

E- Bog.

Forfatter. Lisbeth Villumsen Sundhedsplejerske, psykoterapeut MPF, systemisk og narrativfamilieterapeut, ECP godkendt, narrativ terapeut med internationalt diplom.

Er man(d) syg eller sund, når man(d) reagerer på overbelastning ?

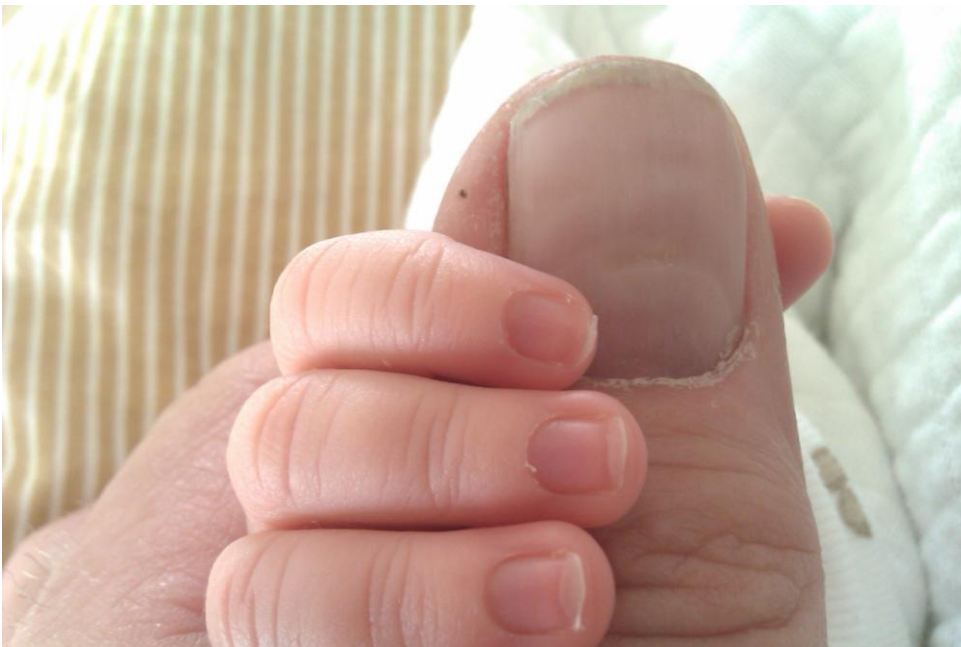


Foto: Lisbeth Villumsen (Forfatterens nyfødte barnebarn holder om sin farfars finger marts 2011)

Reaktioner i forbindelse med graviditet, fødsel og spædbarnstid:

"Er man(d) syg eller sund ,når man(d) reagerer på overbelastning???"

Liv via dialog Forlaget 22 juni 2013

Er forebyggelse af efterfødselsreaktioner/depressioner ikke interessant nok? Er børn og voksnes tilknytningsforstyrrelser, det heller ikke?

Statistisk set får mindst hver 4. kvinde og hver 7. mand en reaktion/depression, i forbindelse med at få barn. En reaktion der er værre end de selv kan magte, og som de behøver hjælp til. **Forskning viser, at halvdelen af alle disse behandlingskrævende efterfødselsreaktioner/depressioner kan forebygges ved en graviditetssamtale af en særlig karakter; hvem der oftere rammes og hvad der er virksomt, hvis tilstanden opstår (Villumsen, L.; m. fl. 2004)**

Men i DK er der stadig ikke nok fokus på dette i 2013. Samtidig har pressen jo i den sidste tid været fyldt af, at antidepressiv medicin, (som rigtig mange danskere får), ingen eller meget lidt effekt har på depression, men til gengæld giver mange bivirkninger. Udenlandsk forskning tyder på (ifølge udsendelse på DR 2 om emnet), at medicin slet ingen effekt har på depression, men at placeboeffekten* er stor. Er vi som samfund interesserede i at finde en diagnose, så eksperter kan behandle? Eller invaderer depressionen familiens liv som et tegn på overbelastning? Er det ikke vigtigt, at vi mere kan tale om, hvad der påvirker hvem? Hvor ingen får skylden, men hvor man ved fælles hjælp kan få øje på sammenhænge, adfærdsmønstre, og ressourcer, som måske ikke før har været synlige?

Alt for mange danskere har ifølge forskningen en tilknytningsforstyrrelse. Det har stor betydning for, om de magter opgaven som forældre. Er det ikke interessant nok at forebygge, vil vi hellere også give disse mennesker diagnoser? Kunne det ikke være godt at se på, hvordan evt. professionelle og familien kan hjælpes ad med, at mobilisere familiens egne måske uopdagede ressourcer til gavn for deres videre fremtid?

Jeg synes, at vi som samfund må overveje, om” man er syg eller sund, når man reagerer på overbelastning? Den der ”har” reaktionen, kan være bærer af en overbelastning, som hele familien er en del af. For lidt søvn, en svær fødsel, fysiske forhold, mange praktiske ting, der skal nås i en spædbarnsfamilie, forventninger fra familie, svigerfamilie osv. - osv. At det kan ses som et tegn fra ens krop på overbelastning. En rød lampe, der lyser, for overbelastning i stedet for en sygdom, som vi eksperter har eneret på at vide, hvordan man behandler.

Jeg har derfor her prøvet, at give mit bud på flere veje, at gå som professionel i samarbejdet med familierne.

Lisbeth Villumsen
Psykoteraapeut MPF, ECP godkendt
Systemisk og narrativ familieterapeut.
Narrativ terapeut med internationalt diplom.

Liv via dialog
Tlf. 2190 5868

* (Placeboeffekt. Personen i forsøget tror tabletten indeholder et virksomt stof, der helbreder, i dette tilfælde antidepressivt medicin, hvorefter personen opnår effekt eller helbredelse, men tabletten indeholder kun kalk

Forord: Jeg vil med denne E- bog forsøge at give mine erfaringer fra de sidste 28 år om efterfødselsreaktioner(EFR)/depressioner videre. Jeg har arbejdet med emnet, først som leder af en tværfaglig gruppe i knap 20 år, og siden som selvstændig de sidste 9 år. Jeg vil starte helt tilbage ved mine erfaringers begyndelse og opdaterer frem til i dag med erfaringer og forskningsresultater på området. Begrundelsen er, at en del kommuner endnu ikke er ret langt med forebyggelsen og behandlingen af disse reaktioner, som kvinder og mænd(og deres børn) kan få i forbindelse med forældreskab. Måske kan denne bog give nogle ideer og inspiration. Jeg har valgt også at tage et historisk tilbageblik på teorier, fordi mange af disse stadig er brugbare, kombineret med den nyeste viden på området.

Bogen indeholder ud over viden om reaktioner, disses forebyggelse og behandlingsforslag, også flere store afsnit om tilknytning og dennes betydning , både generelt og i forbindelse med EFR. Jeg har også valgt, at medtage afsnit om ledelse og organisering af tværfagligt arbejde med disse familier.

Begrundelsen er, at bogen gerne skulle kunne bruges som opslagsbog og inspiration, for lige netop det afsnit, som læseren ønsker at fordybe sig i, uden at læseren behøver at læse alle afsnit.

Jeg håber selvfølgelig også, at den samlede bog kan give inspiration til kollegaer og samarbejdspartnere i deres fremtidige arbejde. **Bogen henvender sig** mest til professionelle, der arbejder med børn og voksne. Rigtig mange problemstillinger, senere i livet, har sit udspring i forbindelse med at skulle være forældre. Men bogen indeholder metoder der er brugbare i alt behandlingsarbejde. Supervision, for at udså stress hos medarbejderne ,er også et at bogens temaer. God læselyst.

Morsø den 22 juni 2013

Lisbeth Villumsen

Hvordan er bogen opbygget?

Efter et resumé af tilstanden, begrebsafklaring samt forslag til hjælp, vil jeg uddybe følgende emner i bogen: Hvad er efterfødselsreaktioner/depressioner. Viden om Tilknytningen og dennes betydning. Perinatalperioden, herunder tilknytningen og dens betydning også set i historisk, teoretisk og praksis perspektiv. Hvilken betydning kan det have i forhold til reaktioner? Eksempler på praksisforslag. Børns reaktion på at have en forælder ramt af en efterfødselsreaktion. Teoretisk og praksis perspektiv. Forebyggelse og behandling af efterfødselsreaktioner/depressioner. Forslag til Graviditetsbesøg samt familieforbereelse. Teoretisk og praksis perspektiv.

Sundhedsplejerskebesøg som behandling. Tilknytningens betydning i dette arbejde. Andre anvendelige metoder. En samarbejdsmodel på et systemisk narrativt grundlag. Spørgsmålstyper.

Forslag til organisering af det professionelle arbejde med disse familier. (Kort beskrivelse af projekter, samt beskrivelse af hvilken del af teorien der danner grundlag for denne intervention med mange bilag)

Andre forslag til intervention – 'You have to ask'. Andre metoder, herunder brug af EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) Gotlandskalaen som screeningsredskab i det forebyggende arbejde.

Samtalen som redskab i forebyggelse og behandling. Niveauer i disse samtaler. Interventionsmetoden, at arbejde med reflekterende team, samt bevidning (OW). En model som en samtale kan bygges op over, denne kan også benyttes som supervisionsmodel. Praktiske øvelser, som kan prøves i en personalegruppe.

Samlet forslag til tilbud til familier med efterfødselsreaktioner. Eksternalisering – en narrativ metode med øvelse: Forslag til eksternaliserende samtale, (hvor en familie for tiden er invaderet af en efterfødselsreaktion.) Marte meo - en metode. Afslutning. Engelsk resume. Litteraturliste samt Bilag 1 til 30.

Indholdsfortegnelse:

Indledning	Side 8
Begrebsafklaring, definition.	Side 9
Kort resumé af tilstanden, begrebsafklaring samt forslag til hjælp.	Side 10
Hvorfor intervention og psykoterapi mod fødselsreaktion/ depression	Side 17
Efterfødselsreaktion /depression Tilknytningen og dennes betydning.	Side 21
Graviditetens faser	Side 56
Tilknytningsmønstre børn og forældre.	Side 58
Dannelse af tilknytning hos familier ramt af EFR.	Side 78
Forebyggelse via spørgsmål stillet i graviditeten – 'You have to ask'	Side 85
Forebyggelse og behandling af EFR/ depressioner. Sundhedspleje/intervention.	Side 90
Planlægning af indsats	Side 96
Følelsesmæssige forandringer og behandlingsforslag.	Side 97
Sundhedsplejerskebesøg som behandling. Samtalen som redskab.	Side 105

Systemisk og narrativ familieintervention som metode.	Side 106
Forslag til spørgsmål.	Side 112
Psykiske vanskeligheder.	Side 113
Forskellige niveauer.	Side 114
Post Partum Blues	Side 115
Sundhedsplejerskebesøg til børn der har en forælder der er ramt af EFR	Side 118
Tilknytningsterriernes betydning for tidlig indsats	Side 120
Metoder der kan anbefales	Side 141
En samarbejdsmodel	Side 146
Ledelse og organisering	Side 147
Domæneteorierne	Side 149
Virksomme spørgsmål ifølge forskning	Side 158
Vigtige begreber i systemisk teori	Side 164
Forslag til organisering af arbejdet til familier ramt af EFR	Side 172
Model	Side 175
Resume af gamle forskningsresultater sat op mod den nyeste forskning	Side 178
EFR er man syg eller sund?	Side 184
Andre forslag til intervention (barnets tilknytningsformer)	Side 185
Andre metoder til opsporing	Side 189
Samtalen som redskab	Side 191
Supervisionsmodel, Reflekterende team eller OW	Side 198
Forslag terapeutisk intervention	Side 225
Disposition til en samtale	Side 252
Marte meo	Side 259
Afslutning	Side 263
Engelsk resume	Side 263
Tak	Side 263
Litteraturliste	Side 264
Bilag 1 -30	

Bilag tilknyttet bogen:

Bilag 1	Forslag til pjece, med tilbud om graviditetsbesøg
Bilag 2	Forslag til pjece til kvinder om efterfødselsreaktioner
Bilag 3	Forslag til pjece til mænd om efterfødselsreaktioner
Bilag 4	Forslag til brev til mødre om EPDS
Bilag 5	EPDS -skema
Bilag 6	Forslag til analyse af udfyldte EPDS -skemaer
Bilag 7	Forslag til pjece om 'Marte meo'
Bilag 8	Rapport der beskriver indsatsen over for efterfødselsreaktioner i et område hvor jeg var leder i 20 år ,mens indsatsen blev bygget op.
Bilag 9	Forslag til pjece om familieforbereleskursus
Bilag 10	Samarbejde omkring sårbare familier
Bilag 11	Modellen
Bilag 12	Gotlandskalaen
Bilag 13	Brug af Livscirklen©, Familiecirklen©
Bilag 14	Brug af Narrative kort ©
Bilag 15	Artikel bragt i Psykoterapeuten 2012
Bilag 16	Artikel om at arbejde med Marte meo og Care – index(Systemisk forum).
Bilag 17	Kort – Problem- Foretrukne historie
Bilag 18	Artikel Guidelines til professionelle. Bragt i Sundhedsplejersken(2012)
Bilag 19	Artikel om brug af forskellige metoder(Systemisk forum)

Bilag 20	Artikel om brug af Marte meo(Systemisk forum)
Bilag 21	Adult Attachment Interview
Bilag 22	Kort over problem- foretrukken historie, ordtilbyder.
Bilag 23	Forskellige måder at bruge kortet på
Bilag 24	Antidepressiv medicin
Bilag 25	Original version af Gotlandskalaen
Bilag 26	Narrative kort absent but implicit (ABI)
Bilag 27	Tekstforklaring til brug af ABI
Bilag 28	Artikel forebyggelse af EFR til kommende forældre.(2012)
Bilag 29	Artikel forebyggelse af EFR til professionelle.(2012)
Bilag 30	At arbejde anerkendende i familier med belastninger.

INDLEDNING.

Det lille barns evne til at indlede, opbygge og vedligeholde relationer til andre bliver tilegnet i gennem barnets første relation i livet – dets forældre. Stærke og nære relationer mellem spædbarnet og dets forældre er en god grobund for en sund udvikling hos såvel barnet som forældrene. Det var derfor glædeligt, at Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinjer for ”Svangreomsorg” ved revision for år tilbage, hvor jeg var så heldig at deltage i arbejdet; fik et grundlag med vægt på både at fremme sundheden og at styrke de kommende forældres kræfter til forældreskabet. Til gavn for det barn, der er i vente. Der er nu en større vægt på koordinering og sammenhæng, teamtankegang og fællesskab mellem primær sundhedstjeneste (læs sundhedspleje og almen praksis) og sygehusvæsenet (læs jordemødre, barselsomsorg og omsorg for behandlingskrævende nyfødte). Thisted Kommune, (hvor jeg har været ledende sundhedsplejerske i de 20 år hvor indsatsen startede og blev opbygget(1985-2004), og det daværende Viborg Amt har blandt andet været forbillede (Sundhedsstyrelsen, 1998) for de nuværende retningslinjer der bruges i 2013.

Det er imidlertid ikke alle forældre, der magter eller er i stand til at etablere og udvikle en nær følelsesmæssig relation til deres barn. Familier, der er socialt udsatte, hvor kræfterne ikke svarer til de belastninger, familien skal magte, er i risiko både med hensyn til efterfødselsreaktioner og med hensyn til relationsforstyrrelser mellem forældre og barn. I ekstreme tilfælde er kontakten mellem forældre og barn så dårlig, at der akut må gribes ind med foranstaltninger. I andre tilfælde er de personlighedsmæssige skader af en sådan art, at de kun langsomt kommer til syne. Her kan de udviklingsmæssige følger vise sig senere i form af barnets dårlige tilpasning i relationerne med andre uden for familien. Der kan opstå vanskeligheder i børnehaven og i skolen eller i form af psykisk sygdom, vantrivsel, omsorgssvigt og fejludvikling(Villumsen, L. M.fl. 2004).

Det skønnes, at i mere end 25 % af alle nyblevne familier giver den ændrede familiesituation tydelige psykiske eftervirkninger. Det er et veldokumenteret problem såvel i Danmark som internationalt (Madsen; Christoffersen; Christensen; Lindved; Cooper;(Villumsen,2004,2013))(Se metodeudviklings projektet” Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn” (Villumsen, L. M.fl. 2004). på www.Livviadialog.dk . Her kan du få evidensbaserede tal for, hvordan det ser ud i den

del af landet, hvor du bor. Samt hvem det rammer oftere end andre. Det er stadig den nyeste og største danske undersøgelse af sin art på området).

Begrebsafklaring:

Tidligere blev mødre, der ikke kunne magte den nye situation som mor/familie, ofte stemplet som depressive. Børnefødslerne var dermed begyndelsen på et liv med depressioner, nervemedicin og for nogles vedkommende indlæggelser på psykiatriske afdelinger.

