

KOGNITIV BEHANDLING AF KVINDER MED EFTERFØDSELSREAKTION

STRUKTURERET GRUPPEFORLØB

AF MARIANNE JEPPESEN OG ANNETTE KORSGAARD

Kvinder med efterfødselsreaktion, herunder fødselsdepression, har siden 2004 været et fokusområde for sundhedsplejen på Nørrebro, Københavns Kommune¹. Mødrene er blevet tilbudt screening med *Edinburgh Post Natal Depression Scale* (EPDS) og har ved behov fået mulighed for deltagelse i et gruppeforløb. Gennem årene har gruppetilbuddet gradvist udviklet sig på baggrund af vores erfaringer og kvindernes evalueringer. I 2008 besluttede vi at tilbyde kvinderne et gruppeforløb ud fra en kognitiv referenceramme inspireret af den amerikanske psykolog Sheldon Rose (1). Dette har givet et tilfredsstillende forløb både for kvinderne og for os som gruppeledere.

Vi ved, at en efterfødselsreaktion vil aftage over tid, men af hensyn til kvindens tilknytning til sit spædbarn, og dermed barnets udvikling og trivsel, har vi vurderet, at det er et vigtigt indsatsområde, som dog kræver undervisning, efteruddannelse og supervision af sundhedsplejerskerne. Siden starten af april 2010 har vi i samarbejde med chefpsykolog Svend Aage Madsen fra Rigshospitalets Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning tilbudt både mødre og fædre at blive screenet for fødselsdepression med EPDS og *Gotland Male Depression Scale*.

Efterfødselsreaktioner er tabu

Vi præsenterer tilbuddet om screening ved første hjemmebesøg og udleverer samtidig en folder, som informerer om screeningen, symptomerne på en efterfødselsreaktion, samt hvilken hjælp man kan få. Forældrene tilbydes screeningen mellem en og fem måneder efter fødslen, oftest når barnet er omkring to måneder gammelt. Ved tydelige tegn på efterfødselsreaktion tilbydes

screeningen tidligere, og den kan gentages senere, hvis det skønnes relevant.

Vi har erfaret, at det er godt at sætte emnet efterfødselsreaktion på dagsordenen i hjemmebesøgene, fordi emnet er tabubelagt. Samtalen om forældrenes psykiske velbefindende virker både forebyggende i forhold til udviklingen af en eventuel efterfødselsreaktion og samtidig lindrende, hvis forældrene har det svært. Ud over samtalen i besøget kan mødrene henvises til deltagelse i et kognitivt gruppeforløb, og begge forældre kan henvises til sundhedsplejens anonyme rådgivning, hvor en sundhedsplejerske med minimum et års efteruddannelse i kognitiv terapi tilbyder fem samtaler.

Fra åbne til lukkede gruppeforløb

Den enkelte kvinde henvises oftest fra egen sundhedsplejerske til eventuel deltagelse i gruppeforløbet i forbindelse med EPDS-screeningen. Vi kontakter alle henviste kvinder telefonisk og spørger ind til kvindens problemer og forventninger til gruppeforløbet. Samtidig informerer vi om gruppeforløbets rammer, struktur og indhold. Vi sikrer ligeledes, at den enkelte kvinde har børnepasning, da gruppeforløbet som udgangspunkt er uden børn.

Oprindeligt var vores gruppetilbud for kvinder med efterfødselsreaktion en åben gruppe, hvilket betød, at der løbende kom kvinder ind og ud af gruppen. Af flere grunde besluttede vi i starten af 2008 at forsøge med en lukket gruppe. Der er både fordele og ulemper forbundet med henholdsvis en åben og lukket gruppe, men vi var nået dertil, at vi syntes, ulemperne ved en åben gruppe oversteg fordelene, og at tiden var moden til at afprøve nye idéer i vores gruppetilbud.

“ Oprindeligt var vores gruppetilbud for kvinder med efterfødselsreaktion en åben gruppe, hvilket betød, at der løbende kom kvinder ind og ud af gruppen. Af flere grunde besluttede vi i starten af 2008 at forsøge med en lukket gruppe.

