

Blues Mothers

Kristin Valen Kristensen , Anette Karlsen Dalseth , Line Moldestad , Solveig Wallan , Geir Lorem , Greta Jentoft og Catharina Elisabeth Arfwedson Wang

Blues Mothers

Kvinner som sliter psykisk under svangerskap og etter fødsel trenger å møtes på sine særskilte behov. Vi har erfart at mestringsgrupper er et nyttig tiltak som kan ivareta kvinnenens psykiske helse. Fødselsdepresjon forekommer hos mellom 9 og 14,4 % av norske kvinner (Glavin, Smith & Sørnum, 2009). Forskning viser at ubehandlede depresjoner hos mor negativt påvirker etableringen av et godt samspill mellom mor og barn, og at forstyrrelser i dette samspillet kan få uheldige konsekvenser for barnets kognitive og sosioemosjonelle utvikling (Kingston, Tough & Whitfield, 2012). Kartleggingsverktøyet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) har blitt innført i flere norske kommuner som en konsekvens av behovet for å avdekke fødselsdepresjon (Folkehelseinstituttet, 2007). Dette har ført til at flere kvinner fanges opp og tilbys samtaler hos helsesøster (Glavin, Smith, Sørnum & Ellefsen, 2010).

Utfordringene startet for flere med fysiske belastninger i svangerskapet

Til tross for at det kommunale tilbudet er styrket flere steder i landet, befinner mange kvinner seg ofte i en livssituasjon med mangel på sosialt nettverk. Erfaringer fra Tromsø kommune viser at disse kvinnene i liten grad klarer å nyttiggjøre seg etablerte kvinnenettverk som eksempelvis barselgrupper. I tillegg til ivaretagelse av egen psykiske helse skal kvinnene også ivareta barnet i en livsfase med store omveltninger. Dette stiller kvinnene overfor særskilte utfordringer og fordrer behov for tiltak.

I denne artikkelen beskriver vi et gruppebasert mestringstiltak utviklet for å imøtekomme noen av behovene som disse kvinnene har. Vi har intervjuet ni kvinner om deres erfaringer fra tiden før og etter fødsel, og fra deltagelse i mestringsgruppen Blues Mothers. Nedenfor vil vi presentere resultatene fra disse intervjuene.

Fødselsdepresjon og forventninger om den lykkelige mor

En fødsel innebærer både fysiske, emosjonelle og psykososiale endringer. Kvinnens økte følsomhet og sårbarhet kan forberede henne til det følelsesmessige båndet som skal utvikles mellom henne og barnet (Førde & Smith, 2006), men noen kvinner opplever at den følelsesmessige labiliteten vedvarer etter at barseltårene normalt skulle gått over, og utvikler fødselsdepresjon. Årsakene til at noen kvinner utvikler depresjon i forbindelse med fødsel, overlapper i stor grad med årsakene til utvikling av annen depresjon (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen & Opjordsmoen, 2002). Likevel har

hendelser spesifikt forbundet med fødsel og barseltid, slik som at kvinnen opplever lite nærhet og støtte fra partneren eller ammeproblemer, vist seg å være sentrale risikofaktorer for fødselsdepresjon (Eberhard-Gran et al., 2002; Logsdon & Usui, 2001).

Samfunnets sterke forventninger om at kvinner skal være lykkelig i barseltiden bidrar til at depresjon i denne livsfasen oppleves som mer stigmatiserende enn depresjon ellers i livet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Disse forventningene står i sterk kontrast til håpløsheten og uroen som kvinner med fødselsdepresjon opplever. Kvinnene føler seg unormale, annerledes og skammer seg, noe som gjør temaet til et tabu (Røseth, Binder & Malt, 2011). En konsekvens kan være at kvinnene isolerer seg og ikke klarer å fortelle andre hvordan de har det.

Samfunnsendringer, identifisering av sårbare kvinner og iverksetting av tiltak

Samfunnsendringer har ført til en redusert tilgang til storfamilie og naturlige kvinnenettverk som kan tre støttende til ved belastninger knyttet til svangerskap og fødsel (Eberhard-Gran, Nordhagen, Heiberg, Bergsjø & Eskild, 2003). Liggetiden på barselavdelingen har også blitt kraftig redusert i de siste tiårene. Dette nødvendiggjør at sårbare kvinner blir identifisert og får en tettere oppfølging (Helsedirektoratet, 2013).

