

Lise Gullestrup
Cand. psych.
Ottrupgård 2
9520 Skørping

Tlf. 98 39 22 11
21 60 46 42
Lisegullestrup@hotmail.com

Indlæg til sundhedsplejerskernes blad:

18. dec. 2008

Af cand. Psych. Lise Gullestrup

Fødselsdepression

Forskellige undersøgelser tyder på at op til 10% af alle nybagte mødre udvikler en fødselsdepression. Det er en meget belastende tilstand for kvinden og for hendes partner. Det kan desuden være hæmmende for hendes relation til barnet og dermed for barnets udvikling. Derfor er det så vigtigt, at kvinder med fødselsdepression får hjælp så hurtigt som muligt. Denne artikel kan være med til at gøre opmærksom på problematikken og dermed øge mulighederne for tidligt indsats på området.

1. Kvinden med fødselsdepression

1a. Kvindens første reaktioner på det at få barn

Kvinder, der får en fødselsdepression, er ofte velforberedt på at blive mødre og glæder sig meget til det ventede barn. Kvinden er ofte i et velfungerede parforhold, har job eller er under uddannelse, og parret har normalt gode boligforhold. Og så er det at katastrofen ramler ned over hende, når hun sidder med barnet. Hun føler sig pludselig trist, ensom og så usikker på det hele, ikke blot på hvordan hun skal passe barnet. Hun føler sig usikker på sig selv i det hele taget, føler ikke hun er noget værd. Hun kan blive i tvivl, om hun overhovedet kan tage vare på eller har lyst til at tage ansvaret for et/sit barn. Hun kan blive så magtesløs, at hun ikke føler hun overhovedet magter at leve mere. Hun føler skyld, bliver angst og mister energien.

Kvindens krop reagerer også med f.eks. en tung, knugende fornemmelse i maven, mellemgulvet eller brystet. Hun mister måske appetitten, kan ikke sove og tankerne tumler karruselagtigt rundt i hendes hoved, uden at hun kan finde hoved og hale i det. Hun bliver chokeret og dybt forundret over sin reaktion, kender ikke sig selv og har ofte ikke tidligere oplevet noget tilsvarende.

Denne tilstand går således langt dybere ind i kvindens selvfølelse end almindelig usikkerhed hos en nybagt, overvældet mor, der kan blive i tvivl, om hvad hun skal gøre i forhold til barnet.

1b. Kvindens mestringsstrategier

Kvinden forsøger nu efter bedste evne at "håndtere" sine reaktioner. Hun vælger intuitivt de mestringsstrategier og overlevelsestrategier*), hun lærte sig som barn og som fungerer helt automatisk. Det er typisk for disse kvinder, at de i høj grad er vant til at klare sig selv bl.a. ved at ignorere egne behov og egne følelser. De tager sig sammen, holde ud, med ord til sig selv som f.eks. "det går over", "det er noget pjat" eller "når jeg først får sovet, så" eller "det er også fordi hun (barnet) har svært ved at sutte og komme i rytme, når først så ...". Dette har tit hjulpet hende. Hun er heller ikke meget for at åbne sig om sine problemer eller søge hjælp. Nogle kvinder holder skjult selv for partneren, hvor dårligt de egentlig har det, "for det er jo bare en tid", "han bliver bare urolig". Måske søger hun konkrete råd i bøger, hos lægen og sundhedsplejersken vedrørende barnet, men fortæller ikke noget om, hvordan hun selv har det. Når det så ikke går over af sig selv, kan hun ende i følelsen af at sidde fastlåst i et sort hul, sådan som mange kvinder beskriver en fødselsdepression.

Kvinden er ofte i stand til at passe barnet upåfaldende, så umiddelbart kan det være svært at se, at der er noget der ikke er så godt, for hun er god til at holde facaden, og kan være smilende, velplejet og taler positivt om barnet, men egentlig følelsesmæssig kontakt med barnet har hun ikke i den periode. Det er det en erfaren sundhedsplejerske nu om stunder får øje på.