Det har hele tiden været min ambition at prøve at være medvirkende til, at ændre denne udvikling.

Et centralt begreb i dette hele er efterfødselsreaktioner(EFR). Den folkelige oversættelse kan være vanskelig. Men i en faglig sammenhæng har jeg udarbejdet følgende definitioner i 2004, denne er stadig gældende i 2013:

Definition:

”Efterfødselsreaktion/fødselsdepression. (Cooper; Lindved; Villumsen).

En **efterfødselsreaktion** er en tilstand, der varer længere end 14 dage.

Fire af følgende symptomer skal være til stede, og tilstanden er samtidig præget af tristhed.

- Mindre energi, være træt.
- Være rastløs eller have problemer med at sove.
- Trøstespise eller manglende appetit.
- Mangle selvtillid eller have svært ved at koncentrere sig.
- Kan have skyldfølelse og selvbebrejdelser og måske være bange for ikke at være en god nok forælder.
- Manglende lykkefølelse.
- Tab af vanlige interesser eller ulyst til sex.
- Kan være bange for at være alene, specielt kan den ramte være bange for at være alene med barnet, og bange for at skade sit barn. (Villumsen, 2004,2013)

En **fødselsdepression** er en tilstand, der varer længere end 14 dage. (Cooper; Curham; Lindved; Sebastian; Villumsen,2013).

Fire af nedenstående symptomer skal være til stede, samtidig med at tilstanden er præget af depression, angst eller irritabilitet.

- Træthed, tab af energi.
- Psykomotorisk hæmning eller uro.
- Mindreværdsfølelse, selvbebrejdelser eller ubegrundet skyldfølelse.
- Indskrænket tankevirksomhed eller manglende koncentrationsevne eller nedsat beslutningsdygtighed.
- Tilbagevendende tanker om død og tanker om selvmord eller forsøg på selvmord.
- Øget appetit (trøstespisning) eller mistet appetit.
- Søvnløshed eller lyst til at sove hele tiden.
- Tab af vanlige interesser eller ulyst til sex (Villumsen, 2004,2013).

Begge tilstande kan være kombineret med, i en periode, ikke at have nogen kærlige følelser for sit barn. Typisk for begge reaktionsmønstre, der både gælder kvinder og mænd, er, at de ramte ofte forsøger at skjule, hvordan de har det. De kan være bange for, at blive stemplet som sindssyge, og bange for at barnet fjernes”(Villumsen, 2004,2013).

KORT RESUME AF TILSTANDEN EFTERFØDSELSREAKTION SAMT METODEVALG.

Vi ved, at over halvdelen (måske 80%) af alle nybagte mødre, i kortere tid, føler sig triste og urolige i dagene efter fødslen.

Men en del (ca. hver 4. kvinde og mindst hver 10. mand) får en reaktion af længere varighed, som de måske skal have hjælp med (Villumsen, 2002,2004, 2012). Billedet er nuanceret i Øst og Vest Danmark. Der er flere kvinder (39%) og mænd (14%) i Vestdanmark, der selv mener, de har haft en efterfødselsreaktion. I Østdanmark er der(35%) af kvinderne og(13%)af mændene, der selv mener, de har haft en reaktion, der var voldsommere, end de selv kunne klare. Til sammenligning kan det siges, at dette tal var højere ,end når sundhedsplejersken skulle bedømme, om kvinden/manden havde en reaktion (Villumsen m.fl., 2004).(Evalueringsrapporten med forskningsresultaterne findes på www.Livviadialog.dk)

Når man får et barn, aktiveres der mange tanker og følelser: Hormonerne svinger, tidligere kriser, og gamle oplevelser aktiveres. Arvelighed og tidligere tendens til depressive tilstande kan spille ind. Reaktionen kan forstærkes; af et dårligt forhold til kvindens egne mor, af utilfreds i parforholdet, en kompliceret fødsel, vanskeligheder i nyfødselsperioden, sygdom hos barnet, eller hvis mor/barn adskilles.

Når en kvindes¹ tilstand skal bedømmes efter fødslen, er det vigtigt, at anskue den fra flere sider:

1. Hvordan synes kvinden *¹ selv, hun har det? (Hendes opfattelse kan være en ganske anden end den professionelles.)
2. Hvordan synes hendes familie, hun har det? (Har de en anden opfattelse?)

*¹ Det kan også dreje sig om mænd. For nemheds skyld vil kun kvinden nævnes efterfølgende.

3. Hvordan bedømmer den professionelle, at hun har det?

De fleste kvinder, der normalt har styr på deres liv, bliver flove eller får skyldfølelser over, at have det dårligt psykisk i graviditeten eller efter fødslen. Derfor forsøger de ofte at skjule det, måske både for de pårørende og de professionelle.

Symptomerne kan være mange.

De fleste føler sig nedtrykte og triste og har let til gråd uden egentligt at vide hvorfor. En del har også fysiske symptomer eller ubehag.

I definitionen indgår jo at:

Hvis fire eller flere af disse symptomer(som er beskrevet ovenfor) er til stede hver dag i mindst 14 dage, er der tale om en efterfødselsreaktion. Hvis sindstilstanden derudover er præget af depression, angst eller irritabilitet kan vi definere tilstanden som en fødselsdepression (kraftig reaktion) (Cooper, Lindved, Villumsen). Begge tilstande kan i en periode være kombineret med, ikke at have nogen kærlige følelser for sit barn. Dette er oftest meget smertefuldt og meget svært at få sagt til andre. Det er også stadig et tabu emne i Danmark. Typisk for begge reaktionsmønstre, der både gælder kvinder og mænd er, at de ramte ofte forsøger at skjule, hvordan de har det. De kan være bange for at blive stemplet som sindssyge, og bange for at barnet fjernes (Se senere).

Det er vigtigt at bedømme kvindes*¹ tilstand over mindst to uger.

Fødselsreaktioner som de defineres, kan debutere fra midt i graviditeten til barnet er ca. 8 måneder gammelt. Det hyppigste tidspunkt er dog de første uger efter fødslen. Dog skal nævnes at en del debuterer allerede i graviditeten. Det er endnu en god grund til at yde en indsats af forebyggende karakter i graviditeten til alle gravide familier.(Bilag 1 til 30)

*¹ Det kan også dreje sig om mænd. For nemheds skyld vil kun kvinden nævnes efterfølgende.

Hvordan sundhedsplejersken kan bedømme kvindens tilstand.

- Fortæl om, at efterfødselsreaktioner er almindelige (ca. hver 4. kvinde og ca. hver 10. mand.)
- At der er ok at tale om det.
- At der er hjælp at få(bilag 1,2,3,4,5).
- At tilstanden bedres ved ”bare”, at få hul på at tale om det.
- At du er der til at lytte.
- Brug af screening med EPDS og eller Gotland skalaen(bilag 4,5,6 ,12, 25).
- Brug af samtalen som redskab(se senere)samt(bilag 13,14,15,17,18,19,20,).

Spørg ind til:

- Om hun har været glad, kunnet le og se tingene fra den humoristiske side.
- Om hun har kunnet se frem til ting med glæde.
- Om hun unødigt har bebrejdet sig selv, når tingene ikke gik som de skulle. Været anspændt og bekymret uden særlig grund. Følt sig angst eller panikslagen uden særlig grund.
- Om hun har følt, at tingene voksede hende over hovedet, været så ked af det, om hun har haft svært ved at sove.
- Om hun har været trist eller elendig til mode, været så ulykkelig at hun har grædt.
- Om hun har tænkt på at gøre skade på sig selv eller barnet, har følt vrede mod mand, børn, professionelle eller andre?(bilag 5,12, 21,25).

Observation, hvor der er ekstra grund til at spørge ind til tilstanden.

- Hvis kvinden inden for de sidste 2 år har været i krise eller har mistet sin mor.

Eller:

- Hvis kvinden synes hendes graviditet eller fødsel har været problematisk,(uanset hvordan de professionelle bedømmer hendes graviditet og fødsel).

Det er vigtigt at bedømme kvindens tilstand over flere besøg, et forløb. Specielt hvis det ligner en efterfødselsreaktion, er det vigtigt at gentage samtalen med hende efter ca. 14. dage.

Hvis hun føler sig set, hørt og forstået og ikke mindst anerkendt, vil tilstanden bedres.

Vi ved, at efterfødselsreaktioner går over, men også at man kan komme styrket ud af en krise, hvis man får hjælp. Oftest er den hjælp, der skal til, at den professionelle er der, kan lytte og vejlede. Der vil senere i bogen komme eksempler på samtaleteknik og hvilke redskaber, den professionelle kan bruge i bestræbelsen på at hjælpe familien.

Måder at anskue hjælp på:

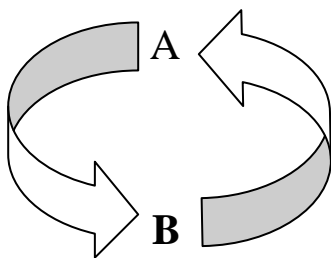
Som professionelle er vi vokset op med diagnosebegrebet:

Patient → syg → vi er eksperter → vi gør noget → patient rask (lineær tænkning). Men jeg synes, det er vigtigt at spørge:

Er man syg eller sund når man reagerer på overbelastning?

Er mor deprimeret fordi barnet græder? Eller græder barnet, fordi mor er deprimeret? (Fig. 1)

Fig. 1



I den cirkulære tankegang tales der mere om, at barn (A) påvirker mor (B) der påvirker barn (A)

Hvor cirklen ”starter” eller ”slutter”, eller hvem der har ”skyld” i tilstanden, er ikke så vigtigt for mig.

Det vigtige er, hvordan vi kan indgå i hjælpen, så familien får alle deres egne gode (måske glemte eller uidentificerede) ressourcer frem, så de kommer videre. At de kan:

- Forstå, hvor alle de gode, triste og mærkelige følelser og tanker kommer fra
- mestre fødslen
- se mening med livet, netop nu, hvor spædbarnet i døgndrift kræver opmærksomhed og omsorg, måske oven i købet uden ret meget søvn.

Hvis ”noget” går ind og spænder ben for dette, mistes opfattelsen af sammenhæng, (se senere afsnit om eksternalisering).

Det er derfor vigtigt, at vi som professionelle er tydelige i vores valg af metoder, så familien får mulighed for at se, hvilken forståelsesramme vi arbejder ud fra.

Bogen er ment som en sammenfatning, af den viden jeg har fået og fortsat ønsker at gøre brug af. Jeg håber den også kan være til inspiration for andre.

Hvorfor kom jeg til at arbejde, som jeg gør. Jeg er også opdraget i den lineære forståelsesramme på hospitalerne.

Årsag → virkning

Patient har symptomer → lægen diagnosticerer → lægen behandler (ekspert) → patient bliver rask eller: Jeppe drikker (årsag) → Nille slår (virkning) (se figur 1)(Asen 2010).

Jeg har været vant til at udpege årsager og placere skyld. Hvis vi som professionelle udelukkende benytter os af denne forståelsesform, bevirker det, at vi kun får en del af historien. Vi tillægger måske oven i købet andre skumle hensigter. I systemteorien, som jeg også arbejder inden for, benytte vi ofte den cirkulære forståelsesform.

Jeppe drikker, når Nille slår. Nille slår, når Jeppe drikker. De er hinandens årsager og de samarbejder. Mor er deprimeret, når barnet græder. Barnet græder, når mor er deprimeret (figur 1).

Det meningskabende system.

Alle er medskabende for et problems eksistens og dermed også for dets ændring, (hvis Nille ændrer sig, ændrer det også Jeppe (effekt)). (Hvis mor ændrer sig, ændrer det også barnet (effekt)).

I den systemiske og den narrative verden ved vi, at alle har en god grund til at gøre det, de gør. Alle gør deres bedste ud fra egne præmisser. Man kan ikke ændre andre, man kan ikke lære andre noget.

Det er to forskellige forståelsesrammer, at betragte et problem ud fra. Den lineære og den cirkulære.

Vi bruger dem på forskellige tider og i forskellige sammenhænge, men jeg tror, det er vigtigt at være bevidst om, hvilken forståelsesramme man bruger hvornår.

Reaktioner set i en lineær forståelsesramme.

Diagnosticering: Så mange symptomer i så lang tid = efterfødselsreaktion.

Forståelse: En tilstand der skal behandles.

En cirkulær forståelsesramme.

Barnegråd → mor får for lidt søvn, bliver irritabel → barnet bliver urolig, kan ikke trøstes → sover mindre, græder mere → mor bliver urolig og deprimeret og meget træt → den onde cirkel er startet.

Min forståelse: Er man syg eller sund når man reagerer på overbelastning?

At vi som professionelle bliver nysgerrige og interesserede i, at se på forskelle og sammenhænge, samt effekten af det, der sker. Eller set i et narrativt perspektiv: Hvilke andre muligheder, og hvilke andre foretrukne historier, der også er, at sætte fokus på ud over problemhistorien i familien.

Kontekst:

Ligeledes tror jeg, det er vigtigt, at vi som professionelle ved, hvad vi kan tilbyde, hvilke varer vi har på hylderne. At vi sammen med familierne bliver enige om, hvad vi er sammen om, hvem der gør hvad, hvornår og hvordan. Om familien er ”kunde” i vores butik (Berg 2007) (se senere).

Metoder:

Metoder der i bogen vil blive beskrevet til hjælp i intervention i familier, (der for tiden er invaderet af en efterfødselsreaktion) er forslag til:

- Graviditetsbesøg
- Hjemmebesøg, familieforbereelse og grupper:
- Gruppe forløb: faste grupper/løbende grupper – fordele og ulemper
- Individuelt forløb: fordele og ulemper
- Individuelt forløb kombineret med gruppe forløb: Fordele og ulemper vil ligeledes blive beskrevet. (Bilag 1-25)

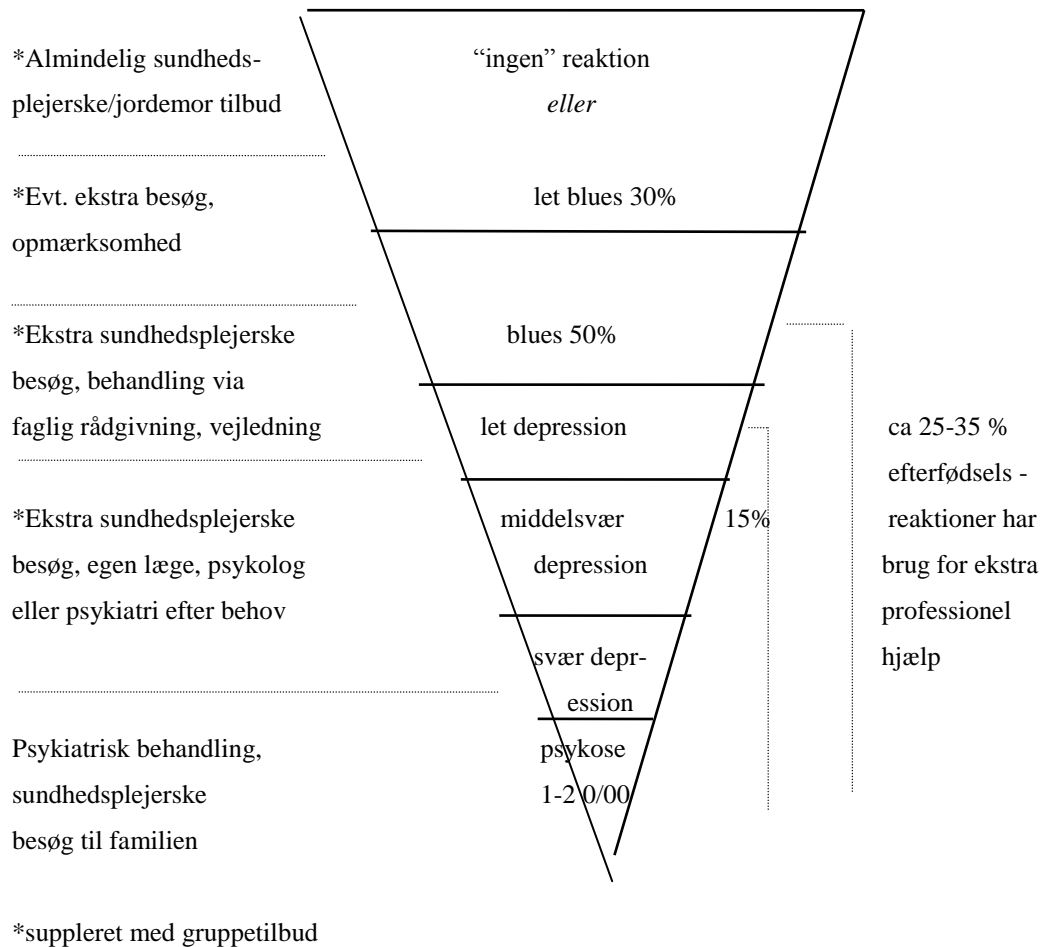
Senere vil systemisk og narrativ teori og begreber som cirkularitet, kontekstafklaring, de 3 domæner, om vi har ”kunder i butikken”, den narrative metode specielt brug af eksternalisering, brug af Livscirklen[©] og familiecircklen[©], og ”Samtalen som redskab” blive beskrevet. Begreber som internalisering og Marte meo - metoden vil ligeledes blive omtalt. Der beskrives eksempler på hjemmebesøg/intervention.