¹ Artiklen har tidligere i en let ændret version været bragt i Sygeplejersken nr. 15, sept. 2010.

OM EFTERFØDSELSREAKTION

At få et barn og dermed blive en større familie er for de fleste en overvældende begivenhed, som ud over glæde også giver anledning til bekymring og uro. Det er helt normalt at have det sådan.

Men nogle kvinder vil opleve, at manglende glæde, tristhed, øget irritabilitet, angst, ængstelse og en følelse af at være ulykkelig fylder mere end glæden over barnet og at være blevet mor. Man taler så om at have en efterfødselsreaktion.

Det vil ofte opleves skamfuldt, og det kan være svært at erkende, at man ikke er lykkelig, når nu en lykkelig begivenhed som at få et barn og blive mor er indtruffet. Inderst inde har man måske indimellem tanker om at få livet før familieførelsen tilbage. Mange kvinder vil fortie, hvordan de har det, og vil forsøge at holde facaden i forhold til andre. Og hvis de taler om det, vil reaktionen fra andre måske være, at de bare skal tage sig sammen. Så kvinderne vil desperat forsøge at lade, som om alt er i den skønneste orden, selvom det er meget lidelsesfuldt at have en efterfødselsreaktion.

Uden behandling vil en efterfødselsreaktion gradvist aftage over tid, men der er øget risiko for udvikling af en depression i forbindelse med en ny graviditet. Med behandling samt støtte og opbakning fra omgivelserne vil forløbet afkortet, og man vil udvikle nye kompetencer og dermed blive bedre rustet til at klare de udfordringer, som fremtiden vil bringe.

Følgende ulemper var udslagsgivende for os:

- Kvinderne i gruppen gav udtryk for frustration over at skulle forholde sig til de nye kvinder, der kom ind i gruppen hen ad vejen. Det påvirkede samhørigheden, tilliden og trykningen i gruppen i negativ retning.
- Der var ikke stabilt fremmøde. Det kan muligvis begrundes i ovenstående.
- Ofte gik der for meget tid med gentagen præsentation og introduktion til gruppens rammer, struktur og indhold.
- Der var ikke en begyndelse, en arbejdsfase og en afslutning på gruppeforløbet. Det betød, at vi ikke kunne tage udgangspunkt i emner, der allerede var drøftede, og bygge videre på det, vi tidligere havde talt om.
- Vi var ikke i stand til på tilfredsstillende vis at imødekomme kvindernes ønske om at lære konkrete redskaber til forandring af tænkemåde og adfærd i en mere hensigtsmæssig retning.

Vi kunne se følgende fordele ved en lukket gruppe:

- Alle kvinderne startede og sluttede samtidig i gruppen. Det ville påvirke samhørigheden, tilliden og trykningen i gruppen i positiv retning.

- Vi forventede af samme grund et mere stabilt fremmøde.
- Vi skulle kun indledningsvis i gruppeforløbet arbejde med præsentation og introduktion til gruppens rammer, struktur og indhold.
- Vi ville opnå en begyndelse, en arbejdsfase og en afslutning på gruppeforløbet, hvilket ville medføre mulighed for at tage udgangspunkt i allerede drøftede emner.
- Vi kunne imødekomme kvindernes ønske om at lære konkrete redskaber til forandring af tænkemåde og adfærd i en mere hensigtsmæssig retning.

Vi mødes med gruppen hver anden uge i to timer bortset fra de tre første gange, hvor vi mødes med en uges interval, i alt ni gange enten hen over efteråret eller foråret. Når vi starter gruppen, udleverer vi et program for gruppeforløbet med en kort beskrivelse af de enkelte møder (se boks næste side).