*) Mestringsstrategier er det barnet gør for at få sine behov dækket, som spæd: græder, søger kontakt, kravler hen til mor o.m.a. Får barnet ikke sine behov dækket og bliver efterladt i en tilstand af ensomhed og smerte uden at kunne gøre mere, vil det være nødt til at beskytte sin spæde selvfølelse mod denne smerte. De psykiske strategier, som barnet udvikler, kaldes overlevelsestrategier eller forsvaret. De hjælper barnet til ikke at mærke smerten, gør barnet "ikke-mærkende", f.eks. kan det sove meget, få "glasøjne", blive motorisk stiv eller modsat helt slap o.m.a. Evnen til at udvikle såvel mestrings- som overlevelsestrategier er medfødt, men der er som på andre områder store forskelle på de enkelte (spæd)børns evner.

2. At skelne fødselsdepression fra andre reaktioner

En nybagt mor der gennem nogen tid har været ked af det, trist og opgivende, kan meget vel have en fødselsdepression, men det er ikke nødvendigvis sikkert. Der må en nærmere "analyse" af hendes problematik til, før man kan sige det. Det er vigtigt at diagnosticere tilstanden korrekt, da behandlingen afhænger af grundproblematikken.

Andre reaktioner og tilstande, der kan være tale om:

1. stressreaktion
2. posttraumatisk stress eller forsinket sorgreaktion
3. genetisk/biologisk betinget depression
4. social og følelsesmæssig umodenhed
5. fødselspsykose

Ad 1) Stressreaktion

En stresssituation opstår, når belastning følger på belastning. Jeg har set mange forskellige - nærmest utrolige – belastninger - vælte ned over en gravid kvinde eller nybagte forældre, f.eks. egne forældre bliver skilt, partneren brækker benet, bliver sagt op, huset får en alvorlig vandskade, der både kræver meget oprydning og måske kamp med forsikringselskab.

Kvinden og hendes mand kan uden tvivl klare én stressfaktor, måske to eller tre, men den fjerde kan helt vælte balancen. Det hele bliver bare for meget, kan føles som en uretfærdig straf. Gråd og magtesløshed kan blive resultatet, og kvinden kan blive helt overtroisk og forvente at ulykkerne fortsætter, så hun ikke tør glæde sig til sit barn eller tro på, at det er et sundt og rask barn, når hun først har fået barnet.

En ikke så ualmindelig situation nu omstunder er den, hvor parret har købt ny – større – bolig, eller der skal bygges om i den gamle, måske nyt børneværelse eller større badeværelse, så der bliver plads til alt "babygrejet". Måske er det et gør-det-selv projekt for manden – hans måde at "bygge rede"/give sit bidrag til den nye familiesituation. Men den slags projekter har det ofte med at blive mere (tids)krævende end forudset, og når kvinden så kommer hjem med barnet, bygges der stadig, og alt er støv, hamren og banken. Manden er fjern og ikke tilstrækkeligt deltagende, for han skal lige Jeg har set par, der efter en fødsel må bo de første uger hos bedsteforældrene, fordi håndværkere først skal være færdig med deres bolig. Det er sjældent en god start.

Nogle gange har jeg oplevet en nybagt mor i den fortvivlende situation, at manden har forladt hende kort efter fødslen, evt. også kørt før fødslen. Dette er helt specielt belastende, nærmest en katastrofe for hende. I flere af disse tilfælde handler det om, at manden bliver grebet af panik ved tanken om at blive far – og dermed bundet for altid. Han bliver oversvømmet af alt det fremmede og uvisse foran ham, og en fødselsdepression kan også være lige om hjørnet for ham.

I graviditeten og efter fødslen har kvinden helt specielt brug for ro, fred og harmoni omkring sig for at kunne udvikle sig som mor mentalt, følelsesmæssigt og praktisk og for at kunne "møde" sit barn og mærke dets egenart. Så det er en særligt følsom periode med hensyn til belastninger.

