foreldre, og har måttet forsterke sine signaler for å oppnå respons og omsorg. Barnet blir derfor søkende, klamrende og avvisende, tydelig ambivalent. Barnet blir også dårlig på problemløsning og føler seg hjelpeløst (Kvello, 2007).

Desorganisert; Frykt og et sterkt behov for å beskytte seg er stikkord her. Barnet har lært og ikke framprovosere overgrep fra foreldrene, som kan være av både fysisk og seksuell art. Ved stressede situasjoner kan barnet bunnløst gråte, samtidig unngå omsorgspersonen og ikke søke trøst. Barnet preges av fastfrysing av bevegelser, følelsesløshet og virke redd for å utløse sinne hos voksne (Kvello, 2007).

I følge Smith (2002) vil disse tidlige erfaringene av tilknytning gi barnet forestillinger om normer når de forholder seg til andre mennesker, kalt indre arbeidsmodeller. Ved trygg tilknytning vil barnet etablere en trygg arbeidsmodell som forventer et samspill preget av støtte og oppmuntring, som fremkaller positiv adferd overfor barnet, som igjen fører til at barnet fortsetter å være fortrolig. Motsatt vil et barn med utrygg tilknytning ofte være mistroisk eller fiendtlig i sin framtreten, noe som lett kan føre til at barnet blir møtt med

negative reaksjoner. Dette står til de forventninger barnet har, da det er barnets indre arbeidsmodell (Smith, 2002).

Mors indre arbeidsmodell, som kan være preget av psykisk sykdom eller erfaringer av svikt og overgrep i barndommen, vil påvirke mors opplevelse av tilknytning til barnet og dermed også mor- barn samspillet, i følge Madsen (1996). Videre nevner han i denne sammenheng at barnet blir en «bærer» av mors psykiske tilstand, da det internaliserer de reaksjoner mor gir, som avvising, manglende respons og feilregulering, og på den måten kan utrygg tilknytning føres mellom generasjoner. Det er viktig å nevne at disse indre arbeidsmodellene hos mor og barn ikke er fastlåste og uforanderlige, men revideres og oppdateres stadig (Smith, 2002).

3.16 Konsekvenser ved utrygg tilknytning

Barn som er preget av dårlig omsorg, vil vise avvikende mønstre i sin sosiale fungering. Dette vises i atferd som beskrevet i kapitlet om tilknytning, og er et resultat av at omsorgspersoner har utøvd adferd som skiftende sinnsstemning, uforutsigbarhet, trusler og voldelig atferd. Barnet får problemer med å fungere sosialt, er ambivalent, påfallende avvissende, er aggressiv og har et dårlig samspill med andre mennesker. Det er i tillegg ofte trist og tilbakeholdent (Grøholt, Sommerschild og Garløv, 2011). Barnet mangler atferdstrategier, eller gode arbeidsmodeller, for å takle stressede situasjoner. Det har erfart for mange ganger at mor ikke har stilt opp, noe som resulterer i store belastninger på barnets indre, fysiologiske mekanismer og på utviklingen av selvregulering (Brandt og Grenvik, 2010). Negative hendelser oppleves som ukontrollerbare, og likeså følelsene som vekkes i disse. Barnet legger bånd på disse følelsene, og kan derfor for andre oppleves å ikke være berørt av situasjonen, men som i sannheten er fylt av et indre kaos. Over tid kan et mangelfullt omsorgsforhold gi et dårligere stressreguleringssystem, som kan resultere i at barnet skjev utvikles i forhold til hvordan møte og håndtere nye situasjoner og nye opplevelser (Brandt og Grenvik, 2010). Med dette vil barnet, når det blir eldre, klare seg dårlige i barnehage, skole og på andre sosiale arenaer, fordi det mangler erfaring og læring på hvordan samspille og samhandle med andre og hvordan opptre i ulike situasjoner. Dette kan, hvis det ikke fanges opp, få store konsekvenser for barnet, i form av stadig å være i konflikter, dårlig mestringsfølelse, dårlig selvtillit og selvinnsikt med mer. Barnet er til en vær tid i beredskap, klar til å forsvare seg selv, både fysisk og psykisk. Men noen barn med utrygg tilknytning kan også bli den som plager og mobber andre, men det skal sies at det ikke er automatikk i dette (Bunkholdt, 2000). Barnet

