

Hjelp ved fødselsdepresjon

Å arbeide med mødre med barseldepresjon er utfordrende, fordi det også handler om et lite barn som er fullstendig avhengig av sine nære omsorgspersoner for fysisk og følelsesmessig overlevelse. Vi må spørre den det gjelder: Hvordan har du det, og hvordan kan vi hjelpe på best mulig måte?

TEKST

Astri Lindberg

Kari Slinning

Tori Mauseth

PUBLISERT 4. april 2012

DEBATT: FØDSELSDEPRESJONER

Det nasjonale programmet for å hjelpe mødre med fødselsdepresjoner er skuffende nok ikke rettet mot å ha en positiv effekt på tilknytning, skrev Melinda Estelita Henriksen. Det var en kommentar til artikkelen «Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon» i Tidsskriftets januarutgave.

Melinda Estelita Henriksen har et interessant debattinnlegg som svar på artikkelen om forebygging av depresjon i barseltiden (1/2012). Hun viser til forskning som tyder på at behandling av mors depresjon ikke nødvendigvis fører til bedre samspill med barnet.

Denne forskningen omtales også i artikkelen.

Arbeidet med opplæringen i Edinburgh-metoden som skal forebygge negative konsekvenser av depresjon i perinatalfasen, er et pågående utviklingsarbeid i Spedbarnsnettverkets regi. Som del av dette prøver vi også ut andre metoder direkte rettet mot foreldre-barn-samspill og tilknytning. Blant disse er Marte Meo og Circle of Security, som skal evalueres gjennom norske randomisert kontrollerte studier. Helsesøstre som tar del i opplæringen i Edinburghmetoden, får en grunnleggende kunnskap om tilknytning. Vi har nettopp valgt å innføre Edinburghmetoden på helsestasjonen fordi helsesøstre allerede har mye kunnskap om spedbarns utvikling og foreldre-barn-samspill og ser foreldre og barn regelmessig.

Tidlig og rask hjelp

Rasjonalen bak arbeidet for at mors depresjon oppdages tidlig, og at mor tilbys rask hjelp i form av støttesamtaler på helsestasjon, er kunnskap om hva barseldepresjon

innebærer for den enkelte kvinne. Både i forskningslitteraturen og i klinikk finner vi at 5–15 prosent av nybakte mødre opplever ulik grad av nedstemthet, uro og engstelse, følelse av å komme til kort i forhold til andres krav og forventninger, likegyldighet, dårlig selvfølelse og tilbaketrekning fra omgivelsene. Den største dødsrisikoen for kvinner i denne perioden er faktisk suicid.

Ut fra barnets perspektiv er manglende interesse og manglende evne til å forstå babyens behov det mest alvorlige. Noen ganger kan følelsene for barnet være negative og til og med direkte fiendtlige. Derfor er vi helt enige i at kvinnen også må få hjelp med å utvikle sitt forhold til barnet.

Å bli tilbudt eksempelvis gruppebehandling eller babymassasje kan for en del kvinner forsterke følelsen av å komme til kort, av å måtte ta seg sammen, av ikke å bli forstått. Resultatet kan bli øket tilbaketrekning og utvikling av negativ selvfølelse og dermed dypere depresjon. Derfor kan det etter vår mening være nødvendig først å åpne for at den nybakte moren kan snakke om sine følelser og sin opplevelse av det som er vanskelig med helsesøster eller annen fagperson. Dette kan legge grunnlag for å gå videre med ulike tiltak basert på mors og barns behov. Tiltaket om støttesamtaler i helsestasjonens regi begrenser seg til 4–6 samtaler. At det å møtes i grupper eller å få tilbud om babymassasje kan være en god ting for mange kvinner, er det ikke tvil om. Men det er tvilsomt om det vil være førstevalg for den som føler tilkortkommenhet, har tilbaketrekningstendenser og kanskje har redusert kapasitet til å se barnets behov.

Nennsomhet

Vi arbeider for at den nybakte familien – både mor og far – skal føle seg ivaretatt, sett og forstått, slik at det kan bli mulig å nå familien med andre tilbud for å ivareta barnet. Siden barnet ikke kan vente, vil det i mange tilfeller være nødvendig å sykmelde mor fra barselpermisjonen, slik at far eller andre nære støttepersoner kan overta og være den som er tett på barnet i en periode.

I artikkelen nevnes også Circle of security som en god metode for arbeid med forholdet til barnet, samtidig som man hjelper foreldre å forstå hva som kommer i veien for å gi barnet det det trenger for en grunnleggende trygghet. Erfaringen er imidlertid at foreldre vanskelig tilegner seg denne kunnskapen dersom de er fanget i sitt eget univers av depressive tanker og følelser.

Kompetansenettverket arbeider hele tiden med fagutvikling, basert på forskning og klinisk erfaring. Barseldepresjon er komplisert, fordi det handler om et barn som trenger at foreldrene ivaretar det, slik at utviklingen på alle områder er god nok. Samtidig trenger de viktigste personene i barnets liv, foreldrene, tid til å tilpasse seg sin nye situasjon for å kunne ta godt nok vare på barnet. Dette er følsomt og vanskelig og krever nennsomhet fra de fagpersonene som møter dem underveis.

Terapiforskning viser at for at hjelpen skal virke, er det avgjørende hvordan hjelperen oppfattes av den som søker hjelp. Selv om helsesøstre ikke skal drive terapi, vil tiltakene de tilbyr nybakte foreldre, kunne ha en terapeutisk effekt. Da kommer vi ikke utenom å

spørre den det gjelder: Hvordan har du det, og hvordan kan vi hjelpe på best mulig måte?

kari.slinning@r-bup.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 4, 2012, side

TEKST

Astri Lindberg

Kari Slinning

KONTAKT: kari.slinning@r-bup.no

Tori Mauseth