Ad 2) posttraumatisk stressreaktion, forsinket sorg

En del kvinder har nu omstunder vanskeligheder med at blive gravide. Måske har parret oplevet en årelang kamp for at få et barn. Når det så endelig lykkes at få et sundt og velskabt barn, sker det af og til, at alle sårene fra den lange kamp for at blive gravid bryder op og kræver at blive "plejet". Kvinden har måske igennem lang tid bevaret håbet og undertrykt sin sorg, vrede eller angst for at forblive barnløs. Mange har i den situation en følelse af at have mistet et barn – det barn de drømte om. Når de så står med det helt konkrete barn i armene, kan det virke helt uvirkeligt og forsvaret holder ikke længere følelserne tilbage.

Nogle kvinder har helt konkret mistet et barn, måske i graviditeten måske under fødslen eller kort efter fødslen, evt. senere. Måske har hun aldrig givet plads til den sorg, der

naturligt følger ved et barns død, fordi hun hurtigt vil forsøge at få et andet barn. Den "gamle" sorg kan udløses ved fødslen af et nyt barn.

En kvinde, jeg arbejdede med, havde midt i sin graviditet mistet sin mor, der døde pludseligt af en blodprop. Hun var ulykkelig og fortvivlet, men stort set kun til moren var begravet. Så besluttede hun, at hun VILLE være glad og glæde sig til at skulle være mor. Det lykkedes også så nogenlunde – mange syntes hun var stærk, hvad hun jo på en måde også var. Men kort efter datterens fødsel brød sorgen hjerteskræende frem, og hun bare græd og græd over sin mor, som hun nu ikke kunne dele sin glæde med, og som heller ikke fik lov til at opleve at blive mormor.

Andre traumatiske, undertrykte oplevelser kan være incest eller voldtægt, som måske aldrig er blevet bearbejdet overhovedet. Specielt ved belastende fødselsoplevelser kan der bliver lukket op for disse gemte sår.

Ad 3) Genetisk biologisk betinget depression

I nogle familier er der genetiske forhold, der går i arv og giver større risiko for at udvikle depression i det hele taget. Det betyder, at der hos kvinden er en sårbarhed, som kan bryde ud i en depression i forbindelse med graviditet, fødsel og det at blive mor, som generelt er en specielt krævende periode, ofte beskrevet som en udviklingskrise.

Andre af kvindens familiemedlemmer har ofte haft en depression, eller kvinden har tidligere i sit liv oplevet depressive tendenser, måske også haft en depression. Denne form for depression i denne livsperiode kaldes også ofte – og naturligt - for en fødselsdepression, men er altså ikke den samme tilstand som den psykiske betingede, der beskrives senere.

Ad 4) Social og følelsesmæssigt umodenhed

Umodenhed og følelsesmæssig ustabilitet kan ses hos kvinder/par, som også i andre sammenhænge har haft brug for støtte og hjælp til at komme i gang med voksenlivet, f.eks. blive fastholdt i et skole- og uddannelsesforløb eller i et job. De har ofte allerede eller har tidligere haft kontakt med socialforvaltningen. De kvinder kan naturligvis også reagere med gråd, usikkerhed, magtesløs og vanskeligheder med at tage barnet til sig, men det er på en anden måde end ved fødselsdepression. De er typisk meget mere svingende med mange andre umodenhedsreaktioner, bl.a. også vanskeligheder i parforholdet.

Ad 5) Fødselspsykose

En fødselspsykose kan godt ved starten ligne en fødselsdepression, men det bliver meget hurtigt klart både for partneren og andre familiemedlemmer og selvfølgelig for sundhedsplejersken, at her er der tale om noget meget mere graverende, der fører til psykotiske reaktioner som f.eks. hallucinationer og paranoide forestillinger. Kvinden har ikke altid selv erkendelse af sin tilstand. Læge og psykiater må hurtigt konsulteres, og indlæggelse kan evt. være nødvendigt. Det er en sjældent forekommende psykisk sygdom, der kun rammer 1 ud af 1000 kvinder, dvs. 1 promille.

Kombinerede reaktioner

Nu er der jo intet der er helt enkelt eller enten-eller. Så det kan også forekomme, at kvinder der bliver ramt af stress, forsinket sorg eller for den sags skyld har en biologisk, medfødt sårbarhed, også kan have en personlighed med en sårbarhed, der giver anledning til en psykologisk betinget fødselsdepression, således som jeg beskriver i det følgende.