De nye retningslinjene for barselomsorgen er imidlertid ikke tydelige på hvordan sårbarhet skal avdekkes, og hvilke typer tiltak som bør iverksettes. Prioriteringsrådet tilrår ikke nasjonal screening av fødselsdepresjon ved hjelp av EPDS (Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, 2013), og det foreligger heller ikke alternative forslag til hvordan sårbare kvinner skal identifiseres.

En nylig publisert rapport fra Storbritannia viser til mangelfull identifisering av, og evidensbaserte tiltak for, kvinner som sliter med psykisk helse i perinatal periode, det vil si fra svangerskap og frem til ett år etter fødsel. Samtidig viser rapporten at det kan være en stor samfunnsøkonomisk gevinst å gi denne målgruppen et tilbud (Bauer, Parsonage, Knapp, Iemmi & Adelaja, 2014). I Norge har satsningen på sped- og småbarnsteam i spesialisthelsetjenesten økt i de siste årene (Risjord & Goksøyr, 2015), men lavterskeltilbud knyttet til forebyggende helsetjenester på kommunalt nivå er fortsatt mangelvare. Dette er uheldig fordi lavterskeltilbud kan potensielt identifisere og forebygge psykisk uhelse både hos foreldre og barn. Dette var bakgrunnen for at vi ønsket å utvikle et mestringstilbud i gruppeformat på kommunalt nivå.

Mestringsgruppen Blues Mothers

Mange gruppetiltak bygger på tanken om at mennesker profitterer på å møte likesinnede. Ifølge Dennis og medarbeidere (2009) er likekvinnestøtte effektivt i forebygging av fødselsdepresjon. Videre viser forskning at gruppebehandling er effektivt for reduisering av fødselsdepresjonssymptomer (Goodman & Santangelo, 2011). I mange effektive gruppetilbud er psykoedukasjon et element fordi det bidrar til en bedre forståelse av egne problemer, normalisering av egen tilstand og blir et rammeverk for å endre destruktive handlings- og tankemønstre (Lukens & MacFarlane, 2004).

Fordi fødselsdepresjon kan påvirke samspillet mellom mor og barn, er det gjort studier for å undersøke om aktiviteter kan fremme samspill. Onozawa, Glover, Adams, Modi og Kumar (2001) fant at deltakelse i en babymassasjegruppe reduserte mødrenes depresjon og forbedret kvaliteten på mor–barn-samspillet. Forskerne hevder at mødrene gjennom babymassasje lærer å tolke barnets signaler, blir mer bevisst på samspillet, og at opplevelsen av mestring påvirker tilknytningen. Babysang og babysvømming er populære sosiale aktiviteter blant småbarnsfamilier og kan potensielt fremme positive samhandlingserfaringer med barnet.

Blues Mothers ble utviklet med prosjektmidler fra Regionalt kompetansesenter for barn og unge (RKBU Nord) våren 2012 som et forebyggende tiltak for kvinner som opplever nedstemthet eller depresjon i tiden etter fødsel, og ble deretter implementert som et fast tilbud i Familiens hus i Tromsø kommune. Gruppetilbudet er utviklet på bakgrunn av forskning på mestringsgrupper, depresjonsmestring og samspillsfremmende tiltak. Vektleggingen av sosial samhandling skal bidra til at gruppen er et trygt sted å komme og er sosialt stimulerende. Lokaliseringen i Åpen barnehage i Familiens hus skal gjøre gruppen lett tilgjengelig. Blues Mothers er et supplement til individrettede tiltak.