med utrygg tilknytning lar seg sjeldent styre av regler og har dårlig evne til å vurdere hvordan dets atferd kan oppleves av andre, og de kan bli avvist av jevnaldrende og av voksne. I følge Bunkholdt (2000) vil også den kognitive utviklingen være berørt av kvaliteten på tilknytningen. Selv om det ikke er tilstrekkelig forskning på dette området, er det ikke vanskelig å tenke seg at et utrygt barn vil ha et dårligere utgangspunkt for læring og mestring enn et trygt barn vil ha.

4.0 Resultat

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere forskningsartikler som er knyttet opp mot teorien jeg hittil har vist til.

Artikkel 1: *Maternal attachment feelings mediate between maternal reports of depression, infant social-emotional development, and parenting stress* av Mason, Briggs og Silver (2011).

Bakgrunn; Studier av fødselsdepresjon viser at mor sliter med interpersonlig kommunikasjon, som øye til øye kontakt, tonefall og følelsesmessige uttrykk. Dette tatt i betraktning er det stor sannsynlighet for at barnets utvikling og tilknytning til mor påvirkes. Barnet lærer, gjennom samspill og kommunikasjon med sine foreldre hvordan relatere seg til andre mennesker. Fødselsdepresjon er funnet å ha negativ effekt på mors tilknytningsstil som igjen påvirker barnets mulighet for utvikling av trygg tilknytning til mor. Forfatterne mener i denne artikkelen at det er viktig og også sette fokus på mors følelse av tilknytning, hvilke forventninger mor har til barnet, og om barnet ble som forventet etter fødsel. Hvis det er et gap mellom forventninger og hvordan barnet faktisk ble, hva gjør det med mors samspill og følelse av tilknytning til barnet? Og hvordan dette videre påvirker barnets sosio-emosjonelle utvikling.

Metode; 232 førstegangsfødende ble bedt om å fylle ut EPDS- skjemaer når barnet var to og seks måneder. Ved to måneder ble mødrene screenet for fødselsdepresjon og deres følelse av tilknytning til barnet ble målt, ved utfylling av spørreskjema. Ved seks måneder rapporterte mødrene om barnets sosio-emosjonelle utvikling og mor-barn samspill.

Funn; Fødselsdepresjon påvirket mors følelse av tilknytning, som igjen hadde innvirkning på barnets sosio-emosjonelle utvikling. Mors manglende følelse av tilknytning til barnet, medvirket, sammen med symptomer på fødselsdepresjon, til negative konsekvenser for barnet i form av skjevutvikling sosio-emosjonelt. Det viste seg altså å være en sammenheng mellom

å score positivt på screening av fødselsdepresjon to måneder etter fødsel og på barnets negative sosial- emosjonell utvikling og et dårlig mor-barn samspill etter seks måneder. Videre undersøkelser viste at tidlig tilknytning var en beskyttende faktor i disse tilfellene (Mason et al., 2011).

Konklusjon; Mors følelse av tilknytning til barnet spiller stor rolle i hvordan kvaliteten på samspillet med barnet blir. Forfatterne mener at når en rekke studier viser at dette samspillet har stor betydning for barnets utvikling, er det viktig å forske videre på dette området.

Artikkel 2: *Maternal Depression and Dyadic Interaction: The role of Maternal Attachment Style* av Flykt, Kanninen, Sinkkonen og Punamaki (2010).

Bakgrunn; Tilknytningsadferd blir aktivert under stress og viktige livshendelser. Mors måte å reagere på barnets tilknytningsadferd, er avgjørende for kvaliteten på det tidlige mor-barn samspillet. Fødselsdepresjon er en risikofaktor for barnets mulighet til optimal utvikling, og er ofte sett i sammenheng med samspill mellom mor og barn. Studien undersøker først hvordan mors tilknytningsstil påvirkes av symptomene på depresjon under svangerskap og fødselsdepresjon og om tilknytningsstil hos mor kunne ha betydning for kvaliteten på mor-barn samspillet. For så å undersøke om en trygg tilknytningsstil kan beskytte mor-barn samspillet fra de negative konsekvensene av mors depresjon. Det ble her brukt spørreskjemaer.