I Fig. 2 ses efterfødselsreaktionspyramiden, der viser hvor mange kvinder, der rammes af efterfødselsreaktioner samt foreslåede behandlingstilbud.

Figur .2.

HJÆLP

REAKTIONER



Problemet er aldrig problemet i sig selv , mere måden vi taler om problemet på. Men vigtigst af alt er, at ,kvinden er ikke problemet. Det er problemet er problemet.

HVORFOR INTERVENTION OG PSYKOTERAPI MOD FØDELSDEPRESSION?

Som det fremgår af artiklen i *Forsknings - nyt*, (uddrag af psykolog nyt nr. 4, 2009) ,er fødselsdepressioner, altså langvarig, alvorlig nedtrykthed hos nybakte mødre, hyppige, lidelsesfulde og

- sandsynligvis - til skade for barnets psykiske udvikling. Ligeledes viser nyere forskning fra udlandet, hvor stor skade, det giver mange børn, at have en far, der har haft en reaktion (2012).

Fødselsdepression hos far er alvor:

Vi ved, at en fødselsdepression hos nybagte mødre kan have væsentlige negative virkninger på barnets psykiske udvikling, især hvis depressionen fortsætter ret længe. Det beror formodentlig på, at tilknytningen mellem mor og barn ikke lykkes så godt, når barnets liv starter med en deprimeret mor. Heldigvis viser et par tidligere undersøgelser dog, at psykoterapeutisk behandling for fødselsdepression gennemgående virker ganske godt, og væsentlig bedre end piller (som i øvrigt må frarådes alene af den grund, at medicinen via modermælken kan skade den nyfødtes hjerne). Nu viser en engelsk undersøgelse imidlertid som noget helt nyt, at også ”fødselsdepression” hos barnets far, kan være uheldig for barnets psykiske udvikling. Jeg har sat fødselsdepression hos faderen i gåseøjne, fordi det er ganske omdiskuteret, om også fædre kan få en fødselsdepression. Men det ved vi jo fra forskningen i Danmark, at mænd kan (S.A. Madsen, 2003. Villumsen, L.; m.fl. 2004). Ifølge den nye engelske undersøgelse er der dog næppe tvivl om, at også fædre kan få en ganske alvorlig og langvarig depression kort efter barnets nedkomst. Desuden tyder undersøgelsen på, at denne faderlige fødselsdepression kan have omtrent lige så skadelige virkninger på barnet som en fødselsdepression hos moderen.

Overraskende fund hos de 7 årige børn:

De engelske forskere fulgte ikke mindre end 11.000 nybagte forældrepar. En sammenligning af de deprimerede og de ikke-deprimerede fædre viste dels, at de deprimerede fædre også inden fødslen havde været mere depressive og ængstelige. Der var dog ikke nogen forskel i forekomsten af depression hos forældrene til fædrene i de to grupper. Det tyder ifølge forskerne på, at forekomsten af depression hos de nybagte fædre ikke så meget afhænger af arvelige faktorer, som den afhænger af

deres psykiske problemer med at blive fædre. Da man syv år senere undersøgte de nu syv år gamle børn i undersøgelsen, viste det sig, at der var en tydelig sammenhæng mellem den tidligere forekomst af faderdepression efter fødslen og hyppigheden af en række psykiske problemer hos deres syvårige børn. Børnene af de tidligere deprimerede fædre havde især væsentlig flere tilfælde af ”adfærdsproblemer”, præget af ulydighed og uønsket adfærd så som at lyve og stjæle; men de havde også flere tilfælde af indre psykiske problemer med angst og tristhed og endda flere tilfælde af ADHD. Forskerne kunne også påvise, at denne sammenhæng mellem fædrenes fødselsdepression og de senere psykiske skader på børnene ikke blot beroede på, at mødrene også havde været deprimerede. Forekomsten af problemer hos børnene var lige forhøjet, hvad enten moderen også været deprimeret eller ej. De engelske forskere konkluderer, at det ikke alene kan være godt for de depressionsramte fædre selv, men også nok så meget for deres børn, at disse fædre med ”fødselsdepression” får tilbudt en kompetent og tidlig psykoterapeutisk hjælp til at bearbejde deres psykiske problemer efter nedkomsten. (Kilde: Ramchandani, P.G., Stein, A., O’Connor, T.G., Heron, J., Murray, L. & Evans, J. (2008). *Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology*.) Men vi ved også i DK, hvordan vi bedst forebygger EFR og depression hos fædre, samt hvilken anden form for intervention der virker bedst (Villumsen, 2013). Der er altså nok af gode grunde til at afhjælpe disse specielle depressioner hos nybagte mødre(og fædre). Men her, som ved alle andre depressioner, gælder det, at der har gennem årene hersket stor tvivl om, hvorvidt man bedst behandler den depressive lidelse med psykoterapi eller med medicin. Der har tidligere i *Forsknings - nyt* været omtalt undersøgelse om overbehandling af 'almindelig' depressioner, hvor det viste sig, at psykoterapi og medicin tilsyneladende virkede næsten nøjagtig lige godt umiddelbart efter behandlingen, men hvor det også viste sig, at der kom flere tilbagefald efter behandling med medicin end efter den psykoterapeutiske behandling, hvilket er blevet fremført som et argument for at vælge psykoterapeutisk behandling ved

de fleste depressioner. Nyeste forskning viser dog nu, at antidepressiv medicin ingen helbredende virkning har. Men placebo effekten er stor(TV1, DR2 i 2008, 2010, 2013).Ved specielt fødselsdepressioner er der dog også et særligt argument imod at vælge medicinsk behandling. Det er nemlig højst sandsynligt, at medicinen ikke blot vil påvirke moderens hjerne, men også spædbarnets hjerne via modermælken. Det er et ganske alvorligt problem, fordi ingen ved, hvad en sådan kemisk påvirkning af det nyfødte barns hjerne kan betyde på længere sigt. En kilde til alvorlig bekymring kan findes i den omstændighed, at dyreforsøg har vist, at pattedyr, der kort efter fødslen får medicin mod depression, udvikler en livsvarig hjerneforstyrrelse, der tilsyneladende får dem til at reagere, som om de havde en slags kronisk depression! På den baggrund er det særlig opmuntrende, at en undersøgelse viser positive resultater af psykologisk behandling for fødselsdepression hos amerikanske kvinder med denne lidelse(O' Hara, 2000).Det samme gælder danske kvinder og mænd, samt hvilken effekt forebyggelse kan have (Villumsen, L.; m.fl. 2004).Fødselsdepressioner skal afgrænses fra den langt mere alvorlige psykiske forstyrrelse hos nybagte mødre, der kaldes fødsels-psykose. Ved en fødsels-psykose er det ikke blot følelseslivet, men hele den psykiske tilstand, der er alvorligt forstyrret, end da i en sådan grad at moderen næsten helt mister kontakten med virkeligheden og undertiden kan være til fare for sig selv og sit barn. Fødsels-psykoser er langt mere sjældne end fødselsdepressioner; de tælles kun i nogle få promille blandt nybagte mødre(se figur 2)(Villumsen, 2004,2013). Mens de almindelige tudetur utvivlsomt beror på ganske normale udsving i følelseslivet efter en så overvælgende begivenhed som en fødsel, og mens de meget sjældne fødselspsykoser efter alt at dømme beror på overvejende biologiske forstyrrelser i hjernen hos moderen, er der hos nogle faggrupper, mere tvivl om, hvorvidt de ganske hyppige fødselsdepressioner beror på psykologiske eller biologiske faktorer. Der er tidligere fundet ganske overbevisende videnskabelig støtte for begge hypoteser, og sandheden skal formodentlig findes i netop et samspil mellem psykiske belastninger og biologisk sårbarhed.

Det fremgår klart af en undersøgelse på Barbados, at der var **en tydelig sammenhæng mellem, om moderen havde haft eller ikke havde haft en fødselsdepression og barnets psykiske udvikling** i det første halve år. Både ved tre- og seks -måneders undersøgelsen lå de depressive mødres børn så langt under andre børn, målt på psykisk og adfærdsmæssig udvikling, at det ikke kunne bero på en tilfældighed. Herefter opdelte forskerne de deprimerede mødre i to grupper; de mildt og de stærkt deprimerede, og det viste sig, at børnene af de mildt deprimerede mødre lå klart under gennemsnittet på de psykologiske mål frem for børnene af de ikke-deprimerede mødre, mens børnene af de stærkt deprimerede mødre lå dobbelt så langt under gennemsnittet af de ikke-deprimerede mødres børn.

En nærmere analyse af resultaterne viste, at det kun var på det adfærdsmæssige og det sociale område, men ikke på det sansemæssige område, at de deprimerede kvinders børn var "tilbage" i forhold til det normale, men det er selvfølgelig også alvorligt nok, idet forskerne mener, at der er stor risiko for, at disse tidlige 'handicap' kan risikere at hæmme barnets senere udvikling. Altså god grund til at gøre noget. (Galler, 2000)

Undersøgelse i Danmark af, om mødres eget tilknytningsmønster betyder noget, viser langt flere mødre med et atypisk tilknytningsmønster end forventet (Villumsen, L., m.fl. 2004)(Didrichsen, 2007).

Så lad os derfor starte med at repetere lidt teori og historie:

EFTERFØDSELSREAKTION/DEPRESSION . VIDEN OM TILKNYTNING

PERINATALPERIODEN .

EH Eriksson regner med i alt otte udviklingskriser eller aldre gennem livet. Fra spædbarnsalderen til puberteten gennemlever vi fire aldre. I løbet af disse udvikles vores tillid, selvstændighed, initiativ og arbejdsevne, når udviklingen er positiv. Gennem puberteten udvikles identitet og intimitet i den femte og sjette alder. I den syvende alder er man voksen og modnes gennem forældreskab. Her opstår behovet for at skabe og lede næste generation (generativitet). Den ottende alder ender med ego integritet. Her accepterer vi vores eget livsforløb og forsoner os med skæbnen og livet.

Eriksons teori:

Dvs. omkring fødslen kan en uheldig udvikling føre til stagnation.

Tabel.1.

	God udvikling	Uheldig udvikling
1	Grundlæggende tillid	Grundlæggende mistillid
2	Selvstændighed	Tvivl og skam
3	Initiativ	Skyldfølelser
4	Arbejdsevne	Følelse af mindreværdighed
5	Identitet	Rolleforvirring
6	Intimitet	Isolation
7	Generativitet	Stagnation
8	Ego integritet	Fortvivlelse/dødsangst
Den ene alder bygger på den anden. De fleste af os har lidt af begge aspekter.		

Der er selvfølgelig mange forhold der gør sig gældende for, om denne fase giver vækst eller stagnation (tabel 1). Det er vigtigt at huske på, at det i tiden omkring graviditet og fødsel betyder meget i følge Eriksson, hvordan man er kommet igennem identitets- og intimitetsfasen. I dag ville vi også sige: Kan den gravide lide at være kvinde? Hvordan har hun det med nærhed, intimitet og ikke mindst samliv? Også dette gælder både for den gravide og den kommende far. (Se senere afsnit om forslag til graviditetsbesøg). Eriksson kalder sit skema for en epigenetisk model. Hermed mener han, at menneskets adfærd i de forskellige stadier ikke er forudbestemt. Det vil sige, vi kan gøre noget, også som professionelle. Han mener, at det er i forbindelse med den ødipale fase, at evnen til at vise initiativ står i centrum, i den anden selvstændighed. Hver ting til sin tid. Der er meget der tyder på, at samfundet kan forcere ”forskellige” alderstrin i løbet af menneskets udvikling. Hvis vi gangtræner et seks måneder gammelt barn, forsøger vi at forcere udviklingen.

Min hypotese er at:

Kommende forældre kan føle sig presset ind i rollen som forældre, hvis de, da de selv var barn, for eksempel har fungeret som forældre for deres egne søskende eller deres egen mor eller far, (de orker

næsten ikke at begynde forfra igen). Samtidig skal vi huske, at samfundsudviklingen i dag stiller store krav til de kommende forældre. Villa, Volvo og vovhund: De fleste føler, at de skal have en uddannelse (længerevarende), et arbejde (med mulighed for at gøre karriere), de skal måske også gerne have et hus og måske vil de også planlægge fødslen til forsommer, hvor vejret er dejligt. Samtidig viser reklamerne, at en mor og hendes nyfødte barn er rene, velplejede, fine i tøjet, smilende, velafbalancerede (Villumsen, Tv udsendelser 1995, 1998, 2012, samt Video med Lisbeth Villumsen i materialet "Klar til barn" 2005). (Villumsen, 2013 i Sundhedsplejersken nr. 2, 2013). Der er lagt op til, at de skal have styr på deres liv, deres hverdag og "deres" spædbarn. Det er store krav at leve op til. Vi professionelle, der befinder os i den verden til daglig, ved jo godt, at med et spædbarn i huset er det en hel præstation at få tøj på inden middag. Virkeligheden er også, at et spædbarn ikke vil planlægges, at kvinden og manden aldrig har været i denne situation før. De har ofte ikke haft en chance for at øve sig, da mange søskende og hjemmegående nabobørn i dagens Danmark snart i mange år har været en mangelvare. I dag er det ofte tidskonflikt mellem job og familie. Det er et puslespil i mange familier. Afstemning mellem arbejdsliv og familie giver for nogle mange konflikter. Måske også kønskonflikter på grund af ændrede roller i familien. Både forsørgelse, praktisk omsorg og følelsesmæssig omsorg skal opfyldes i familien. Forældre roller skal udfyldes, at vælge og vælge fra. Kulturen, hvad man hver i sær har med sig, som "opskrift" på at blive en familie, betyder noget (Bilag 13, 14). Børnene afspejler 100% af nutiden. De voksne nærmere 50%, da vi har fortiden med os. I dag er der ikke ret lang "åbningstid" i familien. Mange forældre prioriterer, ud over arbejde, ofte også fritid med hinanden uden børn, samt hver for sig. For nogle forældre bliver det et ræs altid at være på toppen både arbejdsmæssigt og privat. Jeg hørte engang en foredragsholder der sagde: "Livet er som en Toblerone med bjerge og dale. Dem der skærer toppene af, og kommer dem ned i dalene, har det kedeligt. Forældrene i dag har stimulationsvanvid. Forældre vil have, at børnene hele tiden skal være i toppene af Toblerone. Men børn har brug for dalene også." Han mente, vi igen skulle til at lære at opleve skuffelse, og at vi som forældre skulle lære at rumme børnene, som de har det. At synkronisere ord og handling. Måske har han ret. I hvert fald stiller vi høje krav til os selv i dagens Danmark, samtidig med, at vi har for lidt øvelse i at få børn. Det kan være en medvirkende årsag til udvikling af en efterfødselsreaktion. (Se bilag 1, et eksempel på et tilbud om graviditetsbesøg, som er en del af den familieforbereelse (bilag 9), som jeg foreslå, man tilbyder gravide og kommende forældre.)

Historie.

Tokologi er læren om fødslen (Fødselsvidenskab).

Vi ved nu, at graviditetens og fødselsens forløb, både kropsligt og psykisk, har stor betydning for, hvordan det går senere. Vi ved også, at dét der betyder rigtig meget er, hvordan kvinden selv oplever forløbet og ikke så meget hvordan de professionelle opfatter det (Villumsen, 1994, Villumsen, L.; m.fl. 2004, Villumsen 2013).

Opdagelsen af psykiske reaktioner i forbindelse med graviditet, fødsel og efterfødsel.

På en studietur til Reading Universitet i England og til Edinburgh i Skotland i begyndelsen af 1990'erne lærte jeg bl.a., at reaktioner i forbindelse med graviditet og fødsel havde været kendt længe. (Jeg lærte da Peter Cooper at kende, han er i dag professor i Psykologi ved Reading University og forsker ved Cambridge University.

Kigger vi lidt i den historien baggrund, ser vi at den franske læge Marcè helt tilbage i 1858 var blandt de første, der interesserede sig for psykiske reaktioner i forbindelse med fødslen. Vi ved også, at de gamle grækere helt tilbage i antikken har beskrevet disse tilstande. Dvs. det er ikke et nyt begreb.

I 1989 begyndte jeg, nærmest ved en tilfældighed, at interessere mig for emnet.