Mestringstilbudet består av ti gruppesamlinger med to timers varighet per samling. Barna er med på hver samling, og samspillsfremmende tiltak er babymassasje, babysang, babysvømming og informasjonsfilm om samspill. For å bevisstgjøre og normalisere kvinnenes situasjon blir det gitt psykoedukasjon om depresjon med hovedvekt på informasjon om årsaker, symptomer og negative tanker. Kvinnene får enkle hjemmeoppgaver for å fremme deres opplevelse av mestring. Sosial samhandling mellom kvinnene blir understøttet av erfaringsutveksling i gruppen og kafébesøk. Gruppen ledes av to ansatte i Familiens hus med pedagogisk fagbakgrunn. Fagpersoner med

spesialkompetanse på de temaene som det undervises om, blir invitert inn for å lede gruppen gjennom de ulike temaene og aktivitetene. En helsesøster er tilgjengelig i den siste halvtimen for å svare på spørsmål.

Formålet med studien var å undersøke en gruppe kvinners erfaringer fra tiden før og etter fødsel, og fra deltakelse i mestringsgruppen Blues Mothers, for å få mer kunnskap om kvinnenens behov og om mestringsgruppen kunne ivareta noen av disse behovene.

Metode Blues Mothers er et ikke-kommersielt tiltak i regi av Tromsø kommune, og det foreligger derfor ingen økonomiske interessekonflikter. Imidlertid står samtlige medforfattere med unntak av GL bak idé og innhold til mestringstilbudet. Vi har derfor tilstrebet å være kritiske til egne tolkninger av datamaterialet, og GL har hatt en viktig korrigerende rolle i samarbeidet.

Dette er en kvalitativ studie som benytter en narrativ innfallsvinkel med en forklarende design. Tilnærmingen er velegnet for å få deltakere til å artikulere sine erfaringer, sin selvopplevelse og sin vurdering av egen livssituasjon (Frank, 2010). En forklarende design brukes for å kunne redegjøre for et fenomen ut fra deltakernes forestillinger om hvorfor noe har skjedd eller har oppstått (Edmonds & Kennedy, 2013). Studien er basert på intervjuer med kvinner som har deltatt i Blues Mothers. Intervjuerne brukte åpne, fortellingsinduserende spørsmål slik at deltakerne kunne fortelle fritt. Intervjuerne fulgte videre opp med spørsmål og avklaringer for å utdype kvinnenens erfaringer. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (nr. 31083).

Utvalg

Alle de ti kvinnene som var med i Blues Mothers høsten 2012, ble spurt om å delta i forskningsprosjektet hvorav ni kvinner i alderen 21 til 35 år samtykket skriftlig, mens én ikke hadde anledning til å delta. Syv av ni kvinner var førstegangsfødende, seks av ni bodde sammen med barnefaren. Deltakerne ble rekruttert på bakgrunn av en samtale med helsesøster syv uker etter fødsel. Inkludering baserte seg på EPDS-skår tilsvarende mild til moderat depresjon, at de behersket norsk, hadde født innen en til seks måneder før oppstart av gruppen, samt motivasjon for deltakelse. Mestringsgruppen er tenkt som et supplement til andre tilbud, og enkelte av kvinnene fulgte i tillegg andre behandlingsopplegg. Kvinner som ble vurdert å ha en symptombelastning

tilsvarende en alvorlig depresjon ble henvist til spesialisthelsetjenesten, eller fikk tilbud om samtaler med kommunepsykolog.

Mange fortalte at de ikke hadde et sosialt nettverk. Konsekvensen ble utmattelse da avlastning, trøst, praktisk hjelp og støtte uteble

Intervju

Kvinnene ble intervjuet individuelt av to av artikkelforfatterne, henholdsvis AKD og KVK. Intervjuerne hadde ingen tidligere relasjon til kvinnene, men var på et tidlig tidspunkt med i utviklingen av Blues Mothers. Intervjuet ble innledet med narrativt induserende spørsmål om kvinnes erfaringer med Blues Mothers, og ble fulgt opp ved å be dem utdype hendelser, eller å gi eksempler. Vi stilte spørsmål om deres bakgrunn, mestringsgruppen og tanker om fremtiden, eksempelvis «Hvilket behov hadde du for hjelp?» og «Kan du fortelle om en gruppesamling du husker spesielt godt?». Intervjuene ble foretatt på tomannshånd hjemme hos kvinnene. Intervjuene hadde en varighet på 40 til 90 minutter. Refleksjonsnotat ble ført under og i etterkant av intervjuet. Transkripsjonene av intervjuene og de ferdigstilte resultatene var tilgjengelig for deltakerne, men ingen etterspurte det.