Funn; Kommunikasjon og samhandling med barnet, svekkes av mors symptomer på fødselsdepresjon, noe som ofte resulterer i utrygg tilknytning. Mødrene som hadde en trygg tilknytningsstil var mer følsom og forståelsesfull og deres barn mer samarbeidsvillig, enn mødre med en avvisende tilknytningsstil. Undersøkelsen viste at mødre som hadde symptomer på både prenatal og postnatal depresjon var meget lite responsene og sensitive i sitt samspill med barnet. Videre at symptomer på depresjon før fødsel (prenatal) hadde større innvirkning på mors manglende respons enn symptomer på depresjon etter fødsel. Trygg tilknytningsstil viste seg å være en beskyttende faktor for mor-barn samspillet, mens lite sensitive, lite bekreftende og lite responderende mødre med symptomer på fødselsdepresjon økte risikoen for samspillsproblemer (Flykt et al., 2010).

Artikkel 3: *Cortisol patterns of depressed mothers and their infants are related to maternal-infant interactive behaviours* av Lentourneau, Watson, Duffett-Leger, Hegadoren and Tryphonopoulos (2011).

Bakgrunn; Normal aktivering av hypothalamus-hypofyse-binyre (HPA) funksjonen på stress resulterer i en rekke psykologiske reaksjoner og adferd som setter barnet eller moren istand til å håndtere stress på en hensiktsmessig måte. Endrede kortisol mønstre hos mor og barn kommer av stressrelaterte forhold som overaktiverer hypothalamus-hypofyse-binyre (HPA) funksjonen, og påvirker kognisjon, hukommelse, selvregulering og adferd negativt. Økte kortisolverdier sees i sammenheng med depresjon, angst og sosial tilbaketrekking.

Metode; Studien bruker Barnards Child Health Assessment Model for å utforske påvirkninger på mors og barnets dagaktive kortisol mønstre for å sammenligne de med kortisol mønstre hos mor og barn som er berørt av fødselsdepresjon.

Funn; Resultatene viste at det å få et for tidlig født barn økte de totale kortisolverdiene, men viste nedgang i dagnivået i kortisol mønstrene hos mødre. Vanskelig livssituasjon viste seg å påvirke kortisolnivået hos mor negativt. For barnet var det positivt med god kvalitet på mor-barn samspillet for å synke kortisolverdien, samt styrke den kognitive og den sosio-emosjonelle utviklingen (Lentourneau et al., 2011).

Konklusjon; Når mor og barn rammes av symptomer på fødselsdepresjon, sammen med risikofaktorer i miljøet, er de i fare for å opprettholde høye kortisolverdier. Reduksjon av stressfaktorer, har en positiv effekt på kortisolverdiene hos mor. Kvaliteten på samspillet mellom mor og barn viste å redusere kortisolverdiene hos barnet.

Artikkel 4: *A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development* er en artikkel av Sutter-Dallay, Murray, Dequae-Merchadou, Glatigny-Dallay, Bourgeois og Verdoux (2010).

Bakgrunn; Kvinner som rammes av fødselsdepresjon har et adferdsmønster som representerer en risikofaktor for barnets utvikling. Spedbarnet er avhengig av at mor er sensitiv og forutsigbar i hennes kommunikasjon, og spiller en nøkkelrolle i forhold til barnets utvikling. Forfatterne viser til en studie hvor det ble gjort funn av sammenheng mellom symptomer på fødselsdepresjon og barns kognitive skjevutvikling i aldre av fire og elleve år. Denne studien undersøker om tidlige symptomer på fødselsdepresjon predikerer barns utvikling, uavhengig av senere symptomer på fødselsdepresjon.

Metode; Mødrene gjennomførte en psykologisk test når de var gravide i tredje semester. Studien varte over to år. Mødrene ble screenet med EPDS, 3 dager, 6 uker og 3,6,12,18 og 24 måneder etter fødsel. Barna ble screenet med Bayles Scales II, som undersøker om barna

utvikler seg som forventet, kognitivt, språklig, samt personlig og sosiale ferdigheter, i forhold til alder.