Vi havde i flere år i Sundhedsplejen, hvor jeg var leder på det tidspunkt, haft et godt samarbejde og bofællesskab med jordemødrene. Vi var begyndt at arbejde i distrikter med hinanden og var startet på at samarbejde og koordinere vores indsats til de kommende forældre i forbindelse med graviditet og fødsel (Villumsen, 2000, 2002).

Ved et møde i Distriktspsykiatrien i Thisted oplyste den ledende overlæge og chefpsykologen i 1991, at 20% af alle indlæggelser hos dem (både mænd og kvinder) i den foregående periode skyldes problemer, der kunne føres direkte tilbage til oplevelser, i forbindelse med en fødsel måske 5-10-20 år tilbage. Det var en rystende oplevelse for mig. Vi oplevede i Sundhedsplejen dengang, nemlig kun reaktioner i meget få familier. Hvad skete der i familien i forbindelse med at få barn, der kunne føre til så mange psykiatriske indlæggelser senere hen? Hvad var det, vi ikke så i det forebyggende arbejde? Hvad var det, vi ikke gjorde i det forebyggende arbejde, der kunne føre til dette?. Det måtte vi kunne gøre noget ved.

Projekter:

Jeg har siden været ansvarlig projektleder og underviser på to projekter omhandlende dette emne.

Det første i 1990'erne kom til at hedde: ”Forebyggelse og behandling af efterfødselsreaktioner I Region Nord, Viborg Amt” (Et samarbejdsprojekt mellem Thisted Kommune og Viborg Amt). Mål: Tværsektorielt, samarbejde om tidlig indsats og forebyggelse. Formidling af viden om emnet til relevante fagpersoner. Målgruppe: Småbørnsfamilier/den vordende familie/den vordende mor. Metode: Fælles kursus for medlemmerne af teams, supervision af sundhedsplejersker og jordemødre 1 gang månedligt (3 timer), stopopdage halvårligt i to år, projektkoordinering, evaluering via dagbogsevaluering og procesevaluering.(Bilag10) Det tredje år gik med udførelse af formidling og forankring af projektet(Bilag11). Der er mere erfarings viden i delrapport 1-4 (Villumsen, 1994-2000). Det andet projekt (2000-2004) hed: ”Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn – et metodeudviklingsprojekt”. Det var et samarbejds- og forskningsprojekt opdelt i flere lag. Jeg skulle som projektleder være ansvarlig for at følgende skete:

1. Overførsel af en kompliceret samarbejdsmodel fra en egn af landet til en anden (fra Thisted til Lyngby-Taarbæk).
2. Undervisning tværfagligt/tværsektorielt af personale i Lyngby-Taarbæk Kommune og Gentofte Amtssygehus.
3. Opgradering, vedligeholdelse af uddannelse af personale i Thisted Kommune, samt opstart af graviditetsbesøg til alle førstegangsgravide, samt ved behov for flergangsfødende.
4. Udvikling af fødselsforberedelse til familieforberedelse, Projekt Familieforberedelse, (se senere).
5. En forskningsdel omhandlende interview af 120 kvinder, ved brug af Adult Attachment Interviews (AAI). Førstegangsgravide kvinder i andet til tredje trimester fra henholdsvis Thisted og Lyngby-Taarbæk for at se på, hvilke forskelle der evt. var i tilknytningmønsteret i Vest og Øst Danmark. (Et samarbejde mellem Thisted Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune og Danmarks Pædagogiske Universitet,(DPU) 2004)).(Se resultater i ” Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn”(Villumsen,L.;m.fl.2004) og i ”Den psykologiske arv” (Diderichsen, 2007)).
6. En spørgeskemaundersøgelse blev tilbudt til 1600 (3200personer) familier i Thisted og Lyngby-Taarbæk(forældre til børn, hvis alder var mellem 2 år 9 måneder og 9 måneder) for at se hvilke oplevelser familierne havde i forbindelse med graviditet, fødsel og småbarns perioden. Dette sammenlignet med sundhedsplejerskernes observationer og notater og sammenlignet med

resultaterne fra AAI scoring. (Samarbejde mellem de ledende sundhedsplejersker i de to kommuner og DPU)(Se alle resultater i evalueringsrapporten på www.Livviadialog.dk).

Mål: At sikre en normal tilknytning med en sund og velfungerende familie til følge.

Målgruppe: Gravide, frontpersonalet (jordemødre, sundhedsplejersker).

Metode(over for brugerne): Graviditetsbesøg, Adult Attachment Interview, bearbejdning, intervention i graviditeten, hvor det var nødvendigt – egenfagligt og tværfagligt, interventionsbesøg af frontpersonalet med tætte intervaller i familierne med behov (ved brug af f.eks. systemisk og narrativ intervention/terapi, brug af 'Marte' meo metoden og lignende).

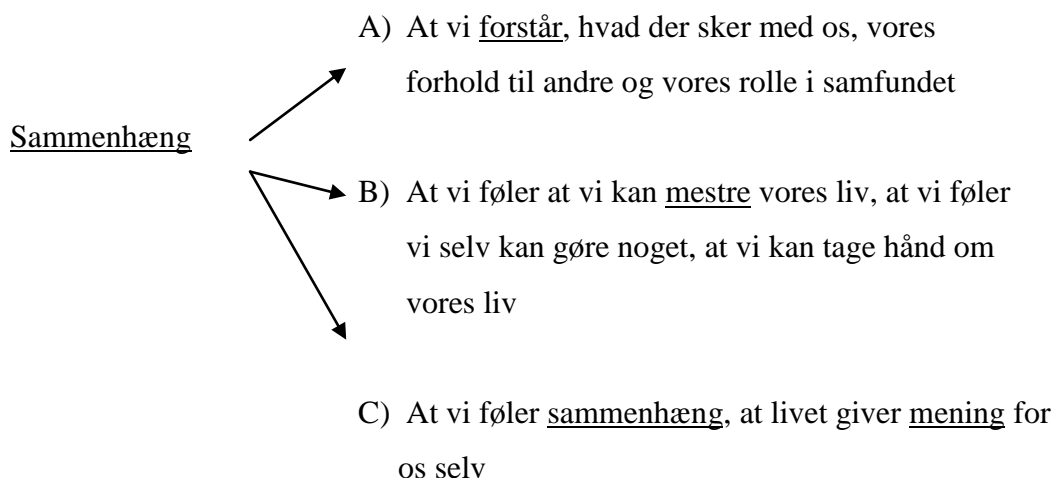
Metode over for frontpersonalet): Opkvalificering: Som eksempel: Undervisning i bl.a. tilknytningsteorier (om Bowlby, og undervisning af Stern, Broden, Killen, Madsen, Crittenden, Sommer), systemisk narrativ teori (om bl.a. Bateson, Maturana, Tom Andersen, Michael White m. fl.) og metoder (se senere), efterfødselsreaktioner (Lindved, Villumsen, Cooper m.fl.2000-2004), 'Marte meo' metodens anvendelse (Maria Arts), fokus på far (Svend Åge Madsen m.fl.)(2000-2004).

Ved yderligere interesse henvises til rapporter om emnet (Villumsen, 1992-2001) – se litteraturliste samt bilag (med resumé), samt Evaluering (Villumsen, m.fl., 2004).

Samtidig var jeg i 1991 på et kursus, der omtalte sociologen Aron Antonovskys teorier om ,hvad psykisk sundhed er. Denne viden blev inddraget. Den er stadig aktuel i 2013.

Antonovsky talte om, at for at være psykisk sund skal vi opleve en følelse af sammenhæng: (se Fig. 3).

Fig. 3



I den periode, hvor vi reproducerer os, udfordres vi på alle tre kompetencer.

Forældrene oplever sammenhæng, hvis de forstår sig selv og deres følelser; hvis de oplever tiden som lykkelig og hvis ”de” mestrede graviditeten og fødslen. Tiden efter fødslen vil så ,for langt de fleste, blive en meget meningsfuld tid i deres liv, hvor den nye identitet bygges op. Tidligere forskning i verden har vist, at ca. 55-60% af børnene bliver sikker tilknyttet (se afsnit om tilknytning senere.) Dette er desværre ikke tilfældet i Danmark ifølge vores forskningsresultater fra 2004. Her fandt vi mange flere kvinder med et atypisk tilknytningsmønster, hvilket smitter af på hvilket tilknytningsmønster deres barn får, hvis vi ikke sætter ind(Villumsen, L.; m.fl. 2004; Diderichsen, 2007). Denne undersøgelse er stadig den nyeste og største af sin art på området i Danmark.

Selvudvikling.

Vi udvikler to aspekter parallelt i selvudvikling; det ene er det sociale selv (det sociale rollemønster vi har), og det andet er det sande selv (vores forhold til det vi selv oplever), altså følelser. Specielt når vi venter det første barn berøres selvudviklingen.

Med en kvinde som eksempel ville det være: Hun er stadig chef, men vil nu være på orlov. Hun har nu en ny rolle som mor, hvor hun før kun var sin mors datter. Hvordan mon denne forandringsproces vil påvirke hendes følelsesliv? Vi er alle mere sårbare, når vi oplever forandring og skal noget nyt. Mange nye forældre fortæller om, at de er meget mere nærtagende, at humøret svinger meget også gennem dagen, at de både er meget usikre og glade. Mange beskriver nye følelser eller sider af sig selv, som de ikke kan kendt før.

En mor fortalte mig, at hendes svigermor havde sagt til hende, at hun var blevet meget mere selvoptaget af at være mor. For denne mor kan det blive en svær balancegang at give sig selv lov til, som naturen ønsker, at være selvoptaget; hvor ordet ’selvoptaget’ for svigermor måske betyder en tilstand, der skal bekæmpes. Jeg ville positiv reformulere udtalelsen til, at være optaget af sig selv og sin nye rolle. (Se i øvrigt afsnittet om intervention senere, der nøjere vil beskrive metoder som bl.a. internalisering, eksternalisering, positiv reformulering, og ords betydning.)

Kognitivt kan man sige, at måden vi tænker på af og til forandrer sig i livsfaserne, og når vi er i forandring. Hvad tænker vi? Hvordan tænker vi? Hvordan bruger vi vores tanker?

Vi kan i overgangsfaserne flytte vores tanker fra den vanlige logiske rationelle til den følelsesmæssige logik. Fra det rationelle til den irrationelle logik. Det vil sige, at en kvinde i 20'erne der ikke er gravid vil forstå med sin logik, at der ikke er grund til bekymring i dagens Danmark ved at føde, da kun få af alle kvinder i dag dør i forbindelse med en fødsel. Eksempelvis: En gravid kvinde, der oplever angst, vil ikke kunne forstå denne rationelle tankegang. Hun er angst for fødslen. Dvs. hende kan vi som professionelle ikke berolige med ovennævnte tal. Hun skal mødes, anerkendes for sin angst, ses, høres og forstås. Først herefter kan vi sammen komme videre (se afsnittet om intervention, hvor den professionelle som hjælper, bliver medskaber af, at finde kvindens måske indtil nu ukendte ressourcer til at klare/få magt over hendes problem).

Mange kvinder der lige har født, fortæller, at barnegråd kan være næsten uudholdelig. Stærke lyde er meget højere for dem at høre, end de plejer at høre dem. Nogle holder pludselig mere af en duft. Vi kender vel også alle mange gravide kvinders hang til "mærkelige" spiselige eller uspiselige ting, eller ting de plejer at kunne lide, som de nu slet ikke kan spise. Dvs. at sanserne kan blive skærpet eller tonet ned. I Charlotte Mosbæks bog (1996) ser vi, at det følelsesmæssige, det kognitive og det perceptuelle hænger sammen, og at det kan forandre sig på flere måder. Dette bekræftes i vores undersøgelse (Villumsen, L.; m.fl. 2004).

Mange gravide oplever, at drømmene påvirkes. Mange fortæller, at de aldrig har drømt så meget og så "mærkeligt" før graviditeten. Nogle har mareridt. Det ubevidste fylder mere.

Regression.

Vi taler ofte om, at hvis vi udsættes for noget, vi ikke kan klare eller som er svært for os, kan vi regrediere. Dvs. vi går fra vores nuværende funktionsniveau til den måde vi tænkte og følte på, på et tidligere funktionsniveau. Vi har mange lag og bærer alle vores barndom med os. De fleste har hørt om børn på 5-6 år, der "pludselig" begynder at tisse i bukserne, når de får en lillesøster eller lillebror. Barnet kan samtidigt sagtens i øvrigt fungere på sit nuværende funktionsniveau. (Se senere afsnit om bl.a. tilknytningsteorierne).

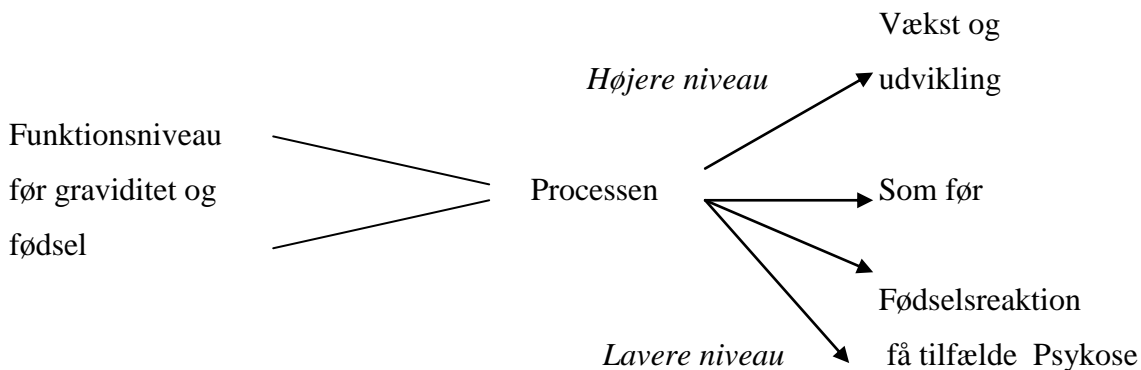
Undersøgelser og teorier (bl.a. Winnicott, 1965; Bibring, 1959; Lagercrantz, 1979; Brudal, 1981; Villumsen, m.fl. 2004; Diderichsen 2007) peger på, at den enkelte mor og far gennemlever en regressiv

proces i forbindelse med graviditet, fødsel og spædbarnstid .Dette ser på tallene ud til at være noget, der ikke forandre sig og som stadig er gældende op gennem tiden.

Hvordan tager vi som professionel højde for denne viden i familieforbereðelsen, i vores omsorg for den fødende samt familien efter fødslen? Hvordan forebygger vi at belastninger udløser krise? (Se forslag senere).Hvis vi ser på reaktioner i forbindelse med graviditet og fødsel, som en krise kan det ses på følgende måde: Kineserne har to tegn for krise på en gang; nemlig krise og udvikling. I følge Culbergs gamle teorier kan vi komme ud på et lavere funktionsniveau, det samme eller et højere funktionsniveau efter en krise, alt efter hvordan den takles.

I forbindelse med graviditet og fødsel kunne det se således ud (Fig. 4):

Fig. 4



Under studiebesøg på universitet i Reading, England traf jeg Professor Peter Cooper. Han omsatte Heimanns ord fra 1965, *Regression i produktionens tjeneste*, til at være en naturlig mekanisme, der skal tjene til familiens bedste som et led i tilpasningen af deres nye liv som gravid og forældre. D. v.s. at det er en måde at beskytte sig på. Men for dem der ikke har den, må vi støtte op. Cooper mener stadig, dette er gældende i 2013.

Ændrede bevidsthedstilstande i forbindelse med graviditet og fødsel.

Nogle gravide, fødende og unge fædre beskriver en speciel bevidsthedstilstand, f.eks. at være uden for sin egen krop. En mor beskriver, at hun så sig selv ligge på fødestuen og føde fra et perspektiv oven

over fødestuen. Hun blev meget bange efterfølgende, da det gik op for hende, hvad hun havde oplevet. Hun troede, hun var blevet sindssyg under fødslen. Vi kender alle til det at falde i staver, som for de fleste af os er et kortvarigt fænomen. Et andet eksempel er en oplevelse af 'deja vu' (allerede set); en situation, hvor man føler, at dette har jeg oplevet før (vi genkender uventet). Disse oplevelser sker oftere for mange gravide, fødende og nybagte mødre (Brudal, 1996,2002). Hun skriver, et specielt kendetegn i denne periode som er, at individet klart oplever et kvalitativt skift i sin mentale måde at fungere på. At dette kan forekomme hyppigere i perinatal perioden beskrives af Greenburg og Morris (1974). De beskriver også oplevelser af "emotionel trip" hos fædre og mødre.(ASC)

Pædiater, psykoanalytiker D. W. Winnicott's arbejde stiftede jeg endnu mere bekendtskab med under min studietur til Skotland/England i 1990'erne. Winnicott hævder, at i løbet af svangerskab, fødslen og tiden efter befinder mødre sig periodevis i en speciel bevidsthedstilstand, som han kalder Primary Maternal Preoccupation (PMP).