Analysestrategi

Materialet ble analysert i tråd med en tematisk-narrativ analyse (Riessman, 2008). Hvert enkelt intervju ble gjennomlest flere ganger med tanke på innhold, inntil mønstre eller tema begynte å fremtre. Vi vekslet stadig mellom å se hver enkelt kvinnes fortelling hver for seg og sammenliknet disse på tvers av alle fortellingene i materialet. Alle uvanlige eller motsigende forhold ble diskutert av AKD, CEAW, GL og KVK for å beskrive både sammenheng og mangfold i de personlige fortellingene. Generelle inntrykk ble notert, og ved hjelp av hensiktsmessig koding kunne vi undersøke hvordan temaer gjentok seg innenfor enkeltfortellinger og mellom de ulike fortellingene i materialet. Vi samlet og strukturerte fortellinger i hovedfunn som representerte kvinnes erfaringer med gruppen. Intensjonen var å etablere en overordnet og samlet beretning om gruppen. Hovedtemaene ble derfor satt inn i en tabell og understøttet av sitater og parafrauseringer. Ut fra dette ble det tydeligere for oss hvilke fellesnevner som brakte kvinnene til mestringsgruppen, og hvilke felles opplevelser de hadde ved å delta i gruppen, samt forklaringer til at de opplevde gruppen som virkningsfull. Valideringen ble foretatt internt gjennom sammenlikningen mellom de ulike fortellingene med hverandre og eksternt i forhold til relevant forskning og litteratur. Det ble ikke benyttet programvare i analysen.

Resultater

Vi fant tre hovedtemaer: Belastninger utover mestringssevne, De onde sirklene og Bryte onde sirkler. Disse temaene ble videre delt inn i åtte undertemaer. Hvert undertema er omtalt hver for seg og inkluderer deltakernes utsagn. Funnene forklarer og gir innsikt i hvilke erfaringer kvinnene gjorde seg i forbindelse med svangerskap og fødsel, og hvordan disse erfaringene førte til at de valgte å bli med i mestringsgruppen.

Belastninger utover mestringssevne

Under svangerskapet eller etter fødsel opplevde kvinnene at utfordringene økte i omfang. Hver for seg var utfordringene håndterbare, men til sammen overgikk belastningene kvinnenens mestringssevne og førte til et sammenbrudd.

Fysiske belastninger

Utfordringene startet for flere med fysiske belastninger i svangerskapet. For andre var svangerskapet problemfritt, men de opplevde å bli svært slitne i barselperioden grunnet søvnmangel, ammeproblemer, aleneansvar for husarbeid eller faktorer ved barnet. Da belastningene ble for store, påvirket det hvordan de tenkte om seg selv og omsorgsevnen. En kvinne beskrev det slik:

(...) det var i denne tilstanden, denne utkjørte tilstanden, jeg skulle ta meg av et barn, sant, men selvfølgelig ville jeg jo slutte å spy når jeg bare hadde fått ungen ut, men det var veldig sånn vanskelig å liksom se for seg det når man er på en måte oppi det.

Manglende sosial støtte

Mange fortalte at de ikke hadde et sosialt nettverk. Konsekvensen ble utmattelse, da avlastning, trøst, praktisk hjelp og støtte uteble. En kvinne fortalte at hun som nyinnflyttet til byen ble sykemeldt og isolert hjemme grunnet fysiske plager under svangerskapet. Hennes samboer bidro mye, men omfanget av gjøremålene oversteg det de begge hadde kapasitet til. Behovet for et støttende nettverk kom frem da hun fortalte hva hun ville råde andre vordende mødre til å gjøre: «Skaff deg et nettverk! (...) for å ha noen rundt deg som vil prioritere deg, da tenker jeg at det ikke holder bare med partneren din.»