Funn; Barn av mødre som ved seks ukers screeningen viste symptomer på fødselsdepresjon, var betydelig mer utsatt for kognitiv skjevutvikling enn de barna som hadde symptomfrie mødre. Dess flere symptomer som er tilstede etter seks uker etter nedkomst, desto større konsekvenser for barnets kognitive utvikling.

Konklusjon; Konsekvensen av tidlige symptomer på fødselsdepresjon påvirker barnets utvikling, kan delvis forklares med kroniske depressive symptomer (Sutter-Dallay et al., 2010).

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte de ulike spørsmålene mine i min problemstilling. Jeg vil diskutere artiklene hver for seg, i forhold til den spesifikke problemstillingen i artikkelen.

5.1 Depresjon under svangerskap vs fødselsdepresjon

Forstyrrelser i miljøet før og samspillet etter fødsel er risikofaktorer for skjevutvikling hos barnet. Disse forstyrrelsene kan handle om samlivskonflikter, tidligere opplevd depresjon eller negativ erfaring fra egen oppvekst (Kvello, 2007). Depresjon fører ofte til isolasjon og ensomhet, og spebarnet blir mye sammen med mor alene. Hvis da mors depressive stemningsleie er den relasjonserfaringen barnet blir eksponert for, vil det kunne få følger for barnets sosio-emosjonelle og kognitive utvikling (Moe, Slinning og Hansen, 2010). Det kan tenkes at det ikke alltid er klart for mor hva det er som plager henne, og derfor ikke ber om hjelp til det som føles vanskelig.

Flykt et al. (2010) finner i sin artikkel at kvinner som har symptomer på depresjon *under* svangerskapet, vil oppleve større konsekvenser for samspillet med barnet, enn kvinner som viser symptomer på depresjon *etter* fødsel. Madsen (1996) nevner at hvis mor bærer på dype opplevelser av svikt i sin barndom, eller andre kriser i livet, som ikke er bearbeidet, vil dette kunne utløse en depresjon og sette sperre for samspill med eget barn, allerede under svangerskapet. Flykt et al. (2010) påpeker i sin artikkel at depresjon under svangerskapet er

spesielt skadelig for det tidlige samspillet. Risikoen for utvikling av depresjon under svangerskap øker dersom mor har en komplisert graviditet. En kombinasjon av både depresjon før og etter fødsel, viser seg i følge Flykt et al. (2010) å være den mest skadelige situasjon for barnet. Dette begrunnes med at samspillet mellom mor og barn preges av mors manglende evne til innlevelse, manglende sensitivitet og uforutsigbarhet. Hormonelle forandringer og barnets evne til selvregulering blir også nevnt som risikofaktorer (Flykt et al., 2010). Men Smith (2002) understreker at barn som har vært utsatt for omsorgssvikt, likevel kan bli vurdert som trygge i sin tilknytningsstil. Det som er avgjørende her er i hvilken grad mor er sensitiv. Har mor til tross for sine depressive symptomer, høy grad av sensitivitet, vil dette være en beskyttende faktor. Mor vil her forstå barnets signaler og behov, hun vil også ha evnen til å regulere sin adferd hensiktsmessig i forhold til hva barnet prøver å fortelle (Smith, 2002). Det kan tenkes ut fra dette, at det som er fremtredende i kvinnens liv, gjerne før unnfangelsen, vil følge kvinnen gjennom hele svangerskapet og videre etter fødsel. Har hun opplevd store belastninger vil det påvirke hennes omsorgsevne negativt. Om hun får hjelp til bearbeiding av disse vil være avgjørende for kvaliteten på det tidlige mor-barn samspillet.

5.2 Mors opplevelse av tilknytning

Utviklingen av forventninger til barnet, begynner allerede under svangerskapet i form av et «fantasert» barn. Denne indre forestillingen av barnet omhandler blant annet barnets personlighet, egenskaper og identitet. Men mor gjør seg også noen tanker om hvordan det vil bli å være mor og om det å yte omsorg for barnet. Disse tankene er nært relatert til hennes egen oppvekst og hvordan hun opplevde omsorg i barndommen (Madsen, 1996). Hva skjer da hvis barnet og følelsen om å bli mor ikke står til forventningene? Hvis mor opplever tilværelsen som overveldende og u håndterbar, og utvikler en fødselsdepresjon?