3. Den psykologisk betingede fødselsdepression

Det er klart at både kvinden selv og hendes mand gør sig tanker om, hvad det er for noget, der har ramt hende, hvad er det hun lider af, hvorfor har hun fået det sådan. Også sundhedsplejersker, psykologer og læger er optaget af, hvad en fødselsdepression er, bl.a. for at kunne tilbyde den rette behandling. Jeg har i min forståelse af, hvad en fødselsdepression "er", når den ikke er genetisk betinget, taget udgangspunkt i barnets selvudvikling. Kvinden, der udvikler en fødselsdepression har jo selv været barn og udviklet sin grundlæggende selvfølelse dengang. Og det er denne selvfølelse der bliver "ramt" ved en fødselsdepression.

3a. Et barns selvudvikling

Barnets Selv, dvs. dets inderste fornemmelse af at være mig, dets identitetsudvikling, kernen i dets personlighed, kan udvikle sig i tre retninger, nemlig som 1) Det sande, ægte Selv, 2) Det falske Selv og 3) Det splittede Selv. Det er Det falske Selv, der senere i voksenalder kan blive til grundlaget for en fødselsdepression.

3b. Det sande, ægte Selv

Det barn der føler sig elsket og "rummet" og får **betingelsesløs kærlig omsorg** og relevante reaktioner fra forældrene både følelsesmæssigt, mentalt og kropsligt, vokser og udvikler sig "**indefra**". Alle dets medfødte ressourcer og evner bekræftes og forstærkes, og barnet udvikler en tryk, sikker og god følelse af at være mig og dermed et **Sandt, ægte Selv**. Barnet kan være sig selv, hviler i sig selv, fordi det **har udgangspunkt i sig selv**, i egne behov og følelser, samtidig med at dets kærlige følelser for forældrene gør, at det også lærer og gerne vil lære at tage hensyn til dem og andre. Det er et glad barn med masser af energi, nysgerrighed, tillid til og mod på livet.

3c. Det falske Selv

Barnet med **Det falske Selv** er et barn, der ikke er blevet mødt tilstrækkeligt af sin mor eller sine forældre. Moren/forældrene har ikke været tilstrækkeligt tilstede – fysisk eller følelsesmæssigt – for barnet, eller hun/de har en forestilling om, at barnet skal være på en bestemt måde eller opfylde deres behov. Dermed ser forældrene kun bestemte sider af barnets måde at være på og accepterer kun visse behov og følelser hos barnet.

De ignorerer og afviser kategorisk andre side af barnet, og måske bliver barnet også udsat for egentlig fysiske eller seksuelle overgreb. Der er **betingelser for kærligheden**.

Barnet vil trods alt forsøge at få så meget kærlig omsorg som muligt. Det vil som mestringsstrategi forsøge at "knække koden" - så at sige - til hvordan kærlighed trods alt kan opnås. Det tilpasser sig derfor forældrene og dermed de vilkår, der er for positive reaktioner og accept. Barnet undertrykker egne behov og egen smerte over ikke at blive mødt, som det har behov for. Det kapsler ved hjælp af overlevelsestrategier (forsvaret) egen smerte af ensomhed, af at føle sig afvist, ikke god nok inde og bliver et "godt" barn. Barnet skjuler det tabte Selv, således som den svejtsiske analytiker Alice Miller beskriver det i sin bog "Det selvudslettende barn". Barnet kommer så til at fremstå som f.eks. den søde, hjælpsomme, dygtige, sjove, "usynlige", den "pæne" og velopdragne eller andet, der passer. På den måde udvikler barnet en "facade", der matcher forældrenes behov og krav.

Barnet klarer sig ofte godt i skolen og i familien og virker velfungerende. Men det har en pris. Barnet kan ikke bare være sig selv, **det tager udgangspunkt i andres behov** og forventninger og vil ofte vurdere egne reaktioner, adfærd og succes efter, hvad andre mener om det.