Å miste seg selv

Flere beskrev at tilværelsen som småbarnsmamma representerte et tap av frihet og drømmer, og at tidligere mestringsstrategier ikke fungerte lenger. De følte at de hadde mistet deler av seg selv eller det livet de før hadde levd. En kvinne beskrev at livet som småbarnsforelder skremte henne fordi det

sto i konflikt med hennes frihetsbehov og tidligere drømmer og idealer. Hun begynte å bekymre seg for fremtiden: «(...) drømmen min har bestandig vært å reise jorda rundt. (...) jeg liker å planlegge, og da på en måte gikk det opp for meg at liksom, herregud, jeg kommer aldri til å få drømmen min oppfylt.»

De onde sirklene

Da de vanskelige følelsene oppsto i en livsfase hvor det var sterke forventninger om at kvinnene skulle være lykkelige, førte dette til at de følte seg annerledes, ensomme, mindreverdige og skamfulle. De snakket ikke med andre om dette, og mange valgte å isolere seg, noe som forsterket bekymringene og skamfølelsen.

I konflikt med idealer om den lykkelige mor

Konflikten mellom de idealiserte forestillingene om hvordan man skal være, tenke og føle som nybakt mamma, og kvinnenes egne erfaringer, bidro til at flere følte at de ikke strakk til. Forestillingene ble en målestokk på om de fungerte godt nok som mødre. Sosiale medier, velmenende råd, og det å se andre mødre som var tilsynelatende lykkelige ble vanskelig for kvinnene, da dette minnet dem om at det de følte og opplevde, sto i kontrast til hva som er forventet av en nybakt mamma:

Det presset man har fra samfunnet ellers, spesielt sånne som har litt sånne eldre barn. De sier gjerne sånn, eller kommer med sånne kommentarer at «Å, du er vel bare hjemme og koser deg, og den her tiden er jo så fin». Så sitter man der og ja, vonde brystvorter, null søvn, og i det hele tatt, og føler ikke helt at man er på topp.

Bekymringer

For flere av kvinnene ble livet preget av bekymringer knyttet til økonomi, egen psykiske helse, omsorgsevne og om de ville komme til å skade barnet sitt. Bekymringene representerte et brudd med hva kvinnene skulle tenke ifølge idealet, noe som bidro til at de ikke snakket med andre om dette. Og når de ikke delte bekymringene, økte følelsen av ikke å strekke til, noe som igjen gjorde at de bekymret seg enda mer. En kvinne fortalte følgende:

Jeg våkner klokken fem om morgenen av meg selv, ikke av [barnet], og da begynner med en gang tankene mine å spinne på alt jeg skal få gjort, alt jeg burde fått gjort, alt som jeg er bekymret for, alt jeg gruer meg til. Så blir det bare verre og verre og det blir bare mer og mer. Og det har endt med på en måte at man nesten blir apatisk.

Noen av kvinnene fortalte om ammeproblemer som kilde til bekymring og stress. En kvinne følte seg presset fra helsestasjonen til å fullamme:

(...) de har vel ikke egentlig vært noe sånn støttende føler jeg, det har vært sånn press på at «jo, du skal amme, og du må få det til, og morsmelkerstatning er ikke noe vi liker å gi». Så jeg føler at de har vært med på å gi meg litt dårligere samvittighet fordi at jeg ikke har kunnet fullamme henne.

Skam

Flere av kvinnene beskrev skamfølelse som konsekvens av at de ikke opplevde den forventede lykken. Fraværet av lykke bidro til at de følte seg unormale, og frykten for at noen skulle få vite hvordan de hadde det, gjorde at de isolerte seg og ikke snakket med noen om dette. Ettersom skammen viste til en svakhet ved kvinnene, ble derfor terskelen for å søke hjelp ekstra høy. En kvinne sa at det var bra at helsesøsteren foreslo Blues Mothers for henne, fordi hun opplevde det som en «dørstokkmil» selv å ta initiativet. På spørsmål om hvorfor svarte hun:

Kanskje flaut eller tabu, at man... Det er ikke så lett å ringe og si: «du, jeg har det ikke så bra» (...) eller kanskje å innrømme at man har det sånn, for det er jo veldig fokus på at man skal bare være lykkelig, og når man kanskje ikke vet at det er mange andre som kanskje har det sånn så vil man kanskje ikke. Ja, man får kanskje litt dårlig samvittighet for det og, at man har det sånn.