Mason, Briggs og Silver (2011) nevner at barnet lærer å forstå verden gjennom samspill og kommunikasjon, og er avhengig av et godt fungerende mor-barn samspill for optimal utvikling og trygg tilknytning. Mors strategi for hvordan respondere på barnet, vil være preget av de arbeidsmodellene hun har etablert av tidligere erfaringer. Er mor deprimert blir hun ufokusert, uforutsigbar, lite oppmerksom på miljøet rundt seg, opptatt av bekymringer og plager. Hun setter sine egne behov foran barnets signaler og behov. Hvis barnet er vanskelig å mate, gråter mye og er utilpass kan det påvirke mors følelse av tilknytning. Hun kan føle seg avvist av barnet og nedvurdere sine evner som mor, noe som negativt vil prege hvordan hun

samspiller med barnet. Resultatet av dette kan bli et utrygt barn som ikke skjønner sammenhenger, ikke tør å stole på mor og føler seg ikke er verdt å være glad i (Mason et al., 2011). I følge Mason et al. (2011) utvikler barnet indre arbeidsmodeller som forteller at det må forsterke sine signaler for å bryte gjennom mors depresjon. Med disse forstekende signalene kan barnet oppleves som krevende og vanskelig, som igjen vil prege mors respons. Det er gjort observasjoner av litt eldre barn i samspill med deprimerte mødre, disse viser at mor i liten grad forklarer hva og hvorfor hun gjør ting, slik at det blir vanskelig for barnet å lære seg gode strategier for problemløsning (Kvello, 2007). I følge Kvello (2007) er det viktig å prate med barnet for å utvikle trygg tilknytning, trygge god språkutvikling og lære sosiale ferdigheter. Ved å hjelpe mor til bedre å forstå hva barnet uttrykker og føler, samt etablere nye strategier for hvordan hensiktsmessig respondere på barnet, vil øke mors sensitivitet og følelse av empati (Slinning et al., 2010).

5.3 Enkel episode av depresjon kontra kronisk depresjon

Fødselsdepresjon gir anledning til et dårlig samspill med barnet i den aller viktigste perioden for barnets utvikling. Jo yngre barnet er, desto mer avhengig er det av velfungerende foreldre. Barnet opplever livet og trenes i å mestre egne livsfunksjoner gjennom kontakten med foreldrene, og den måten barnet stimuleres på i spedbarnsalder, vil prege utviklingen videre (Blinkenberg, 2003). Barnet lærer å forstå sammenhenger i handling, at når «jeg gjør slik, da skjer...». De bruker ansiktsuttrykk, lyder og bevegelser for å fange foreldrenes oppmerksomhet, og ved lærte tilbakemeldinger fra foreldrene, har barnet en forventning for hva respons foreldrene gir (Smith og Ulvund, 1999). Lystbetonte samspill, er i høy grad preget av oppmerksomhet, noe som viser seg å være fraværende ved en fødselsdepresjon. Mors tilstand fører til mangelfull initiativ til samspill, negativisme, irritabilitet og emosjonell fjernhet og kan vurderes til å være en hovedfaktor for hvorfor barnet utvikler utrygg tilknytningsstil (Kvello, 2007), noe som igjen blir forklaringen for atferdsvansker hos barnet. Hvis depresjonen varer over tid eller er tilbakevendende, er det viktig med støtte og omsorg fra støtteapparatet rundt kvinnen. Far har i dag en større rolle i barnets liv, enn før. Permisjonsordningen er et eksempel på fars mulighet til å være mer tilstede og mer deltakende i barnets oppvekst. Dette kan i tillegg kan være en beskyttende faktor hvis mor opplever fødselsdepresjon. Men også familie og nettverk kan være god støtte for mor i en vanskelig tid (Eberhart-Gran og Slinning, 2007). Det kan antas at noe av grunnen til at

nettverket ikke er mer tilstede for nybakte foreldre, er at det i dagens samfunn legges stor vekt på selvstendighet, ikke be om for mye hjelp, da det kan føles som et nederlag. På den andre siden tenker jeg at støtteapparatet føler at en ikke vil forstyrre og mase, og av den grunn holder litt avstand.