Tilstanden udvikler sig gradvis og indebærer en øget sensitivitet gennem svangerskab og særlig imod slutningen af graviditeten, til nogle uger efter fødslen. Mødrene husker sædvanligvis ikke tilstanden, efter at den er ovre.(Winnicott, 1980)(Brudal, 2002)

Winnicott taler om tågetilstand og fortrængning. Han siger, "almost an illness" ["Næsten en sygdom"]. Han siger, det er et sundhedstegn hos kvinder, at de udvikler denne tilstand. Han mener denne tilstand er en forudsætning for at mødre kan identificere sig med deres barn og møde barnets behov.

Om disse tilstande og om fædre siger Winnicott (1965):

At forældrene er orienterede mod barnet og kan møde barnets afhængighed skyldes specielle processorer, der normalt fører forældrene hen til denne specielle tilstand (PMP).

Winnicott's gamle betegnelse PMP kan være en facet af det, Eriksson kalder generativitet i menneskets syvende alder. Altså en naturlig proces, som forældre gennemlever i perinatalperioden. I dag ville vi sige den tilstand man befinder sig i, i første trimester af graviditeten og de første tre måneder efter barnets fødsel.(Stern 2000;Broberg et al, 2010; Villumsen,2013)

Den franske fødselslæge Michel Odent (1981) siger, at spontane former for ændringer i bevidsthedsniveau kan udløses af somatiske og fysiske årsager (hormonforandringer, kropsstillinger under fødslen, ernæringsforhold, og hyperventilation har stor betydning). Altså at forandringer i

hormonproduktionen er stærkt forbundet med uens bevidsthedsniveauer. Hvis man har en optimal produktion af oxytocin og endorfiner vil ens bevidsthedsniveau også være optimalt. Han påstår, at en fødende kvinde der indtager en knælende stilling vil ændre bevidsthedstilstand. Hans forklaring er, at denne stilling i sig selv fører til, at kontrollen fra neocortex reduceres. Dvs. der er flere forskere og klinikere, der på forskelligt grund mener, at der sker en ændring i bevidsthedstilstanden hos forældre i perinatalperioden. Winnicott hævder dog, at PMP også kan have et afvigende forløb. Set i dette perspektiv vil en psykologisk udvikling i perinatalperioden kunne opfattes som en speciel ændring i bevidsthedstilstanden mener Brudal. Man er ikke altid selv klar over, at man kan befinde sig i denne specielle tilstand. Men tilstanden kan observeres af andre.(Brudal, 2002). For særligt interesserede læsere henvises der Brudal (2002), samt til Frankels bog om strand som mestringsmekanisme(1979). Han påpeger bl.a., at en ændring i bevidsthedstilstanden kan påvirke den mere formelle måde at tænke på, og at ændringer i bevidsthedsniveau kan medføre en forøgelse af realitetstestning. Dvs. f.eks. at individet bare får dele med sig (af det, som sker i omverdenen), som et resultat af koncentrationssvigt. Se mere i ”Den sociale arv” (Diderichsen, 2007). En måde af forstå forandringer i perinatalperioden på, er at betragte erindringer ud fra bevidsthedsforskning.

Refleksioner og erfaringer.

Disse forskellige oplevelser og tilstande i denne periode kan forskrække mange forældre. De kan f.eks. tænke : "Det er kun mig/os der oplever det". Dvs. at ud over at mange ting er helt nyt for forældrene i denne tid, kan de føle sig ensomme. Er vi som fagpersoner opmærksomme nok på disse ændringer af bevidsthedstilstande, når vi planlægger vores omsorg og tilbud til disse kommende og nyblevne forældre?

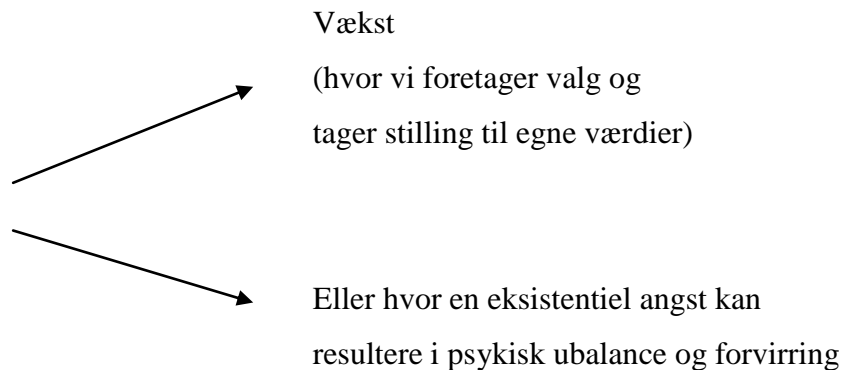
Mange der bliver invaderet af en efterfødselsreaktion har fortalt mig at:

”Jeg gjorde alt for at skjule, hvordan jeg havde det, selv for min mand, jeg troede, jeg var ved at blive sindssyg og måtte prøve at holde sammen på mig selv”. Jeg spør` derfor igen: Gør vi som professionelle nok for at oplyse om, hvordan man kan have det?

Vi ved, at en del kvinder og mænd i løbet af perinatalperioden kan føle et eksistentielt vakuum; livet bliver meningsløst, en livssituation kan blive vanskelig at klare, og omverdenen ses som fremmed.

(Nogle kvinder føler, at de lever i en glasklokke.)Når vi møder de eksistentielle temaer i livet, kan der opstå en eksistentiel angst. Lidt populært kan man sige, at denne angst betragtes som en normal reaktion der kan føre til den følgende situation: (Fig. 5).

Fig. 5



Får vi som professionelle tit nok fortalt, at det kan være sådan? Får vi spurgt til og opfordret til at tale om dette i vores familieforbereelse? Får vi talt nok med de kommende forældre om, hvad deres egen tilknytning til egne forældre betyder? Hvad deres egen opdragelse i egen familiekultur betyder for f.eks. det at tage stilling til egne værdier?(se brug af Livscirkel©, Familiecirkel©, bilag13, 14) Mange kan være opdraget til, selv at være ansvarlig for at konstruere sin egen verden. Hvis dette ikke lykkes efter idealbilledet vil skyldfølelsen komme frem. Det følgende afsnit beror bl.a. på Margareta B. Brodens teorier (1991,2002). Hendes teorier er også baseret på D. Sterns teorier og forskning (se senere).Afsnittet er også baseret på vores forskningsviden fra 2004(Villumsen,L.;m.fl.2004).

Graviditeten, forberedelse til at blive mor.

Gennem graviditeten gennemgår kvinden en psykologisk proces, der forbereder hende til at blive mor. Denne indgangsforberedelse er ligeså vigtig som det kropslig og praktiske, da det drejer sig om, at skabe en emotionel åbning med henblik på at tage imod barnet. De fysiske forandringer, der sker med kroppen under graviditeten, er i høj grad med til at fremme den mentale forberedelse til moderskabet.(Broden 2002). Blodtab under fødslen synes at øge varighed og intensiteten i oplevelserne. Det hævdes, at det kræver en bevidstgørelse af oplevelser og en integration for at skabe og genoprette psykisk balance. Anæstesi under fødslen korrelerer positivt med søvnforstyrrelse (Brudal 2004).For kvinden sker det i denne periode en følelsesmæssig omstrukturering på et dybt personlig plan. Dette indebærer, at kvinden i denne periode har lettere adgang til følelser og

erindringer. "Formålet med en graviditet er ikke bare at producere en baby, men også at skabe en mor". (Broden, 1991, s. 132). (baseret på Stern`s forskning). Denne siger at:

Graviditeten inddeles i tre faser:

- Sammensmeltningsfasen
- Differentieringsfasen
- Separationsfasen.

Dette følger ca. graviditetens første, andet og tredje trimester.

Sammensmeltningsfasen indebærer, at kvinden retter opmærksomheden nedad mod barnet, og i psykologisk forstand accepterer barnet som en fysisk integreret del af sig selv. Racefeltet indsnævres, og hun kommer så småt til at tro, at universets centrum findes i hendes egen krop.

I denne fase føler de fleste kvinder sig sårbare og har større behov for omsorg og beskyttelse.

Differentieringsfase begynder, når kvinden registrerer fosterbevægelserne. Barnet bliver mere virkelig og opfattes nu som selvstændig individ. Ultralydsscanning af barnet kan være med til at virkeliggøre det. Kvindens indstilling til graviditeten spiller en rolle for, hvordan fosterbevægelserne opleves, og den følelsesmæssige dialog kommer ofte i gang, når fosterbevægelserne begynder. Det er i denne periode, der kommer gang i kvindens fantasier om barnet, og det får ofte et "arbejdsnavn", som f.eks. junior eller lillebror. Gravide kvinder drømmer om deres børn, og der udvikles gradvist følelser af nærhed og tryghed. Disse fantasier og drømme er en øvelse og forberedelse på, hvad der venter forude. Fantasierne er ikke altid positive og varme, men kan være ambivalente og angst provokerende. De kan handle om et barn, der er defekt eller skadet, eller graviditeten vil ende med en abort. Disse reaktioner er naturlige, men hvis de bliver for dominerende, kan det forhindre den psykologiske (forberedelses) tilknytning til barnet. Derfor kan det være et aktuelt emne i forbindelse med familieforberedelse og graviditetsbesøg. Mange undersøgelser har vist, at den vordende mors relation til sin egen mor er en væsentlig faktor i oplevelsen af graviditet og moderskab (Broden 2002; Villumsen; L.; m.fl.

2004;Diderichsen 2007). Kvindens egne erfaringer med omsorg giver hende den indre model for hendes eget moderskab. Det vil jeg kalde den "opskrift", kvinden har med sig på at blive mor. Under graviditeten har kvinden mulighed for at bearbejde eventuelle negative erfaringer fra tidligere, da følelserne ligger tæt ved overfladen og let kan blive tilgængelige (Villumsen, 2004, 2013). Desuden er kvinden i denne periode mere åben for indre forandringer. Derfor bliver forholdet til kvindens egen mor en vigtig faktor i mellemste fase af graviditeten, og spørgsmålet dukker op "Hvordan bliver jeg

som mor?" (Broden, 1991, s. 136; Crittenden ,2000;Villumsen,2013). I denne fase er både kvinden og manden modtagelig for intervention. Dette er vigtigt at tænke på, når tidspunktet for graviditetsbesøg planlægges(Villumsen,2013).(Bilag1-13-14-15).(Der henvises også til "Forslag til graviditetsbesøg" inden 30 graviditetsuge, se senere.) Separationsfasen er den sidste fase af graviditeten, hvor kvinden forbereder sig på den fysiske adskillelse fra barnet.

Forestillingsbilledet af fantasibarnet udvikles ikke mere. Kvinden lader nærmere forestillingsbilledet svinde ind. Hun gør sig klar til det konkrete barn, det virkelige barn. Hun kan ikke tillade, at der er for stor forskel på fantasibarnet og det virkelige barn. Derfor må fantasibarnet vige. Ønsket om at møde barnet vokser for alvor, og kvinden forbereder sig psykisk på at føde.

Uro og angst for fødslen er en naturlig proces for alle kvinder, og den er betydelig i tiden før fødslen. Hvis indre konflikter ikke identificeres eller bearbejdes under graviditeten, er fødselsangst meget almindelig i denne fase og kan påvirke kvindens evne til at klare fødslen.

Der er påvist sammenhæng mellem kvindens indstilling til det ventede barn og fødsels længde; antal af teknisk indgreb; og den tid det tager for moderen at etablere kontakten til det nyfødte barn. Når graviditeten nærmer sig sin afslutning er størstedelen af den mentale forberedelse til den nye identitet som mor på plads (Broden, 1991, s. 130-137;Diderichsen,2007;Villumsen,2013).

Det er også i dette trimester, at man via interview (AAI) kan afdække den gravides tilknytningsmønster til egne forældre, og hermed evt. også arbejde på at ændre det, så et dårligt tilknytningsmønster ikke videreføres til næste generation. (Villumsen ,L.; m.fl. 2004; Diderichsen 2007; Villumsen 2013). Det er også via brugen af dette interview ,omsat til danske forhold(Villumsen,2004,2013), at man hvis interviewet gennemføres inden 30 graviditetsuge kan forebygge halvdelen af alle behandlingskrævende efterfødselsreaktioner(Villumsen ,L.; m.fl. 2004). Mit forslag til praksis er selvfølgelig derfor, at tilbyde graviditetsbesøg helst inden 30. graviditetsuge. Samt tilbyde familieforbereelse(i samarbejde med jordemødrene) med et indhold, der tager hensyn til denne viden(Bilag1,9,18,19,21,29).

Det følgende afsnit er delvist baseret på Sterns teori (1991,2003)

Moderskabsindstilling - følelsen af at blive mor.

Moderskabsindstillingen bliver ifølge Stern til gennem en række faser. Forberedelserne begynder i graviditeten som beskrevet, og den fysiske fødsel af barnet tilskynder moderen til den psykologiske

fødsel af moderskabet. “Denne dramatiske begivenhed af fødslen er et af de sidste trin i forberedelsen til at blive mor”(Stern, 1991, s. 55.).

Før i tiden var teorien, at moderskab blot blev betragtet som en ubetydelig variation af den allerede eksisterende grundindstilling. Men Stern fremhæver, at de traditionelle psykologiske modeller ikke tager højde for moderskabets indflydelse på en kvindes mentale grundindstilling. Når hun bliver mor, udvikler hun en helt anden indstilling end den, hun havde før, og træder ind i en oplevelsesverden, der er ukendt for ikke-mødre. Moderskabsindstillingen tager for alvor form de første måneder efter fødslen, når moderen går hjemme og passer og plejer barnet. Jeg ville i stedet sige, at Moderskabsfølelsen bliver en tilstand, der udvikles. Den kan vige fra andre følelser men forsvinder aldrig. Den vil, som barnet vokser, træde i baggrunden, parat til at træde frem, hvis barnet har brug for det, f.eks. ved sygdom eller andre problemer. Når en kvinde bliver mor, dukker der en række temaer op. Disse temaer er kulturafhængige, og udviklingen af moderskabet er påvirket af samfundets krav og forventninger. Udviklingen af moderskabet er også afhængig af, hvor mange børn kvinden allerede har fået og andre individuelle faktorer (Stern, 1997, s. 221; Villumsen, 2013).

Livsvækst

Her er den vigtigste opgave for moderen at holde sit barn i live. Moderen holder øje med, om barnet trækker vejret. Nogle mødre står op flere gange om natten for at lytte til barnets vejrtrækning. Moderen kan være bange for at tabe barnet eller komme til at kvæle det. Det er en naturlig form for frygt, der skal hjælpe moderen til at beskytte barnet, samtidig med, at det hjælper hende til at leve med det nye ansvar. En anden vigtig opgave er, at få barnet til at tage på i vægt og vokse. Opgaven koncentrerer sig om at få barnet til at spise (Stern, 1999, s, 92).

Det er ikke forbavsende, at tilsyneladende enkelte beslutninger om, hvorvidt de skal amme eller give flaske eller supplere med modermælkserstatning ofte bliver vældig følelsesladet. Det at tage ansvaret for et andet menneskes liv kan være overvældende og skræmmende for nogen, ikke mindst for førstegangsfødende. Derfor er det vigtigt, at vi som professionelle hjælper den kommende familie med forberedelse.