Som voksen er det ofte dem, som andre søger hjælp hos, de er vellidt, netop fordi de har andre som udgangspunkt for deres handlinger. Eller de er de dygtige med gode eksamener. De kan måske ligne piger fra "flinkeskolen", men det er ikke helt identisk, idet man godt kan have "gået i flinkeskolen", uden dermed nødvendigvis at have savn, ensomhed og identitetsmæssig afhængighed af andre som kerne i sin personlighed. Kvinder (mænd) med et Falsk Selv kan senere udvikle en fødselsdepression. Det vender jeg tilbage til, når jeg har beskrevet "Det splittede Selv".

3d. Det splittede Selv

For fuldstændighedens skyld vil jeg også omtale barnet med **Det splittede Selv**. Det barn modtager heller ikke tilstrækkelig omsorg og bliver ofte udsat for tilfældige straffe og sanktioner. Måske bliver det også udsat for direkte overgreb af forskellige slags. Men barnet formår ikke – som barnet med Det falske Selv – at udvikle mestringsstrategier, der kan sikre det et minimum af kærlig omsorg og positiv opmærksomhed. Vilkårene er ofte sådan, at forældrene er styret af deres her- og nu-behov og –stemning, og der er ingen, ringe eller kun **tilfældig kærlighed** til rådighed.

Barnet har således ikke mulighed for at "gennemskue" forældrene og tilpasse sig deres tilfældige stemninger. Barnet er heller ikke i sin smertefulde situation i stand til at udvikle tilstrækkelige overlevelsesstrategier til at undertrykke egen smerte eller egne naturlige behov. Frustrationerne bryder hele tiden frem. Dette barn har det synligt svært og er belastet, hvad enten det bliver pylrende, og let bliver slået ud og let opgiver, eller det bliver et vredt, aggressivt barn eller et uroligt barn, der kommer i konflikt med alt og alle.

Dette barn er styret af og har **udgangspunkt i her-og-nu situationen** og sine her-og-nu følelser og –behov . Det vil ofte få mange problemer i skolen, socialt og også senere som ung og voksen. Som unge vil de ofte blive beskrevet som umodne og som voksne

måske som karakterafvigere. Det vil naturligvis også for disse personer ofte være svært at blive forældre, men det vil vise sig på andre måder end ved en fødselsdepression.

3e. Selvværd og selvtillid

Barnet og den voksne med **Det sande Selv** har god selvværdsfølelse (føler sig elsket og værdsat) og har også god selvtillid (føler det dur til noget, kan klare en masse). Det er robust i mange henseender, tåler udfordringer og krav og kan også tåle rimelig kritik.

Barnet – den voksne - med **Det falske Selv** har ofte god selvtillid (det føler det det kan præstere noget (det som accepteres), men ringe selvværdsfølelse (føler sig ikke elsket som den jeg er). Det stiller store krav til sig selv, virker ofte noget perfektionistisk, tåler ikke ret godt kritik, men vil ofte holde sin sårbarhed/sårhed for sig selv.

Barnet med **Det splittede Selv** har hverken en god selvværdsfølelse eller meget selvtillid, evt. en "oppustet" selvtillid, der nemt kan krakelere. Det tåler ikke udfordringer og krav og endnu mindre kritik.

Der er naturligvis mange "grader" af både Det sande Selv, Det falske Selv og Det splittede Selv, og at der også kan være overgangsformer. Der er også vigtigt her at gøre opmærksom på, at alt i denne udvikling ikke handler om miljøet, dvs. forældrenes måde at være på. Også medfødte evner og ressourcer hos et barn betyder noget i udviklingen af selvet.

4. Fødselsdepressionen bryder ud

Når kvinde med det sårede selv bag facaden af Det falske Selv får sit lille barn i armene, vil dette hjælpeløse lille barn – så at sige - kunne trænge igennem hendes Falske Selv-facade og vække hendes barndoms savn. Hendes barn danner bro til hendes eget indre sårede barn. Og når først denne forbindelse er skabt, er den svær at lukke igen. De mange svære følelser fra egen barndom vælter frem – ofte i en helt uforståelig form - og vil ud, for at blive rumme og fordøjet og dermed helet på en ny måde.