Graden av og hvor lenge depresjonen preger mor vil ha betydning for hvor alvorlig konsekvensene for barnet vil bli. Det viser seg nemlig det at dess flere symptomer på fødselsdepresjon som er stede, desto større konsekvenser for barnets utvikling (Sutter-Dallay et al., 2010). Det kan også tenkes at det å utvikle en depresjon i sammenheng med fødsel kan virke som en ekstra stor sorg, fordi forventningene er at en skal være lykkelig.

5.4 Stressnivå

I følge Kvello (2007) har barn av deprimerte mødre et høyt stressnivå, negativisme, unngåelse av mor og kan framstå som deprimert allerede i en alder av tre måneder. Mors lave grad av respondering på barnet, lite initiativ til samspill, påføring av overdrevent mye negativitet og for lite positivitet, samt mors uttrykksløse ansikt, er hovedårsakene til at barnet preget av en rekke vansker. For eksempel, hvis barnet blir usikker på hva som skjer i omgivelsene, vil det snu seg mot mor for å se om mor smiler, for å trygge barnet om at det er trygt, eller om hun ser forskrekket ut, og formidler at det er farlig. Det kan tenkes at depresjon er ganske utmattende og det kan gi en følelse av å ikke mestre, noe som kan gjøre det vanskelig å holde roen og tenke rasjonelt. Stressnivået påvirker i følge Lentourneau et al., (2011) barnets og mors kognisjon, hukommelse, selvregulering og adferd negativt, og kan få følger også i senere alder hos barnet. Dette kan være at barnet fungerer dårligere på skolen enn andre barn, det kan få vansker med mellommenneskelige relasjoner, det kan slite med dårlig selvfølelse og liten tro på egen mestring, for å nevne noe. De finner også at dette stressnivået kan knyttes til fødselsdepresjon. Trygg tilknytning fungerer som en beskyttelse mot en skadelig effekt av stress og traumatiske hendelser. Følgen av et avvikende samspill og dårlig omsorg varierer fra barn til barn, avhengig av barnets medfødte forutsetninger og omgivelsene totalt (Smith og Ulvund, 1999).

6.0 Avsluttende kommentarer

6.1 Konklusjon

Utgangspunktet i oppgaven har vært å belyse hvilke konsekvenser fødselsdepresjon har for samspillet mellom mor og barn, og hvilken betydning et avvikende samspill har for barnets utvikling. Ved å gjøre rede for årsaker, symptomer, konsekvenser og forebygging og behandling av depresjon og fødselsdepresjon, samt redegjørelse for ulike faktorer som påvirker mor-barn samspillet, er det mulig å se sammenhenger. Sammen med forskning gjort på dette området, er det mulig å dra en konklusjon.

Funnene viser at hvis kvinnen opplever å ha symptomer på depresjon *under* svangerskapet, vil dette være mer alvorlig, i forhold til kvalitet på samspill med barnet og barnets videre utvikling, enn om depresjonen viser seg *etter* fødsel. Depresjon under svangerskapet vil også mest sannsynlig følge kvinnen etter nedkomst. Dette fordi det da trolig handler om en dypere form for depresjon, som kan komme av negative hendelser tidligere i livet. I hvilken grad mor er sensitive, er avgjørende for barnets mulighet for tilknytning og utvikling.

Om mor har opplevd sin oppvekst som trygg eller utrygg, har betydning for hvilke grad mor føler tilknytning til sitt eget barn, som igjen vil prege hennes omsorgsevne. Opplevd omsorgssvikt vil være en del av henne og sammen med symptomene på depresjon, forme hennes strategi eller indre arbeidsmodell, for hvordan håndtere stressede situasjoner. Er barnet urolig og lite tilpasningsdyktig, kan det forsterke mors manglende evne til omsorg. Det som her vil ha betydning, er om kvinnen blir fanget opp av helsepersonell, og får den hjelp som hun trenger.