Primær relatering

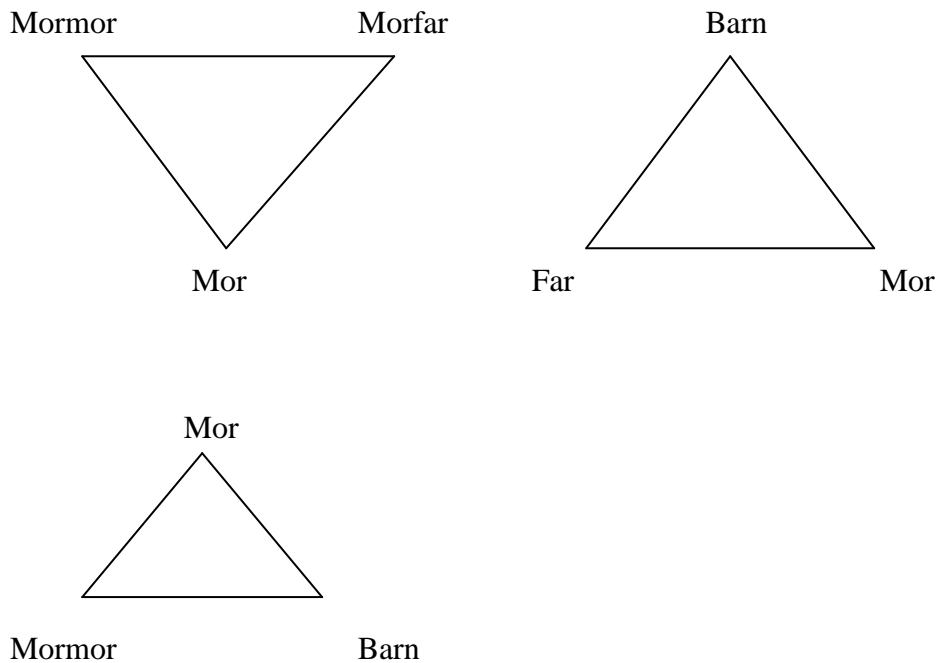
Det drejer sig om moderens sociale, emotionelle engagement i barnet. Det er den måde moderen indgår i samspillet med sit barn på, når hun leger med det, giver det mad, snakker med det eller sætter

grænser. Det at skabe en intim relation til barnet har betydning for barnets overlevelse. Barnet lærer de første regler for samvær med andre gennem sin mor. Amning er et naturligt samspil, hvor moderen lærer at aflæse barnets signaler. Mor - barn relationen etableres. *2 De to basale moderskabsopgaver - sikring af overlevelse og kærlighed - er tæt forbundet. Leg er en anden måde at indgå et samspil på. Moderen udvikler evner til at aflæse barnets signaler og regulere samspillet. En anden vigtig del af den primære relatering er evnen til at kunne identificere sig med barnet. Gennem den empatiske udveksling etablerer moderen en særlig emotionel forbindelse til barnet. Det afgørende for barnets udvikling er, at moderen engagerer sig og bevarer den følelsesmæssige kontakt, og det tilføjer en ny dimension til moderskabsfølelsen. Mange mødre med efterfødselsreaktioner er bange for ikke at være en god mor. 'Marte meo' intervention kan være givtigt, da mor ved selvsyn kan se, hvad hun kan, og hvad hun evt. kan lære; hvad barnet kan, og hvad barnet skal lære. Hvis mor kan, eller kan lære at reflekterer. Hvis hun ikke kan reflektere, opnår vi i bedste fald, at vi spilder vores tid, i værste fald at vi gør ondt værre. (Crittenden 2004; Villumsen, 2013) Samtalerapi med de støttende, udviklende, anerkendende, systemiske og narrative metoder har stor effekt (Villumsen, 2002; Villumsen, L.; m.fl. 2004; Leff, 2012; Villumsen, 2013). En ny engelsk undersøgelse viser, at systemisk familierapi har større effekt end medicin og kognitiv terapi (Leff 2010; Asen 2012).

Netværkets funktioner er at støtte moderen fysisk og psykisk, hvor den psykiske støtte spiller en stor rolle. Det er vigtigt, at netværket består af tidligere eller nuværende omsorgspersoner, hvilket ofte vil sige andre mødre. Behovet for at søge efter et sådant netværk er en del af moderskabsindstillingen. Når en kvinde får et barn, opstår der en dynamik mellem kvindens forhold til sig selv, kvindens forhold til barnet og kvindens forhold til sin egen mor. Kvinden udvikler sig fra at være sin mors datter, til at være sit barns mor. Kvindens forhold til sin egen mor vil få væsentlig indflydelse på hendes omsorg overfor sit eget barn (Villumsen, L.; m.fl. 2004; Diderichsen 2007; Villumsen 2013). Forholdet: Mormor, mor, barn vil i en periode være vigtigere end trekanten: Far, mor og barn (Fig. 6). (Se også side 26).

*2 Det kan også dreje sig om fædre. For nemheds skyld vil kun mødre nævnes efterfølgende.

Fig. 6



Hun vil derfor få brug for en moderskikkelse i sit netværk, når hun selv får et barn. Hun er altid sin mors datter, og uanset om relationen er god eller dårlig, har den identitet altid været en central del af hendes identitet (Stern, 1991). Dette er vigtigt at fokusere på, både i forhold til tilknytningen, men også hvis kvinder, der for tiden er ramt af en efterfødselsreaktion, har et problematisk forhold til deres egen mor (Villumsen, L.; m.fl. 2004; Diderichsen, 2007; Villumsen, 2013).

Det støttende netværk er derfor ikke kun socialt vigtigt, men også en psykologisk nødvendighed. Efterhånden som moderskabsfølelsen udvikles, bliver moderens egne opvæksthistorie afgørende.

Mange undersøgelser tyder på, at det tilknytningsmønster du etablerer med dit barn i det store hele, bestemmes af det tilknytningsmønster, du og din mor havde (Stern, 1991; Fonagy, 2007). Nyeste Danske forskning viser at intervention i graviditeten kan ændre dette (Villumsen, L.; m.fl. 2004; Diderichsen 2007; Villumsen 2013).

(Se også på www.Livviadialog.dk den nyeste danske undersøgelse på området, beskrevet i *Evaluering af projektet "Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn - et metodeudviklingsprojekt"*, (Villumsen et al.2004; Diderichsen,2007; Villumsen,2013).

Moderen skal være opmærksom på, at reflektere over denne dynamik, så hun kan gøre sig uafhængig af den og skabe sin egen mor -identitet, og vi skal som professionelle være opmærksomme på støtte og evt. professionel hjælp til at ændre uhensigtsmæssige mønstre (Villumsen, 2002, 2004, 2013).

Reorganisering af identiteten

Det handler om kvindens behov for at omdanne og reorganisere sin identitet. Det væsentlige er, at kvinden må skifte identitet fra datter til mor, fra hustru til forældre, fra erhvervsaktiv til hjemmegående, i en periode. Kvinden vil få behov for modeller i form af andre forældre og moderskikkelser til at få struktur på hendes situation. En reorganisering er nødvendig, hvis kvinden skal ændre sine følelsesmæssige investeringer, sine aktiviteter og den måde, hun prioriterer sin tid og energi på. Hvis det ikke lykkes, vil det gå ud over de andre temaer i moderskabsindstillingen(Bilag13,14,18,22,28,29).

Den professionelle må tage udgangspunkt i den enkelte mors forudsætninger og situation.

Mødregupper er en god mulighed for at få kontakt med ligestillede. Den professionelle kan fokusere på de positive aspekter ved forældrefunktioner og fortælle mødrene, hvad de gør rigtigt. Hermed motiveres mødrene til at hjælpe sig selv som mødre, og endnu i højere grad til at hjælpe deres børn. Mødrene oplever problemer med deres børn, udvikler et ønske om at blive værdsat, støttet, hjulpet, belært og påskønnet af moderfigur. Det er hyppigt en person, som tager sig tid til at dele personlige erfaringer, og som opmuntrer, opfylder rollen som moderfigur. Denne form for hjælp kalder Stern ”den gode bedstemor-overføring” og den er hensigtsmæssig i forbindelse med moderskabsindstillingen.

(Stern, 2002).Stern siger også,

” at man kan

bekræfte, støtte og påskønne moderen og på denne måde holde hende, således at hendes moderfunktioner frigøres eller opdages og understøttes.”

Moderen har altså brug for professionel støtte fra en person, hun har tillid til og som kan forstå hendes følelser(Villumsen, 2013).(Se forslag til spørgsmål senere, samt brug af Livscirklen© og Familiecirklen©, brug af narrative kort(bilag13, 14, 17,30)).I Familieforberedelse han fædre inddrages.

Mine forslag til enkle spørgsmål, der kan åbne op for at tale om, hvordan hun har det, kan være:

- Hvordan har det påvirket dit forhold til barnet at føle barnets bevægelser i maven? (eller se det på scanningsskærmen)?
- Hvad er det bedste ved at være gravid? Hvad er det værste?

Det giver den gravide lejlighed til også at udtrykke svære følelser. (Se mere omfattende guide i ”Forslag til graviditetsbesøg”)(Samt bilag 1,9,13,14, 15, 18).

Ofte handler det for mødre med efterfødselsreaktioner også om, at se på at de er i krise. Det vil sige der skal tilbydes almindelig krisebehandling, da almindelig kriseintervention er nødvendig. Som bekendt kan de komme ud på et højere funktionsniveau eller et lavere funktionsniveau efter en krise, alt efter hvilken intervention/behandling de får.

Hvis forældrene konkurrerer indbyrdes, eller hvis kvinderne i mødregruppen konkurrerer, om at være den bedste forælder, eller hvis de får skyldfølelse, oplever at hade barnet eller føler sig jaloux, kan følelsen være tilstrækkelig til, at de oplever depressive symptomer eller stress i form af frygt, vrede, forvirring og udmattelse, magtesløshed, eller manglende følelse overfor barnet. Eksempler på pjecer om efterfødselsreaktioner, som kan uddeles til vordende forældre se(Bilag 2 ,3).

Sproget brugt i Forebyggelse og behandling.

Jeg har de sidste 25 år været meget optaget af den systemiske og narrative tankegang.

I den systemiske verden benytter man sig af den postmodernistiske tankegang.

Jeg forstår at alt kundskab er relativ. At individets indre verden/indre kort er det mest betydningsfulde for en forståelse af menneskelig eksistens. Så det er kvindens/mandens virkelighed, jeg som professionel først og fremmest forholder mig til som udgangspunkt for at intervenere. Dvs. hvis moderen har en oplevelse af en vanskelig fødsel er det udgangspunktet, (uanset om de professionelle synes fødslen forløb normalt). Dvs. den oplevelse for mor er, som en fortælling (narrativ) den der siger noget om moderens virkelighed, hendes oplevelser, hendes følelser. Ved at sprogliggøre den og sætte ord på fødselsoplevelsen, virkeliggøres den i en social sammenhæng. Vi samtaler om mors indre kort. Hvad hun har af måske uopdagede ressourcer. Hvilke historier hun bringer med sig. Hvad disse historier betyder for hende. Hvilken betydning ord har for hende. Dvs. brugen af sproget kan føre til virkeliggørelse af det, som hidtil har været udsigelig for kvinden. Hvilke leveregler, værdier, intentioner, håb og drømme der er vigtige for hende. Høre hvad der måske er fraværende, men implicit i samtalen. Vi kan som professionelle være Ordtilbyder© og Ordafgrænsner© (Villumsen, 2006, 2013)

(Bilag 13,14,15,17,22,23,26,27,30).

Som professionel benytter jeg mig i denne situation også af den cirkulære tankegang, at A påvirker B og B påvirker C osv.(Fig. 1). At jeg (familien og mig som professionel) jævnbyrdigt samskaber nye virkeligheder gennem fri udveksling af ideer og synspunkter.

At familien er eksperter på eget liv. At familien er eksperter på sin egen historie (narrativ) og at de ved, hvad de behøver(Asen 2010,2012).

I perinatalperioden oplever nogle forældre af og til konflikter, mellem at kunne tage hensyn til sig selv, at kunne glæde sig over at være voksen og fri samtidig med, at de efter fødslen oplever 'point of no return', kravene til indlevelse og omsorg for deres nye barn. For nogle par opstår konflikten også mellem, hvad de selv har brug for hver især, og hvad de har brug for at gøre for familien sammen. Hvad for en opskrift har de hver især? hvilken fælles opskrift kan de finde på det at blive en familie?(Bilag 13- 14).For mange bliver denne tid (første trimester af graviditeten samt de første tre måneder efter fødslen) mere privat end tidligere. Forældrene trækker sig lidt for omverdenen. Der opstår nye spørgsmål.

"Hvad er moder-faderfølelser? Får jeg dem? Kan jeg lide mit barn?" Min erfaring siger, at det er en tanke eller følelse næsten alle når at have , men som måske er tabubelagt. D.v.s. en tanke, en følelse, personen ikke tør sige højt af skræk for, at blive betragtet som sær eller måske oven i købet psykisk ustabil.) (Se afsnit om familieforbereelse og graviditetsbesøg).De spør sig: "Har jeg konflikt mellem at arbejde og at blive hjemme hos mit barn ?"I denne tid bliver forholdet mellem ens fantasier, ens personlighed, privathed og ens sociale kompetencer tydeligere(Villumsen 2002, 2013). Men vi kan som professionelle hjælpe ved at sprogliggøre det. Systemteorien taler om hvilke præmisser og leveregler har jeg med mig, er jeg en del af? Hvilke præmisser og leveregler har betydet noget i tre generationer tilbage i min familie? Hvilke af disse præmisser betyder noget for mig i dag og hvilke vil jeg bære med mig fremover? Hvor meget styrer jeg dem, og hvor meget styrer de mig? Den narrative verden taler om hvilke leveregler, værdier, intentioner, håb og drømme har jeg med mig. Dette kan være gode og virkningsfulde spørgsmål at stille på familieforbereelsekursus eller i graviditetsbesøg til den

kommende far og mor. Hvad bliver vigtigt for dem hver især at bære med? Hvilke fælles værdier vil de bære med sig? (Fælles opskrift).

Mange par har ikke af sig selv diskuteret disse ting i graviditeten, hvilket kan betyde, at der kan opstå konflikter mellem dem efterfølgende, når deres præmisser og værdisæt måske kolliderer, når barnet er født (Bilag 13,14,15,16,17,18,22,23,26,27,30).

F.eks.:

Fars værdi: Fasthed i opdragelse, rigtige drenge, søde piger

Mors værdi: Åbenhed i omgang med børn, ligeværdighed mellem kønnene.

Hvad kan deres fælles handlinger, så blive i forhold til opdragelse?

Når jeg for eksempel spørger en gravid kvinde og hendes mand: ”Hvordan tror du, din mand forventer du bliver som mor fremover og som kæreste fremover?”

”Hvilke gode/særlige egenskaber hos dig, tror du, han vil genkende hos dig som mor?”

Kvinden siger så ofte til mig: ”Jamen han sidder lige der, du kan spørge ham.” Jeg svarer: ”Jamen nu spørger jeg dig. Bagefter spørger jeg din mand.” Kvinden fortæller, hvad hun tror, han tænker. Bagefter fortæller manden, hvad han tror, hun tænker om ham som far. Somme tider (ofte) opdager parret, at det har de slet ikke talt om, og at de slet ikke ved, hvilke forventninger de har til hinanden på det punkt. Se: Forslag til graviditetsbesøg og familieforbereelse, samt (Bilag 13,14,15,16,17,18,22,23,26,27).

Lisbeth Brudal (2002) omtaler, at med et udgangspunkt i postmodernisme kan vi hævde, at der i dag kan være ubalance mellem:

- A. fysikken (naturlovene)
- B. vores erfaringer (det sociale)
- C. følelserne, tankerne (den private del)
- D. vores ideologier (mora, religion m.m.)

Hvis en eller flere af disse fire adskilles, eller står i konflikt til hinanden, opstår der ubalance, hvilket kan medføre reaktioner som angst, nedstemthed, uro og forvirring. Hvis disse reaktioner sygeliggøres,

øges ubalancen og måske kan det indebære, at den private verden negligeres. Det kan skabe ubalance i familiens liv. D.v.s. vi kan som professionelle forholde os til disse fire(A-D) dimensioner hos forældrene, men også hos os selv. Det kan også være en god øvelse som professionel, at spørge sig selv: ”Hvilke præmisser og leveregler har jeg selv med?” I familien kan der spørges på følgende måde:

Hvilken leveregler og præmisser fandtes og findes i din familie i generationer bagud om f.eks.:
Ansvarlighed – forkastelse – svigt – hjælpsomhed – selvstændighed – hensyntagen – troskab – loyalitet – retskaffenhed – næstekærlighed – nøjsomhed – om at være kvinde – om at være pige – om at være kæreste – om at være part i et forhold – om at være elskerinde – om at være mand – om at være dreng – om at være forfører – osv. (Der spørges med respekt, om det familien ønsker, at tale med mig om).

- Hvilke følelser var legitime/ikke legitime, hvis man skulle være loyal over for præmisserne?
- Hvilke handlinger var legitime/ikke legitime, hvis man skulle være loyal over for præmisserne?
- Hvilke leveregler (præmisser) er gældende for dig i dit nuværende liv?
- Hvordan er disse forskellige fra dine forældres?
- Hvordan kan disse forskelle forklares?
- Hvilke af dine præmisser er dig til gavn i dit møde med din mand og hans familie?
- Hvilke af dine præmisser er dig til gene i dit møde med din mand og hans familie?
- Hvordan kan dine præmisser være til inspiration?
- Hvilke præmisser ønsker du skulle præge dit liv som mor endnu mere fremover?
- Hvad skulle ske for at denne udvikling skulle finde sted?
- Hvad ville du kunne gøre mere/mindre af den dag udviklingen har fundet sted?
- Hvem ville først opdage ændringerne, og hvordan ville vedkomne opdage ændringerne?

Spørgsmålene kan efterfølgende stilles til manden.

Metoden: ”Brug af Livscirklen© og familiecirklen©” var et redskab, jeg opfandt tilbage i 1990 og som jeg frem til dato har videreudviklet. Brugen af denne cirkel har jeg også indarbejdet i materialet i ”Klar til barn”, som jeg var med til at udvikle tilbage i 2004(Se nyeste udgave af ”Brug af Livscirklen© og familiecirklen©” i bilag 13 samt øvelse i bilag 14).