Bryte onde sirkler

Alle kvinnene opplevde Blues Mothers som et positivt tiltak. Gruppen bidro til å løse opp en fastlåst situasjon hvor psykoedukasjon, møtet med de andre kvinnene, og det å kunne ha et tilgjengelig tilbud stimulerte deres egne mestringsressurser. En kvinne beskrev det på følgende vis:

Akkurat nå føles det jo mye bedre enn det det var. Jeg har fått litt verktøy til å gjøre noe med bekymringer og negative tanker, selv om det ikke er blitt borte, så vet jeg liksom jeg har mer kunnskap til å gjøre noe med det, og det synes jeg har hjulpet.

Deltakelse i gruppen ga også nye perspektiver og justerte etablerte idealer om morsrollen.

Nye perspektiver

Flere fortalte at de hadde det bedre etter mestringsgruppen, så lysere på fremtiden og hadde endret syn på seg selv. Gruppen bidro til å redusere skammen mange opplevde, og synliggjorde at det var flere som hadde det på samme måte. Det gjorde det lettere å snakke om tabubelagte temaer som det å oppleve seg selv som ikke å være god nok som mor. Flere av kvinnene trakk frem at deltakelse i gruppen var nyttig fordi de ble oppfordret til å snakke åpent om sine vansker, og at de følte lettelse over å sette ord på hvordan de hadde det. Mestringsgruppen representerte et alternativ til isolasjon fordi kvinnene hadde noe fast å gå til. Aktivisering ble derfor det første steget i retning av å bryte de onde sirklene.

Likekvinnestøtten bidro til at forestillingen om den perfekte mor ble avmystifisert

Samtlige deltakere trakk frem psykoedukasjonen som en av de mest betydningsfulle delene av mestringsstilbudet. Informasjonen de fikk gjorde at de ble klar over hva nedstemtheten førte til, og hva det gjorde med tankene deres. Psykoedukasjonen bidro også til at flere klarte å tolke signaler fra barnet på en mer adekvat måte. En kvinne fortalte: «hvis [barnet] gråter betyr det ikke at han hater meg eller sånn, det betyr kanskje at han har vondt noe sted eller, eller at han vil spise eller noe sånt.»

Justering av idealer

I tillegg til psykoedukasjonen beskrev flere at møtet med de andre kvinnene var viktig. Kvinnene gikk igjennom en bevisstgjøringsprosess omkring hva de tenkte om seg selv og idealene de målte seg opp mot. En kvinne beskrev at hun endret sitt syn på seg selv som mor. Etter deltakelse i gruppen klarte hun å vurdere kommentarer fra andre på en mer kritisk måte og prioriterte annerledes:

Jeg har hatt et par venninner som er sånn at de skal ha det dyreste og det beste. De sier til meg: «åh, herregud har du bare ei sånn skje, har du ikke den andre skjeen (...).», før så var jeg litt sånn at jeg tenkte... «holder det med den bilstolen eller burde jeg hatt en dyrere bilstol?», men nå tenker jeg at så lenge hun har det bra og er trygg og sånn, så har det ikke så mye å si, de materielle tingene.

Diskusjon

For mange av kvinnene var fysisk utmattelse det første de opplevde som utfordrende. Det foreligger lite forskning på fysisk utmattelse som utløsende årsak til fødselsdepresjon (Dennis & Ross, 2005),

men Dørheim og kolleger (2009) viser at kvinners subjektive opplevelse av lite søvn og dårlig søvnkvalitet kan sette dem i risiko for utvikling av fødselsdepresjon. I de siste tiårene har det vært økt oppmerksomhet på å fremme tidlig nærkontakt og amming mellom mor og barn, noe Eberhard-Gran, Eskild, Opjordsmoen og Schei (2000) hevder kan ha gått på bekostning av nybakte mødres mulighet for hvile. Dette er i samsvar med opplevelser flere av kvinnene i vår studie beskriver, hvor det også fremkommer at fokus på amming kan forsterke bekymringene for kvinner som allerede sliter psykisk.