Det er dog ikke nødvendigvis absolut sådan, at kvinder med et falsk Selv får en fødselsdepression. Det er ikke altid nok blot at være gravid og få et barn, somme tider skal der også andre forhold til for at udløse en fødselsdepression, eller forsvaret kan være så stærkt, at de gamle sårede følelser ikke bryder igennem (første gang kvinden får barn).

Kvinden ved ofte intet om sin sårede indre selvfornemmelse og forstår slet ikke, hvad der sker med hende og bliver skræmt. Der er dog nogle kvinder, der ikke er helt totalt uvidende om deres egen indre smerte. De har måske enkelte gange fået signaler "derindefra", som de har kunnet ignorere, eller som de er kommet over. Et eller andet sted inde i sig ved de måske også godt, at "der er noget", at de ikke er helt så friske og frejdige, som de giver det udseende af, eller ikke har helt den ideelle familiebaggrund,

som de gerne vil tro. Men de fleste er nok helt uvidende om det indre drama, de bærer rundt på.

5. Opsporing og tidlig indsats

I den tidligere indsats er jordemoder, egen læge og specielt sundhedsplejerske vigtige professionelle. Disse faggrupper har i de seneste 5 – 10 år fået en stor viden om og erkendelse af, at en fødselsdepression kan være en alvorlig tilstand, der dels kan være belastende for kvinden, men så sandelig også for hendes relation til barnet og dermed for barnet og for dets udvikling og også for hendes partner. De ved også at tidlig indsats er vigtigt.

Kvinder der er i risiko for at udvikle en fødselsdepression – og det gælder også kvinder med en biologisk betinget depression – har brug for særlig opmærksom og støtte allerede i graviditeten. Hvis det sker, er der gode muligheder for at støtte hende i den naturlige psykiske udviklingsproces, som graviditeten også er. Herved kan det være muligt at "tage hul" på den indre smerte, og kvinden vil kunne fortsætte denne proces indenfor de rammer, som bl.a. sundhedsplejerske, mødregrupper, evt. egen mor, søstre eller veninder kan være for hende. Noget af den indre smerte kan derved heles, så en fødselsdepression ikke bryder ud.

Sundhedsplejersker er helt centrale i opsporingsarbejdet. Det er vigtigt, at de spørger direkte til, hvordan kvinden har det. Nogle steder her i landet er man gjort forsøg med at bruge Edinburgh Fødselsdepressions skalaen til screening for fødselsdepression. Sundhedsplejerskerne Annette Korsgaard og Marianne Jeppesen, København, kan beskrive fordele og ulemper de har oplevet med skalaen.

6. Behandling

Den større viden om fødselsdepression gør nu, at kvinderne ofte selv vil komme til at tænke på fødselsdepression, hvis de har det svært. De oplever det heller ikke så ofte som tidligere skamfuldt, pinligt og flovt at have det på den måde. Det er et stort skridt fremad mod hjælpen. Kvinden vil således ofte selv erkende, at hun ikke kan "få styr på det", på sine følelser og tager de første skridt til at åbne sig for sin mand, hvis hun ikke allerede har gjort det og overfor andre, bl.a. overfor sundhedsplejersken.

Sundhedsplejersken er ofte den person som kvinden er tryk ved og har tillid til, så hun må dels hjælpe hende videre til de behandlingsfaciliteter, der er mulige lokalt, men også ofte fortsætte som sundhedsplejerske for hende.

I 2008 er det blevet muligt for personer mellem 18 og 37 år med lettere til middel depression at få betalt 2/3 af psykologhjælp hos en privatpraktiserende psykolog via den offentlige sygesikring. I behandlingen vil psykologen kunne arbejde såvel kognitivt som psykodynamisk.