Automatiske tanker

Som programmet viser, arbejder vi kognitivt hele forløbet igennem. Når man arbejder med kognitiv terapi som referenceramme, indebærer det fokus på sammenhængen mellem den enkelte negative automatiske tanker, følelser, krop-

PROGRAM FOR MØDERNE I GRUPPEFORLØBET

1. *møde*: Præsentation af programmet, forventninger og rammer for forløbet. En kursist fra et af vores tidligere forløb fortæller om sin efterfødselsreaktion, og hvad det gav hende at deltage i gruppen. Alle udfylder en EPDS.
2. *møde*: Yderligere præsentation gennem en case. Introduktion til den kognitive model 'Diamanten.'
3. *møde*: Alle kvinderne får mulighed for at arbejde med egen 'Diamant' ud fra en kritisk situation.
4. *møde*: Fortsættelse af arbejdet med 'Diamanten.'
5. *møde*: Introduktion til og træning i alternative tanker.
6. *møde*: Fortsættelse med alternative tanker.
7. *møde*: Introduktion til kerneantagelser, leveregler og livsstrategier. Træning af mere hensigtsmæssig adfærd.
8. *møde*: Introduktion til og træning af assertiv kommunikation.
9. *møde*: 'Personlige rettigheder' gennemgås. Alle udfylder en ny EPDS. Skriftlig og mundtlig evaluering.

lige fornemmelser og adfærd i en konkret belastende situation. Denne kognitive model kaldes Diamanten (2). Den mening, man tillægger situationen, er bestemmende for, hvad man føler, og hvad man gør. Tankerne kaldes automatiske, fordi de er selvstyrende og ukritisk accepteres som sande og gyldige, selvom de ofte er overdrevne eller ugyldige. De automatiske tanker, som er situationsbundne, konkrete og kan udtrykkes som udsagn eller forestillinger, danner udgangspunkt for en nærmere undersøgelse, hvor man anvender en særlig spørgeteknik, som kaldes sokratiske dialog (3,4). Gennem spørgsmålene undersøges tankerne, hvilket skaber mulighed for, at alternative tanker (3) kan fremkomme, og tænknin-

gen kan blive mere nuanceret. Dette medfører følelsesmæssig lettelse og giver mulighed for en mere hensigtsmæssig adfærd. Kvinderne hjælper i denne proces hinanden med at få andre perspektiver på konkrete situationer. Et vigtigt element i kognitiv terapi er, at man arbejder meget struktureret med en dagsorden (5). Desuden anvendes hjemmearbejde, hvor den enkelte får mulighed for at arbejde videre med et konkret problem indtil næste møde (3).

Kommunikative vandkeligheder

Som det fremgår af programmet, arbejder vi på et af de sidste møder med assertiv kommunikation (6). Det er vores erfaring fra de kvinder, der har deltaget i vores gruppeforløb, at mange har kommunikative vandkeligheder, som især kommer til udtryk i de nære relationer med kæresten, ægtefæller, venner og forældre. Vi tager udgangspunkt i en konkret uhensigtsmæssig situation, og kvinderne får inspiration til andre måder at kommunikere på samt mulighed for at øve sig i at udtrykke sig mere konstruktivt fx i et rollespil.

Vi arbejder også med 'Personlige rettigheder' (2), som er formuleret som universelle rettigheder, der gælder for alle mennesker i deres indbyrdes samspil og kommunikation. Eksempler på disse personlige rettigheder er: retten til at sige fra, retten til at tage fejl, retten til at skifte mening, retten til ikke at vide, retten til at bede om hjælp, retten til at stille krav og retten til at være anderledes. Disse personlige rettigheder gør ofte stort indtryk på kvinderne og hjælper dem til at få øje på, at de ikke behøver at være perfekte og skulle kunne klare alt selv, men at det er i orden at bede om hjælp.

Et tredje vigtigt emne er: Hvad vil det sige at være en god mor? Vi oplever, at kvinderne kredser meget om at have skyldfølelse, og om de er en god mor for deres barn. Derfor er det det ble-

vet oplagt at definere, hvad det ville sige for den enkelte at være en god mor. Emnerne udvikler sig til at omhandle forholdet til egen mor, evt. far, og hvordan egen opvækst har været.