Goffman (1959) mener at vi i møte med andre bevisst velger å fremheve det positive ved oss selv («front staging»), mens de mindre ønskelige sidene ved oss selv ikke blir framstilt («back staging»). Fortellingene til kvinnene i vår studie tyder på at de hadde vanskeligheter med å gjennomskue dette sosiale spillet. En årsak kan være negative tankemønstre forbundet med depresjon som fører til at man feiltolker informasjon (Thingnæs, 2011). Konsekvensen for kvinnene ble derfor at andre framsto som mer vellykkede enn de i realiteten var, mens kvinnene opplevde seg selv som lite mestrende. Sammen med samfunnets forventning om «den lykkelige mor» ble denne diskrepansen grobunn for skammen de følte.

Skammen førte til at kvinnene unngikk å snakke om alle feil de opplevde ved seg selv. Dette ble etter hvert en ond sirkel hvor tilbaketrekking og isolasjon førte til at de ikke fikk den støtten de trengte, noe som igjen resulterte i at de følte seg mer unormale, bekymret seg mer og skammet seg mer. Den samme dynamikken førte også til taushet: Skammen gjorde det vanskelig å snakke med andre, noe som førte til at kvinnene ikke fikk nyansert og justert sine tanker om seg selv, og dermed ble skammen forsterket. Man kan derfor se på skammen som en sentral faktor i fødselsdepresjon, fordi den bidrar til å opprettholde symptomene.

Forskning på fødselsdepresjon viser de samme tendensene som i vår studie: Kvinnene følte ikke at deres nedstemthet i barseltiden kunne deles med noen, og dermed tiet de (Røseth, Binder & Malt, 2011). Redusering av skam var derfor viktig for at kvinnene kunne påbegynne bedringsprosessen. Mestringsgruppen som en trygg arena bidro til større åpenhet om vanskelige følelser, utfordringer knyttet til morsrollen, og innsikt i andre kvinners opplevelser. Kvinnenes fortellinger om å møte likekvinner er i tråd med forskning som viser at likekvinnestøtte bidrar til større åpenhet, trøst og normalisering av følelser (Slinning, Holme & Valla, 2012). I tillegg bidro likekvinnestøtten til at forestillingen om den perfekte mor ble avmystifisert. Dette førte til nyansering av tankene de hadde om seg selv som mødre ved at de sluttet å sammenlikne seg med et uopnåelig ideal. Kvinnene ble rausere med seg selv og fikk dermed et større handlingsrom.

Til tross for at gruppetilbudet adresserte samspill fortalte kvinnene lite om samspillet med barna. Forklaringene kan være flere, for eksempel at gruppetilbudet reduserte skammen over å ikke leve opp til egne idealer, at kvinnenens opplevelse av samspillet med barna forble tabubelagt, eller at kvinnene opplevde å fungere adekvat sammen med barna sine.

Studiens begrensinger

To av forfatterne (AKD og KVK), to kvinnelige psykologistudenter i tyveårene, var med på store deler av prosessen, fra å utvikle gruppetilbudet til å intervjuer kvinnene og analysere data. Det kan argumenteres for at dette kan ha brakt inn en forforståelse som har påvirket intervjusituasjonen ved å bringe inn begreper som kan ha lagt føringer på hva kvinnene snakket om. Videre kan det ikke utelukkes at intervjuernes alder og utdanning kan ha påvirket hvordan kvinnene valgte å fremstille seg selv og sin opplevelse av mestringsgruppa. Det er også mulig at andre fortellinger hadde fremkommet dersom vi hadde intervjuet kvinnenens familier eller helsepersonell som de hadde kontakt med. Vi har derfor tilstrebet å være kritiske ved gjennomgangen av intervjuene og tolkningen av data, hvor GL og CEAW har hatt en viktig korrigerende rolle i samarbeidet. Alternative tolkninger av datamaterialet har vært diskutert, og vi har etterstrebet å være oss bevisste potensielle rollekonflikter og interesser som har kunnet påvirket forskningen. Vi er således enige om at temaene som er fremstilt er de som reflekterer kvinnenens erfaringer best.