I denne periode af familiens liv forholder vi os som professionelle også til det rent fagligt. Dvs. det betyder både noget, hvad vi selv bærer med ind, men også hvad vores fag lægger vægt på.

Er det f.eks. i jordemoderens arbejdsforhold det tekniske, kroppens reaktioner (naturen) der er afsat mest tid til? Eller er det, også det at skabe en relation til forældrene? Hvis lovgivningen afsætter tid til naturen og ikke til relationer vil den jordemoder, der selv synes, der skal være plads til begge dele, komme i konflikt (Se senere afsnit om Domæner og Fig. 26).

Ser vi nok på den private relation? Hvad betyder fars oplevelse af fødslen?

Mange fædre fortæller i en undersøgelse, at de ikke føler sig set, hørt eller forstået af vores behandlerensystem (Villumsen, 2002, 2013).

Lisbeth Brudal (2002) taler om, at de forandringer, som kvinder og mænd gemmer på hver især i perinatalperioden, (når det gælder følelser, tanker, perception, krop og bevidsthed og den generelle ændring i bevidsthedstilstanden), kan vi sortere og placere langs de forskellige dimensioner indenfor eksistentiel teori (min oversættelse). Dvs. f.eks. følelser af vemod, eller at være mere labil end normalt i graviditeten, eller at far ser børn alle vegne, tilhører det private domæne. Fødslen kan for kvinden være meget fysisk (produktion, natur). Hvor far, der ikke føler det på sin krop, kan opfatte det ud fra et andet perspektiv. D.v.s. den samme hændelse kan tilhøre flere dimensioner, alt efter hvem man er. Samme person kan opleve flere dimensioner samtidig. Forældrene kan opleve at være på forskellige domæner, der kan skifte undervejs (Villumsen, 2003, 2013). Brudal (2002) taler om, at forholdet mellem naturverden, den private verden og ideologiverden på den ene side og den sociale verden på den anden side kan medføre relationsproblemer og vanskeligheder med at kommunikere (min oversættelse). Jeg synes derfor, det er vigtigt at tilpasse indholdet på familieforbereleskursen, efter det vi ved på området (Se senere).

Brudal (2002) taler endvidere om, at de forandringer der finder sted på det ”psykiske” plan :

- A. skal bevidstgøres, at vi skal være klar over at en regression i reproduktions tjeneste medfører, at sammenhængen for en tid brydes ned, og at det optimale resultat er en ny sammenhæng.

- B. at erindringer accepteres af sig selv og omgivelserne.
- C. at efter disse bør der ske en integration af erfaringer.

Uvirkelighedsfølelser kan opstå, hvis der ikke har fundet en integration sted, f.eks. under fødslen med uro og forvirring.

I 1993 undersøgte Spivak og Spivak 132 russiske kvinder. 36,4% oplevede en speciel bevidsthedstilstand under fødslen (f.eks. dyb lykkefølelse), telepatisk kontakt til barnet eller de nærmeste. Efter fødslen siger 44,7%, at de havde en uvanlig bevidsthedstilstand, (dyb lykkefølelse, ikke helt sig selv, fremmed følelse). 3% følte sorg. 3% oplevede playback, 4,5% havde ud af kroppen oplevelser (Brudal, 2002).

Om man oplever en efterfødselsreaktion, afgøres af mange faktorer. En af dem er, hvordan kvinden mestrer alle disse fysiske og psykiske ændringer, men også i høj grad om hvordan hun selv oplever graviditeten og fødslen (Villumsen, 2002, 2004, 2013).

Som jeg tror Peter Plys ville have sagt, kan vi godt blive enige om, hvor vi vil hen (resultat – at være en lykkelig familie), ”det er når vi kommer til hvordan, at det svære kommer.”

Som tidligere nævnt hævder Winnicott, at PMP (Primary Maternal Preoccupation) er en tilstand som kvinder synes at fortrænge. Hvis kvinden har sådan en oplevelse, og plejepersonalet ikke taler med hende, kan det gå skævt. Det er derfor vigtigt at spørge til oplevelsen. Mange kvinder og mænd har oplevelser i forbindelse med kvindens graviditet og fødsel, som ikke er integrerede i denne private verden, fordi de ikke har fået talt med andre og dermed ikke har gjort oplevelsen social. Flerfamilieterapi/ flere familier i grupper, hvor erfaringer kan deles har også stor effekt ((Asen 2010-2012).

De professionelle overvejelser bør herefter være.

Bør alle kommende forældre tilbydes graviditetsbesøg af en sundhedsplejerske?

Bør vi samarbejde (jordemødre, sygehus, sundhedsplejen, socialrådgiver, pædagoger, egen læge m.fl.) om den praksis vi udøver?

Bør alle kvinder/familier tilbydes en postpartum samtale?

Bør alle kvinder der:

- inden for de sidste 2 år har mistet deres mor
- der har lidt store blodtab under fødslen

- der har oplevet en dramatisk fødsel/evt. fået anæstesi
- der har oplevet en (som hun oplever det) dramatisk efterfødselsperiode

også tilbydes et særligt samtaleforløb?/ gruppeforløb? Erfaringer viser, at f.eks. fødselsforløbet skal fortælles og genopleves mange gange, før alle nuancer er husket og bearbejdet, og før kvinden kan ”nyskrive” sin fødselshistorie. Ofte letter reaktionen, når kvinden over tid føler sig set, hørt og forstået og især anerkendt på de oplevelser/følelser hun har haft (Villumsen, 2003,2013).

Jeg ved nu, at disse overvejelser giver mening at sige ja til. At kvinden genoplever, føler og fortæller, hvad de forskellige ord betyder for hende, hvilken effekt det har haft, hvilke nye ting hun pludselig husker. At nogle oplevelser derefter pludselig kan reformuleres. Undersøgelser viser, at et graviditetsbesøg med et bestemt indhold aflagt på et bestemt tidspunkt i graviditeten kan forebygge halvdelen af alle behandlingskrævende efterfødselsreaktioner(Villumsen, L.; m.fl. 2004;Villumsen 2012).

Praksisfortælling.

Et eksempel: En mor med et barn på 8 måneder henvises til samtale hos mig.

Hun er sygeplejerske. Hun synes selv, det har været en skrækkelig fødsel. Jordmoderen ser forløbet som normalt, idet kvinden føder relativt hurtigt, uden problemer, ingen efterbehandling. Jordmoderen lytter til mor og fortæller hende, at hun klarede det godt, at det gik normalt, og hun har fået et flot barn. Egen læge hører på mor, fortæller mor, at hun har fået et flot barn, og at hun har klaret det fantastisk. Sundhedsplejersken lytter til mor, taler om forløbet. Sundhedsplejersken oplever, at mor har en efterfødselsreaktion – sundhedsplejersken hjælper hende, men føler ikke helt, at ”det rykker nok”. Mor overvejer også skilsmisse pga. mange problemer. Mor er så bange for at føde igen, at hun ikke tør få flere børn. Vi aftaler, at jeg taler med hende. Vi bruger 1½ timer sammen første gang og mellem 1 og 1½ timer de følgende gange. Første gang: Jeg lytter mest, stiller få uddybende spørgsmål, spørger til detaljer.

Mor fortæller, at hun er sygeplejerske og vant til at klare tingene. Hun er stærk og ikke pylret og normalt ikke ”pivset” for smerter. Hun fortæller om en fødsel, hvor smerterne helt løber af med hende – de kom lige oven i hinanden. Der er på intet tidspunkt pauser. Det er samtidig meget varmt. Da mor har fået lavement, står hun nøgen ved fødesengen. Hænger nærmest af smerte. Hendes kolleger går ud

og ind og kommenterer hele tiden, at det er godt at se hende, og at det jo nok snart er overstået. Mor oplever en ekstrem fødselsangst pga. smerterne. Føder efter 18 timer en velskabt dreng. Er bange for at der er noget i vejen. Føler sig trist og udmattet. Egen læge opfordrer til medicinering, hvilket hun afstår. Taler fødslen igennem med jordemoderen to gange, men mor føler ikke, at hun må have de følelser hun har. Bliver trøstet og får igen at vide, at det gik fint, hun klarede det flot, og at det sikkert går lettere næste gang. Mor oplever, at den generelle holdning hos alle dem hun taler med er en bagatellisering af angst, for at føde igen. Jeg lytter til hendes følelser. Jeg bekræfter, at jeg har forstået, hvordan hun oplever det. Hun tror, hun er den eneste. Hun spørger til viden på området. Jeg siger, at vi ved, at mange oplever fødselsangst, og at det for både mænd og kvinder kan have karakter af krise (Areskog 1981). Jeg normaliserer og undlader at bagatellisere hendes reaktioner. Hun fortæller mig mere, flere detaljer. Hun er bange for at blive sindssyg, når egen læge taler om depression og medicinering. Hun har seksuelle problemer i efterforløbet. Tør ikke, er bange for konsekvenserne. Disse problemer er helt usynlige for andre. Vi taler om, at det er normalt for mange, at de seksuelle følelser ændrer sig i denne periode. At mange føler det er svært at komme i gang med seksuallivet efter fødslen. Vi vender tilbage til eksemplet senere.

Andre af mine professionelle overvejelser.

Socialforskningsinstituttets undersøgelse viser at:

- 1/3 ikke har sex med hinanden i barnets første leveår.
- 1/3 har mindre sex, end den ene part synes er ok (For nogle kvinder opstår der modvilje, fordi det minder for meget om det traumatiske, som fødslen kan have repræsenteret, som f.eks. tidligere overgreb. For mænd kan der opstå modvilje efter at have set sin kone føde).
- 1/3 har det samkvem der passer begge parter (Villumsen, 2002, 2012).

Det siger måske noget om et usynligt ”problem”, som vi som fagpersoner kan være med til at synliggøre, f.eks. på familieforbereidelseskurser. Her kan vi, i dialogen lægge op til, at parret taler med hinanden inden fødslen, om deres ønsker for fremtiden, og hvad de vil gøre, hvis det går anderledes end de ønsker, eller hvis behovene ændrer sig.

Eksempel fortsat:

Denne mor diagnosticeres hos lægen på 10 min ved første kontakt som deprimeret (patologisering). Jeg taler med kvinden og hendes mand om, at det er sundt at reagere på overbelastning. At det for mig virker mere som overbelastning end depression. En svær graviditet. Graviditeten var præget af stærke følelsesmæssige forandringer. Mor havde meget svært ved at koncentrere sig. Far kunne ikke følge med. Mange barndomsoplevelser og reaktioner dukkede op for mor. I sær om forholdet til sin egen mor (se afsnit senere om triaden). En vanskelig, ekstrem smertefuld lang fødsel. Hendes mand der arbejder 16 timer i døgnet, en kæmpe gård, en kæmpe have, folk på kost, ingen penge. Blødninger der fortsatte ekstremt længe. Et arbejde hun egentlig ikke ønsker. En familie med mange kommunikationsvanskeligheder. En amning, der var meget tidskrævende. Mange problemer i fars familie med fortielse, alkoholproblemer, m.m. (familiehemmeligheder/præmisses/leveregler). Far bliver opmærksom på dette. Bliver optaget af sit forhold til egen far, men taler på dette tidspunkt ikke om det. Far opdager at opskriften hjemmefra var: ”Det tier man ihjel.”

Jeg ser efterfødselsreaktionen som reaktion på belastning. Følelser, tanker og sansmæssige forandringer der er normale i forløbet. Jeg ser en kvinde med op til flere fuldtidsjob og næsten ingen søvn. Jeg spørger hende:

Hvis alt det, du har oplevet, var hændt for din bedste veninde, og hun havde sagt til dig, at hun havde en depression, hvad ville du så have svaret hende?

Mor: ”Det ved jeg ikke.” Pludseligt bliver hun hjerteligt. ”Det er helt komisk, pludselig kan jeg se, at det her ville jeg ikke byde min værste fjende.”

I løbet af de næste samtaler taler vi forløbet igennem igen og igen. Mor får efterhånden alle detaljer med, også oplevelser hun havde glemt igen. F.eks. græder mor pludselig og siger, ”Jeg stod der nøgen på fødestuen. Ingen gav mig en skjorte over. Jeg kunne ikke sanse at spørge efter det pga. smerter. Jeg er et meget genert og privat menneske. Jeg var flov over, at mine kolleger så mig sådan.”

Professionelle refleksioner.

Mor får nyskrevet sin historie. Vi nuancerer mors tidligere historie – vi dekonstruerer historien. Vi skal ikke som professionelle bagatellisere, usynliggøre, forenkles og patologisere hendes historie. Men i stedet: Se – høre – forstå – og anerkende hendes oplevelser, hendes historie. Vi skal bekræfte, synliggøre, normalisere reaktioner og nuancer.

Det er vigtigt, at familien bliver bevidst om, at det i neonatalperioden er normalt at føle angst, at bruge sine forsvarsmekanismer, fortrængning og projektion. Lad os starte den dialog med forældrene på familieforbereelse, så vi kan hjælpe dem bedst muligt igennem denne tid. (Socialforskningsinstituttets tal fra en undersøgelse i 1996 viste, at 10% bliver skilt inden for barnets første leveår. Langt flere overvejer det. Dette tal er ifølge Danmarks statistik stærkt stigende (Villumsen 2012).

Eksempel fortsat:

Vi fik talt om, at forældrenes oplevelser ved deres barns fødsel og systemets oplevelser ikke stemte overens. Vi taler om, hvordan det kan være sådan.

Mor oplever, at hun ikke mestrer fødslen, at den sammenhæng, hun troede hun havde, falder væk. ”Ja, jeg gik ligefrem i krise. Jeg fik ikke sat ord på og fik ikke oplevelsen integreret i mit liv. Det var lige som noget, der var ved siden af det andet.” Efterfølgende oplever mor uro, søvnløshed, rastløshed, mareridt og tanker så dystre, at hun ofte tænker, "at det var bedre, hvis jeg var død". Far og mor var storebror og storesøster i deres familier, havde rollen som omsorgsperson, men på forskellige måder. Mor som den, der måtte give omsorg, sørge for at alt i hjemmet fungerede. Far som den, der tidligt måtte bringe penge hjem til forsørgelse.

Begge forældre oplever pludseligt, nu hvor de skal starte deres egen familie, at de næsten ikke ønsker at ”starte forfra igen med omsorgsrollen.”

Vi får talt om, at det ikke er ukendt at reagere sådan i forhold til sit eget barn, med den opvækst de begge har haft. Ved samtalerne kommer det frem, at far har været udsat for ekstrem vold i barndommen.

”Jeg tror, jeg har fortrængt det lige ind til vi skulle have barn, så kom det buldrende frem. Jeg blev så angst for fødslen. Jeg kunne heller ikke holde gang i sexlysten mere. Jeg ville ikke bekymre hende, så jeg sagde bare, at jeg ikke gad være med til fødslen. Det var kvindearbejde. Jeg blev slet ikke glad for ham, da han blev født. Det skal man jo ellers være.”

Jeg stiller spørgsmålet: Hvilke følelser bringer det frem?

Far tænker længe. ”Skyld, magtesløshed. Jeg er en lige så dårlig far som min egen.” (Logik: Det er bedre, at jeg er i stalden/marken 16 timer i døgnet, jo mindre ser min søn sin far).

Vi taler om hvilken ”opskrift” far har med sig hjemmefra i forhold til at blive og være far, og hvordan han ønsker opskriften skal være fremover. Vi hentede følelser (krisereaktion) frem, for at bygge det sande selv op igen. Det gik op for far, at han fik hovedpine af at komme ind i huset. Det gik over, når han kom i stalden. Logik: Gården er hans fars gård. Da far fik bank som barn, skete det altid i spisestuen bøjet over en stol. Dyrene var trygheden, her kunne han som barn søge tilflugt.

Professionelle overvejelser. Hvilke reaktioner kan vi elles forudsige?

Sådanne reaktioner ses også ofte hos personer der har været udsat for seksuelle overgreb, andre former for krænkelser eller andre lignende ”familiehemmeligheder.”

Hvis far eller mor i tidligere forhold har været igennem abort, frivillige eller ufrivillige, eller har fået dødfødte børn, kan følelser fra dengang blande sig i følelser i det nye forløb.

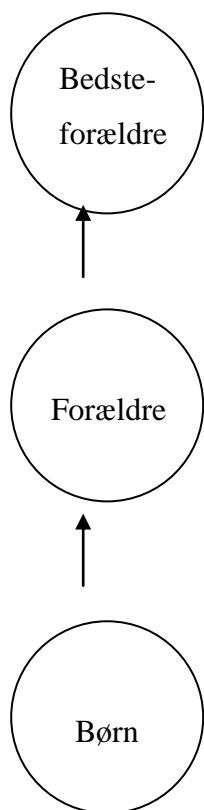
Hvis far eller mor har mistet egne forældre inden for de sidste to år inden graviditeten, skal der ydes ekstra støtte, da forløbet ofte bliver vanskeligt, idet tab og sorg vil melde sig på ny (Villumsen 2002, 2013).