Hvor dyp og langvarig depresjonen er, vil være avgjørende for hvilke konsekvenser tilstanden vil ha for samspillet og for barnets utvikling. Her vil fars tilstedeværelse og deltakelse være viktig for å avlaste mor og for dekking av barnets signaler og behov, for å sikre optimal utvikling hos barnet.

Trygg tilknytning virker som en beskyttende faktor når samspillet mellom mor og barn er preget av høyt stressnivå. Følelse av mestring og styrking av selvfølelse og selvtillit vil hjelpe mor med å senke stressnivået, og bedre sin omsorgsevne.

6.2 Hva kan hjelpe?

Det er flere tiltak som viser seg å ha god effekt på både forebygging og behandling av fødselsdepresjon, for å unngå unødige negative konsekvenser. Jeg nevner;

Informasjon; Gi kvinnen og familien informasjon om depresjon, symptomer og følger, slik at det lettere sees sammenheng i hvorfor kvinnen har den adferd hun har og hvordan de kan avlaste og hjelpe (Moe, Slinning og Hansen, 2010).

Psykologisk og sosial støtte; I likhet med barnets behov for en tilknytningsperson, har også mor behov for noen som kan støtte og holde om henne. En frisk og tilstedeværende far kan bidra til god støtte rundt familien som kan påvirke både barnet og moren positivt (Eberhart-Gran og Slinning, 2007). Mestring og redusering av stressfaktorer, sammen med ro, skjerming og omsorg er behandlingsmetoder som viser seg å ha god effekt på fødselsdepresjon (Moe, Slinning og Hansen, 2010). At noen anerkjenner, respekterer og tar kvinnen på alvor i hvordan hun føler situasjonen, både fysisk og psykisk, vil være god hjelp.

Behandling; Samtaleterapi, meditasjon og / eller medisinerer, for bearbeidelse av tidligere og nåværende opplevelser (Eberhart-Gran og Slinning, 2007).

Edukasjon; Flykt et al., (2010) nevner i sin artikkel at kvaliteten på hjelpen som tilbys kvinnen er avgjørende for om hun klarer å forbedre sin omsorgsevne for barnet. De nevner at edukasjon om hvordan mor hensiktsmessig kan reagere på barnets signaler og behov, sammen med å styrke mors tro på seg selv og sin evne som mor, vil ha stor verdi.

Praktisk hjelp; Nettverket rundt kvinnen kan hjelpe med å lage middag, ta husvask, ta barnet på trilletur og lignende for å avlaste kvinnen i tiden rett etter fødsel.

Moe, Slinning og Hansen (2010) påpeker viktigheten av å øke mors kapasitet til selvregulering, empati og toleranse for stress. Denne bevisstgjøringen kan starte allerede under svangerskapet for å gi samspillet mellom mor og barn et best mulig utgangspunkt, samt i denne sammenheng finne de kvinner som er i faresonen for å utvikle depresjon gjennom samtaler, screening og åpenhet rundt psykisk helse.

7.0 Avsluttning

Motivasjonen for å skrive denne oppgaven har vært å undersøke hva fødselsdepresjon kan gi av konsekvenser for barnet. Men også om det finnes hjelp å få.

Gjennom teori og forskning har jeg forsøkt å belyse problemstillingen fra flere vinkler. Det viser seg at fødselsdepresjon har betydning for barnets utvikling, men egenskaper med barnet og miljøet rundt mor og barn, har også betydning for hvor alvorlige konsekvensene blir. Alvorlighetsgrad og varighet på depresjonen spiller samtidig en viktig rolle. Tidlig intervensjon viser seg å være viktig, for å begrense negativt utfall.

Å skrive denne oppgaven har vært en spennende reise. Det har vært en lærerik opplevelse og gitt meg mer kunnskap og innsikt om fødselsdepresjon og dens ringvirkninger. Jeg tror at vi som mennesker utvikler oss livet igjennom. Og tenker også at motstand gjør oss sterkere, vi trenger bare litt hjelp opp de bratteste bakkene..