6.a. Første fase

I den første fase, hvor kvinden ofte er meget ulykkelig og kaotisk, er der behov for **symptombehandling/aflastning**. Kvinden skal have hjælp til at dæmpe sin uro evt. angstanfald, til at få styr på irringkørende, belastende tanker, fratages skyld og i øvrigt hjælpes ind i en dagsrytme med hvile, bedre søvn, regelmæssige måltider og bevægelse (gåture). Hun har også ofte brug for hjælp til pasning af barnet fra faren og familie i øvrigt. Faren kan evt. overtage barselsorloven, mens moren får en sygemelding. Evt. er det også nødvendigt med medicinsk behandling.

Psykoedukation hvor kvinden og hendes mand får information og viden om tilstanden kan også være gavnligt.

6b. Anden fase

I næste fase har kvinden brug for **jeg-støtte** til at mærke sig selv og lære sig at have bedre kontakt med sig selv og mærke sine her-og-nu behov bl.a. for omsorg fra sine nærmeste og for evt. at få en pause for barnet (uden af føle skyld). Hun skal lære sig selv bedre at kende – på et indre plan – og blive bedre til at tage vare på egne behov og ønsker. I denne fase er behandlingen orienteret mod her-og-nu. Forskellige **kropsorienterede** tilgange til dette er befordrende.

Kvinden skal også have støtte til at turde gå ind i en tættere følelsesmæssig kontakt med barnet og mærke, hvad det gør ved hende (**mor-barn relationsarbejde**).

Parret har også ofte brug for **parsamtaler** til at klare dagligdagen og til at udvikle et ligeværdigt forældreskab. Egentlig parterapi kan parret sjældent rumme på dette tidspunkt, hvor de er fokuseret på kvindens tilstand, på barnet og på det at være blevet forældre.

6c. Tredje fase

I tredje fase har kvinden brug for at komme dybere ned i sin problematik i et **psykoterapeutisk forløb**. Her handler det mere om, hvad hun har med sig fra tidligere, dog ofte med udgangspunkt i noget der sker her og nu. Hun har behov for at få kontakt med den indre smerte og følelse af bl.a. tidligere savn og svigt, ensomhed, skyld, skamfuldhed og angst. Det er vigtigt, at hun lærer sig at rumme disse følelser og se dem som en (naturlig) del af hende, som hun ikke behøver kapsle inde bag en facade. Med bedre kontakt med sig selv, også med den sårede del, vil hun også have lettere ved at have følelsesmæssig kontakt med sit barn – og sin mand, selv om det i en periode kan være svært for hende at rumme andre/andet end sig selv og den terapeutiske proces.

Også gruppebehandling kan være relevant, men langt fra alle steder i landet er det en mulighed, og det er heller ikke alle kvinder, der ønsker at deltage i en gruppe.

Det er vigtigt her til sidst at gøre opmærksom på, at egen mor eller far ikke blot skal udpeges som "skadevolderne". De har jo deres egen historie, der ofte også indebærer

savn og smerte. Samtale med egen mor kan bidrage til den terapeutiske proces, hvis begge ønsker det.

Afslutning

De allerfleste kvinder siger efter en fødselsdepression, at det var den sværeste periode i deres liv, og at de havde svært ved at tro på, at de igen kunne blive glad og få god kontakt med barnet, men at de nu har lært sig selv at kende på en helt anden og bedre måde. Nogle siger endda, at de trods smerte og håbløshed ikke ville have undværet perioden!

Lise Gullestrup er cand. Psych. og har bl.a. i mange år arbejdet i Aalborg kommunes socialforvaltning i en familieinstitution, hvor målgruppen var gravide, deres partnere og nybagte forældre. Her mødte hun gennem årene mange kvinder med fødselsdepression og deres familier, og selv om fødselsdepression kan være ret forskellig fra kvinde til kvinde, er der alligevel meget der er fælles og går igen. Det er bl.a. det, der beskrives i denne artikel.

Lise Gullestrup har skrevet 2 bøger:

Lise Gullestrup: At blive et med sig selv – om udviklingen af det 0 – 5 årige barns Selv, Frydenlund, 2005).

Lise Gullestrup & Inger Merete Terp: Fødselsdepression, Psykiatrifondens Forlag, 2008