Gruppeforløb med eller uden børn

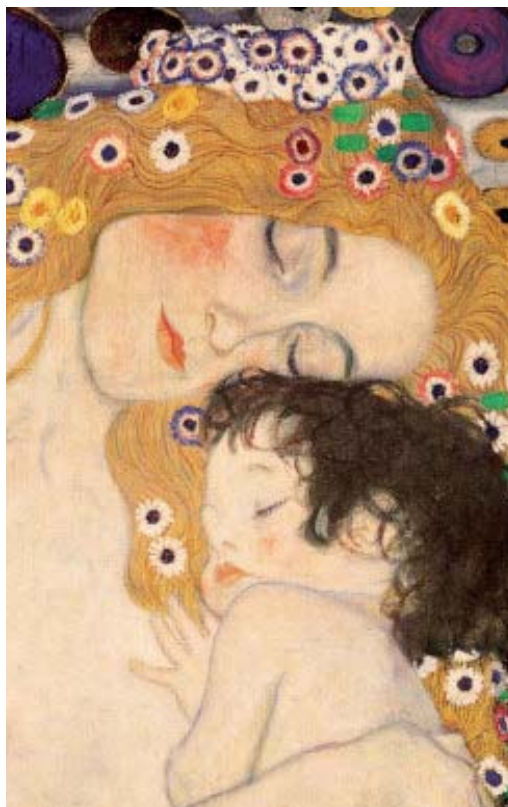
Da vi startede vores gruppeforløb i 2004, var betingelsen for at deltage, at man ikke havde sit barn med, og det var svært for mange. Mødrene kunne enten ikke finde pasning i de to timer, gruppen varede, eller ikke få sig selv til at overlade barnet til en anden. Vi sad på et tidspunkt med én enkelt mor, som selv foreslog, at det var bedre, hvis der kom nogle flere mødre, og siden har vi accepteret, at man undtagelsesvis kan tage barnet med, men som udgangspunkt skal der være pasning til barnet. Mødrene giver udtryk for, at de får større udbytte af gruppeforløbet, når barnet ikke er med. De seneste år har kvinderne ikke givet udtryk for vanskeligheder ved at komme uden børn, de er oftest hjemme sammen med deres fædre. Derfor er det ikke længere en udfordring, vi skal tage hånd om.

Udviklingen af gruppeforløbet

Gruppeforløbet har gradvist udviklet sig gennem årene og udvikles fortsat på baggrund af vores erfaringer og kvindernes evalueringer. Vi justerer ligeledes vores program ud fra, hvordan den aktuelle gruppe fungerer. Kvindernes viden om kognitiv terapi, deres indbyrdes relationer og samspil har betydning for de beslutninger, vi tager som gruppeledere. Vi mener, at det, der har betydning, er, at gruppelederne har en terapeutisk efteruddannelse, som danner reference-ramme for arbejdet.

Lukkede gruppeforløb en gevinst

I de første par år var gruppen åben, og mødrene kunne selv bestemme, hvornår de ville slutte i gruppen, dvs. der kom løbende nye mødre ind, og andre forlod gruppen, når de var klar til det. Evalueringerne har siden 2008 vist, at det luk-



Gustave Klimt: Mor og barn. Ca. 1905

kede kognitive gruppeforløb har levet op til vores forventninger om større tilfredshed hos deltagerne, fordi de oplever at få konkrete redskaber til at kunne arbejde mere fremadrettet og konstruktivt med deres problemer i forbindelse med at være blevet mor. Vi har registreret, at kvinderne møder stabilt op. Der er stor samhørighed, kvinderne åbner sig og fortæller om meget private og vanskelige følelser på en måde, som man kun kan gøre, når man føler sig meget tryk. Der er nu en tydelig startfase, en arbejdsfase og slutfase, og det har været meget tilfredsstillende, at vi har kunnet arbejde kontinuerligt med de programsatte emner.



Hvis moderen gennem længere tid går rundt med en fødselsdepression, og der ikke er en far eller anden voksen til at overtage ansvaret for barnet, vil det betyde, at barnets udvikling og trivsel er truet. En ubehandlet fødselsdepression øger samtidig risikoen for, at kvinden udvikler en ny fødselsdepression i tilfælde af en ny graviditet og fødsel.