LITTERATURLISTE

Aveyard, H. (2010). *Doing a Literature review in Health and Social care: A Practical Guide* 2. Utgave Berkshire, England: Open University Press

Blinkenberg, S. (2003). *Når barn lever sammen med psykisk syke foreldre*. København: Holmen Center-Tryk A/S.

Braarud, H. og Nordanger D.Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 10, 968-972.

Brandt A.E, Grenvik T.H. (2010). *Med barnet i sentrum. Nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Bunkholdt, V. (1996). *Psykologi- en innføring for helse- og sosialarbeidere*. Otta: Engers Boktrykkeri AS

Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eberhard-Gran, M., Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Flykt, M., Kanninen, K., Sinkkonen, J., & Punamäki, R. (2010). Maternal depression and dyadic interaction: The role of maternal attachment style. *Infant and Child Development*, 19(5), 530-550.

Grøholt B., Sommerchild H., Garløv I. (2011) *Lærebok i barnepyskiatri*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kringlen, E. (2011). *Depresjon*. Stavanger: Stiftelsen for Psykisk Opplysning.

Kvello, Ø. (2013). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Letourneau, N., Watson, B., Duffett-Leger, L., Hegadoren, K., & Tryphonopoulos, P. (2011). Cortisol patterns of depressed mothers and their infants are related to maternal–infant interactive behaviours. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5), 439-459.

Madsen, S.A. (1996). *Bånd der brister- Bånd der knyttes*. København: Narayana Press, Gylling.

Mason, Z., Briggs, R., & Silver, E. (2011). Maternal attachment feelings mediate between maternal reports of depression, infant social–emotional development, and parenting stress. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 382-394.

Moe V., Slinning K., Hansen M.B. (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rådet for psykisk helse (2007). *Graviditet og psykisk helse* [brosjyre]. Oslo: Rådet for psykisk helse.

Smith L., Ulvund S.E. (1999). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Sutter-Dallay, A.-L., Murray, L., Dequae-Merchadou, L., Glatigny-Dallay, E., Bourgeois, M.-L., & Verdoux, H. (2011). A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development *European Psychiatry*, 26(8), 484-489.

Syse A. (2012). *Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2012-2013*. Oslo: Gyldendal Juridisk 22.utgave.

Internett

Helsebiblioteket (2014). *Fødselsdepresjon*. Hentet 13. 04. 2015, fra <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/brosjyrer/f%C3%B8dselsdepresjon>

Helsedirektoratet (2015). *Fysisk aktivitet*. Hentet 22. 04. 2015, fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/kurslederkurs-kurs-og-materiell-tilbruk-i-frisklivssentraler>

Helsedirektoratet (2015). *ICD-10*. Hentet 01. 04. 2015, fra
<https://finnkode.helsedirektoratet.no/#|icd10|ICD10SysDel|2599495|flow>

Helsedirektoratet (2015). *ICD-10*. Hentet 14. 04. 2015, fra
<https://finnkode.helsedirektoratet.no/#|icd10|ICD10SysDel|2599496|flow>

Helsedirektoratet (2009). *Voksne med depresjon*. Hentet 09. 04. 2015, fra
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten>

Nav (2014). Sykefravær. Statistikknotater. Hentet 02. 04. 2015, fra
<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar/Sykefravar+Statistikknotater>

Søkelogg

Dato	Database	Søkeord	Evt. avgrensinger	Antall treff	Kommentar
13.04. 2015	Oria	Postnatal depression	Child development	873	
			Fra 2000	800	Litteratur fra år 2000
			artikler	761	
			attachment	72	
			Mother child interaction	21	Ok antall treff
14.04. 2015	Academic Search Premier	Postnatal depression	Child development	249	
			Fra 2000	232	litteratur fra 2000
			artikler	229	
			attachment	19	
			Mother child interaction	3	



Inger og Anette's side

La meg være barn!

La meg sitte på et fang
mens jeg er liten
så jeg kan gå oppreist
når jeg er stor.

La meg gråte ved et kinn
mens jeg er barn
så jeg kan tørke tårer
når jeg er voksen.

La meg holde ei hand
mens jeg er svak
så jeg kan holde hender
når jeg er sterkere.

La meg ha en barndom.
Jeg trenger trygg niste for å vokse.

Ragnhild B Waale.