Konklusjon

Vår studie viser at fysiske belastninger og mangel på sosial støtte kan være sentrale faktorer ved utvikling av nedstemthet og depresjon i forbindelse med svangerskap og barseltid, hvor skamfølelse med påfølgende isolasjon kan være opprettholdende faktorer. Studien viser også at mestringsgrupper med fokus på psykoedukasjon og samspillfremmende aktiviteter kan være viktige tiltak hvor sentrale elementer synes å være å bryte isolasjon, fremme erfaringsutveksling, kunnskap om depresjon, redusere skam, samt å styrke kvinnenens mestringsressurser. Studien ga lite informasjon om hvordan kvinnene opplevde de samspillsfremmende aktivitetene med barna, eller om disse aktivitetene faktisk fremmet samspillet mellom mor og barn. Dette gjenstår å undersøke i fremtidige studier.

Referanser

Referanseliste

- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., & Adelaja, B. (2014). *The costs of perinatal mental health problems*. London: London School of Economics and Centre for Mental Health.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, *150*, 782–786.
- Dennis, C.-L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D. E., & Kiss, A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *338*, 1–9.
- Dennis, C.-L., & Ross, L. (2005). Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*, *32*, 187–193.
- Dørheim, S. K., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2009). Sleep and depression in postpartum women: A population-based study. *Sleep*, *32*, 847–855.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Opjordsmoen, S., & Schei, B. (2000). Barselomsorg – søvn, hvile og tilfredshet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *120*, 1405–1409.
- Eberhard-Gran M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O., & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*, 426433.
- Eberhard-Gran, M., Nordhagen, R., Heiberg, E., Bergsjø, P., & Eskild, A. (2003). Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *123*, 3553–3556.
- Eberhard-Gran, M., & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Edmonds, W. A., & Kennedy, T. D. (2013). *An applied reference guide to research designs: quantitative, qualitative, and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Folkehelseinstituttet. (2007). *Barseldepresjon – symptomer og skåringsverktøy*. Hentet 01.02.2013 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=66539>.
- Frank, A.W. (2010). *Letting stories breathe: A Socio-Narratology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Førde, R., & Smith, E. C. (2006). Svangerskapet som livsfase. I P. Bergsjø, M. Heiberg, J. Telje & J. Thesen (Red.), *Svangerskapsomsorg*. (4. utg., s. 114–122). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Glavin, K., Smith, L., & Sørum, R. (2009). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 23*, 705–710.
- Glavin, K., Smith, L., Sørum, R., & Ellefsen, B. (2010). Redesigning community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 3051–3062.
- Goodman, J. H., & Santangelo, G. (2011). Group treatment for postpartum depression: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health, 14*, 277–293.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Bantam Doubleday Dell Publishing Group, Inc.
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonal retningslinje for barselomsorgen. *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry and Human Development, 43*, 683–714.
- Logsdon, M. C., & Usui, W. (2001). Psychosocial predictors of postpartum depression in diverse groups of women. *Western Journal of Nursing Research, 23*, 563–574.
- Lukens, E. P., & MacFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 4*, 205–225.
- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten (2013). *Depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og fødsel*. Hentet 01.05.13, fra <http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/depresjonsscreening-av-kvinne...>
- Onozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N., & Kumar, R., C. (2001). Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders, 63*, 201–207.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Risjord, E., & Goksøyr, A. (2015). Hvordan nå de minste barna? Erfaringer fra omorganisering av en BUP i distriktet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 52*, 108–112.
- Røseth, I., Binder, P.-E., & Malt, F. U. (2011). Two ways of living through postpartum depression. *Journal of Phenomenological Psychology, 42*, 174–196.

Slinning, K., Holme, H., & Valla, L. (2012). Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon.

Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 49, 69–73.

Thingnæs, G. (2011). *En kort presentasjon av kognitiv terapi*. Hentet 05.04.13, fra Norsk

forening for kognitiv terapi sine nettsider: [http://www.kognitiv.no/filarkiv/File/](http://www.kognitiv.no/filarkiv/File/En_kort_presentasjon_av_kognitiv_te...)

[En_kort_presentasjon_av_kognitiv_te...](http://www.kognitiv.no/filarkiv/File/En_kort_presentasjon_av_kognitiv_te...)