De sidste tre forløb fra perioden forår 2009 til forår 2010 med i alt 18 kvinder er evalueret ved hjælp af EPDS og et evalueringsskema. På evalueringsskemaet skal kvinderne angive de tre vigtigste ting, de har fået ud af at deltage i gruppen, og give en samlet vurdering ud fra følgende skala: Meget udbytterigt – udbytterigt – mindre udbytterigt – slet ikke udbytterigt. To ud af de 18 kvinder har vi ikke fået en evaluering fra. Af de 16 kvinder har 11 kvinder et markant fald i deres EPDS-point på mellem 40 pct. og 90 pct. målt fra gruppestart til slutning. De resterende fem kvinder har en reduktion mellem 10 pct. og 20 pct. Samtlige kvinder giver udtryk for at have fået redskaber til håndtering af deres vanskeligheder, større accept af sig selv og forståelse for, at de ikke skal være perfekte for at være gode mødre. To tredjedele af kvinderne svarer, at forløbet har været meget udbytterigt, og den resterende tredjedel svarer udbytterigt.

Behandling vigtig for barnets udvikling

Det kan have store konsekvenser for kvinden, hendes barn og hendes familie, hvis hun ikke får tilbudt en behandling af sin efterfødselsreaktion. Hvis moderen gennem længere tid går rundt med en fødselsdepression, og der ikke er en far eller anden voksen til at overtage ansvaret for barnet, vil det betyde, at barnets udvikling og trivsel er truet. En ubehandlet fødselsdepression øger samtidig risikoen for, at kvinden udvikler en ny fødselsdepression i tilfælde af en ny graviditet og fødsel (7,8). En efterfødselsreaktion kan altså udvikle sig fra at være en lidelse, der relativt nemt kan behandles, til at være en begivenhed med store konsekvenser for den pågældende families trivsel og sundhed.

Litteratur

1. Rose, SD: (Ikke publiceret) *Kognitivt gruppearbejde i praksis - Øvelser med eksempler*. Oversat og bearbejdet af Ulla Wattar. Fås ved henvendelse til artiklens forfattere.

2. Oestrich, IH: *Selvværd og nye færdigheder. Manual til dig i udvikling*. 1. udgave København: Dansk Psykologisk Forlag 2008.
3. Mørch MM & Rosenberg NK: *Kognitiv terapi*. I: Mørch MM & Rosenberg NK, editor: *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. 1. udgave København: Hans Reitzels Forlag 2005.
4. Berge T & Repål A: *Kognitiv terapi i praksis*. København: Akademisk forlag 2004.
5. Beck JS: *Kognitiv terapi. Teori, udøvelse og refleksion*. København: Akademisk Forlag 2006.
6. Oestrich IH: *Selvværd og nye færdigheder. Manual til terapeuten*. 1. udgave København: Dansk Psykologisk Forlag 2008. p. 97.
7. Gullestrup L & Terp IM: *Fødselsdepression*. 1. udgave København: Psykiatrifondens Forlag 2008.
8. Madsen SAA: *Bånd der brister - Bånd der knyttes*. København: Hans Reitzels Forlag 1996.
9. Cox J & Holden J: *Perinatal Mental Health: A Guide to the Edinburgh Post-natal Depression Scale*. London: Gaskell 2003.
10. Rutz W, Rihmer Z & Dalteg A: *The Gotland Scale for assessing male depression*. Nord J Psychiatry 2002; 56(4): 265-71).



Marianne Jeppesen er sundhedsplejerske på Nørrebro, sundhedsfaglig supervisor og kognitiv psykoterapeut MPF. Har gennem mange år arbejdet med kvinder med fødselsdepression. Superviserer sundhedsplejersker i Københavns Kommune. Underviser og holder foredrag om kognitiv terapi og sundhedsmæssige emner.

Annette Korsgaard er sundhedsplejerske og klinisk vejleder. Har gået på kognitiv psykoterapeutuddannelse. Har gennem mange år arbejdet med kvinder med fødselsdepression. Underviser i kognitiv terapi.