Piger med tidligere spiseforstyrrelse må vi også give ekstra opmærksomhed. Nogle af dem har tidligere været udsat for overgreb. Disse eller andre negative kropsoplevelser kan dukke op igen. En del af dem vil igen forsøge at styre deres krop med ekstrem motion og slankekure.

Adoptivbørn får ofte brug for at kende deres rødder, når de selv skal stifte familie. Dette er ofte forbundet med sorg over ikke at være vokset op hos egen mor og måske skyldfølelse over for sin adoptivmor, der ikke kunne få børn, at kvinden nu selv kan føde børn. Derfor skal de også have særlig opmærksomhed.

I en familie ville hierarkiet normalt se ud som i Fig. 7:

Fig. 7

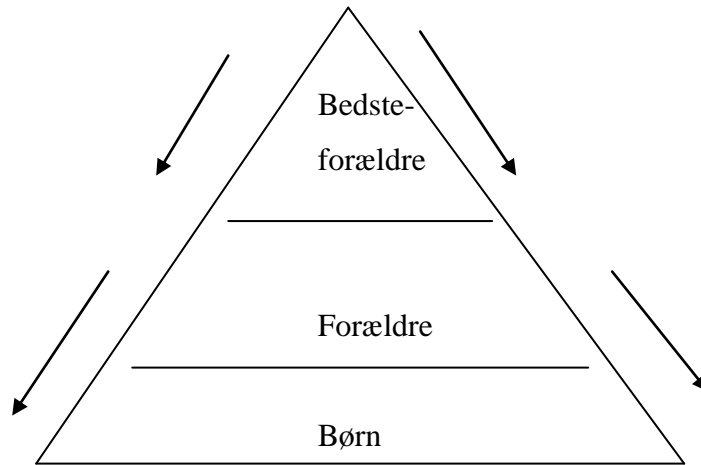


Konteksten er normalt, at barnet får omsorg fra sine forældre. Deres omsorg er afgørende for barnet. Forældrene har retten og pligten over barnet.

Forældre bestemmer over barnet

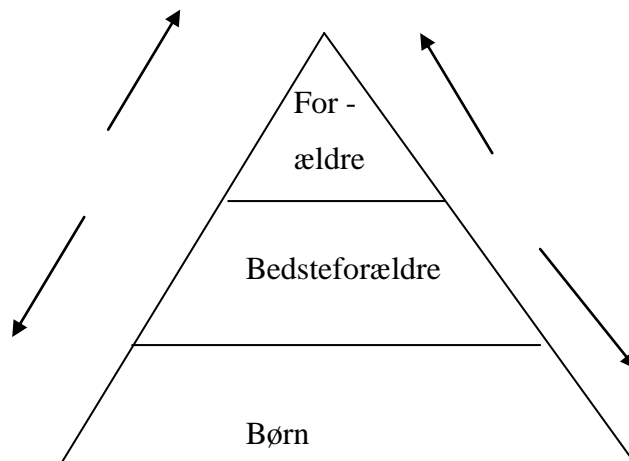
Bedsteforældrene er nu forældre til voksne børn. De er bedsteforældre for børnebørnene, men må indrette sig efter, hvor meget forældrene bestemmer og synes de kan tage del i (Fig. 8).

Fig. 8



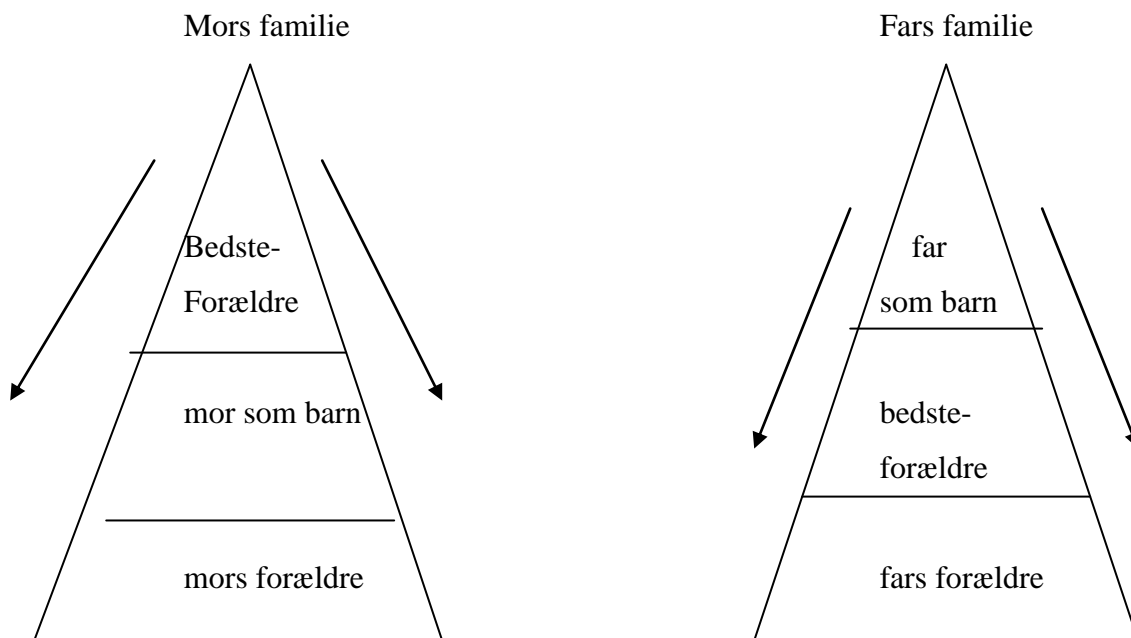
I nogle familier, specielt i andre kulturer, er det normalt, at bedsteforældrene bestemmer mest, dernæst forældrene og til sidst børnene (Fig. 9).

Fig. 9



Det er vigtigt at tage en dialog med forældre om, hvordan det var i deres familier, og hvordan de gerne vil have det i deres nye familier. Hvis vi vender tilbage til eksemplet med den lille familie på gården (Fig. 10):

Fig. 10

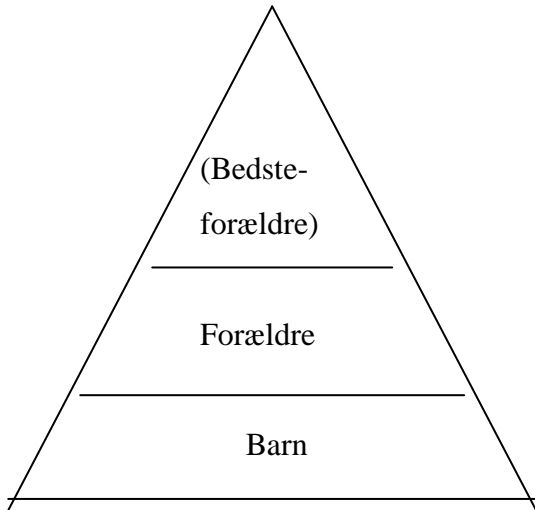


Bedsteforældre tog ansvar for forældrene. Og mor som barn tog ansvar for forældrene.

Far som barn tog tidligt ansvar for forsørgelsen, men fik bank af sin far.

Mors og fars ønsker for deres familie (Fig. 11):

Fig.11



At de som forældre bestemmer over deres barn. At bedsteforældrene må være bedsteforældre.

”Vi vil have, at vores barn skal være barn. Jeg minder hele tiden mig selv om, hvor svært jeg havde det, med at give omsorg til mine forældre. Jeg er stadig så vred på dem, at jeg ikke rigtigt kan se, at de skal have lov til at have kontakt til mit barn.”

Jeg spørger mor. ”Hvilke af alle dine gode egenskaber har du fat i, for at magte det?”

”Hvad/eller hvem var det ellers i din barndom, der gav dig styrke, til at stå det igennem?”

Har du tænkt over ordet bedsteforældre? De – BEDSTE - forældre. Kan de leve op til det i din familie og i din mands? Kunne det være i orden at sige fra?

Mine professionelle overvejelser i eksemplet.

Denne lille familie får i alt efter fødslen:

4 ekstra jordemoderkontakter

8 ekstra sundhedsplejerske besøg

10 samtaler med mig – som sundhedsplejerske og familieterapeut.

(Samtaler der drejer sig om mor som barn (indre barn), far som barn (indre barn), mor som mor med den opvækst hun har haft, far som far med den opvækst han har haft, følelser og mønstre i forbindelse med fødslen, det at blive mor/far, parforholdet, familieforholdet, sociale forhold samt forberedelse til en ny graviditet.

Herefter bliver mit og familiens forslag til fremtiden at:

Vi laver aftaler med sygehuset om en smerteplan (samtale med fødselslæge om mulighed for evt. section ved en evt. ny fødsel). Laver aftaler med en jordemoder + sundhedsplejerske om, hvad mor ønsker hjælp til, hvad de kan gøre for hende. Dette for at sikre, at familien, der gerne vil have et barn til, kan føle sig så velforberedt som muligt. At mor/far er bevidste om de forandringer der sker, kan acceptere dem og får mulighed for at integrere det som nyt.

Familien har i dag et stærkt parforhold, et afklaret forhold til den ældre generation, et velfungerende barn, føler sig som en familie, der kan magte et barn til om et års tid.

Far er stadig gårdejer, men som han selv siger, nu når jeg det på den halve tid, for jeg har brug for den anden tid med min kone og min søn. Mor har fået nyt arbejde og hjælp i huset.

Begge forældre har sat ambitionsniveauet ned for, hvordan hus og have ”skal se ud”.

Jeg har brug for feedback, så jeg spurgte mor/far, hvad der havde hjulpet mest.

Mor svarer:

”At du hørte på mig første gang uden at afbryde, at du ikke fortalte mig, hvad jeg burde føle, men at det var ok at være mig med mine følelser. For første gang siden jeg har født, følte jeg mig anerkendt. Det sjove var, at det også var første gang jeg anerkendte mig selv og mit hårde arbejde under fødslen.”

Mine professionelle refleksioner i eksemplet.

Jeg tror, at jeg som professionel sagde to sætninger, i de halvanden time det tog mor første gang, at fortælle sin historie fra a til å. Man kan sige, det er der vel ikke meget terapi i? Eller er der? Ofte vil jeg som professionel så gerne hjælpe. Ofte kan det medføre forklaringer, at jeg handler, jeg foreslår. Men hvad hjælper mest? Denne mor siger det så fint, hvad der hjælper. Jeg vil oversætte det i mit

systemiske, narrative professionelle sprog samt i 'Marte meo' sprog, til at jeg som professionel skal lære:

- at sidde på mine hænder, lytte mere end jeg taler, så jeg får tid til at se – høre – klienten.
- at jeg skal stille "nysgerrige" interesserede spørgsmål, så jeg kan forstå familien, så jeg også ser små nuancer, og kan anerkende deres historie, deres oplevelser i deres liv. Være medskabende i at:
 - bekræfte deres følelser, synliggøre det usynliggjorte, normalisere reaktioner på overbelastning og nuancere deres livshistorie.

Samtidig ved jeg at, den chilenske neurobiolog Huberto Maturana (kendt fra systemteorien siger): at for at forandring er mulig, skal man have:

- en tid alene (så giv familien tid, også tid alene)
- kærlighed (anerkendelse, neutralitet, nysgerrighed)
- en tilpas forstyrrelse (så familien kan tænke andre tanker, end dem de allerede har tænkt)

Det omsætter jeg til i eksemplet med den lille familie, at give dem alle tre dele.

Eksempel nr. to:

En anden familie jeg har haft samtaler med, fortæller:

Mor siger:

"Pludselig da jeg var højgravid, fortalte min mor, min søster og mig, at vi har en storesøster, som blev bortadopteret som spæd. Far og mor havde fået kontakt med hende, og nu skulle vi til at være en rigtig familie. Ingen hører på, hvad jeg ønsker. Jeg er så gal på min mor. Jeg føler, at fortid, nutid og fremtid flyder sammen. Hvorfor kunne det ikke bare være som før?"

Dvs. vi ved aldrig som professionelle, hvilke familiehistorie vi inviteres ind i.

Jeg håber det foranstående giver lyst til at læse mere om tilknytningsmønstre, forstyrrelser, belastning og reaktioner.

Det giver derfor mening nu, at se lidt mere på tilknytningens betydning for forældreskab.

Hvis du i stedet kun ønsker at læse mere om reaktioner i forbindelse med forældreskab, kan dette afsnit springes over.

Dette afsnit er en sammensætning om tilknytning teori og praksis, for at vi som professionelle kan minde os selv om, hvordan familierne oplever det.

GRAVIDITET

Første fase -tilbagetrækning

- Både mand og kvinde
- Sig selv – graviditet – fysiske forandringer
- Ukendt land (ingen opskrift)
- Mindre social
- Behov: ro – hvile – søvn

Anden fase – Indvielsesfase

- Nye følelser – nye problemstillinger
- Kvinden stiller spørgsmål som:
 - Hvem er jeg?
 - Hvor er jeg på vej hen?
 - Hvad har jeg med af opskrifter?
 - Hvilken opskrift vil jeg bruge fremover?
 - Hvordan bliver jeg som mor?

De første to måneder af graviditeten svarer til neonatalperioden.

Man kan sige, hun har klaret ”fødslen” af graviditeten og den første tid, holdt barnet i live, forstået dets signaler. Herefter vender hun tilbage til sin virkelighed, sit parforhold og sig selv.

Ny epoke

- Vender tilbage, men med ny indsigt
- Udvikler relationer til barnet, lærer det at kende
- Ny tidsregning for hende – før/efter dette
- Tager ansvar for nyt liv
- Det biologiske givne forløb
- Balance mellem selvopholdelse og hengivenhed til det voksende barn
- Glæden over og omsorg for fostret/nyfødte
- Tilknytning til barnet
- Tager forælderrollen på sig (ved at lære barnet i maven at kende)
- (Obs. aktivering af sig selv som barn) → opskrift?

Vi ved, at vordende forældre, både far og mor, i første trimester, men specielt i anden trimester af graviditeten er åbne for ny viden, ændring og udvikling. (Villumsen, 2002, Villumsen, 2013). Vi ved i dag også meget om relationers tilblivelse (Gergen, 2010). Udnytter vi som professionelle det, når vi planlægger tidspunktet for familieforbereelse og graviditetsbesøg? (Se forslag til familieforbereelse og graviditetsbesøg)

Barnets overlevelse

- Barnet skal udvikles
- At der udvikles tilknytningsrelation til forældrene (en vigtig person)
- Mønstre i forældre-barn samspil indlejres i første leveår → relation til andre mennesker
- Forældres tilknytningsmønstre = barnets tilknytningsmønstre
- Barnet knytter sig til forældrene, uanset om de er varme eller kølige. Men hvordan tilknytningen ser ud afhænger af samspillet.

Kan forældrene:

- opfatte barnets signaler?

- tolke barnets signaler?
 - give adækvate svar?
 - være tidsmæssigt tilpasset barnets signaler?
 - kontinuerligt at have disse svar/dette beredskab/at være der for barnet
- En af hovedkonsekvenserne af tidlig tilknytning er:
 - at barnet bliver i stand til at forstå egne og andres følelser → så det kan organisere sine følelser (grundstruktur i selvets udvikling)

Marte meo intervention kan anvendes hvor nogle tilknytningsmønstre er fremherskende i samspillet. Men i andre tilfælde gør man ondt værre. Derfor er det vigtigt at vide om kvinden og manden kan reflektere eller lære det inden metoder vælges (Crittenden, 2002; Villumsen 2004, 2012), se senere.

Derfor følger her en kort gennemgang af forskellige tilknytningsmønstre. Se også bilag sidst i bogen hvis du vil vide mere.

TILKNYTNINGSMØNSTRE:

Børn: Genspejling af det, barnet har erfaret i kontakt med forældrene.

Et barn der har Tryk tilknytning:

- søger nærhed /ved utryghed)
- udforsker)
- deler følelsesmæssige oplevelser) ved tryghed
- viser glæde ved genforening)
- søger kontakt ved genforening
- får/tager imod trøst
- tillid
- har nærværende og lydhøre forældre

Børn der har et Undgående tilknytningsmønster:

- kun lidt følelsesmæssige kontakt med tilknytningspersonen
- let ved at gå til ukendte (også når mor er væk)
- ved genforening – ligegyldighed eller undgår aktivt sin mor
- barnet har lært at tilknytningspersonen ikke tåler, at det udtrykker behov for nærhed og afhængighed
- lærer at trække sig ind i sig selv

Børn der har et Ambivalent tilknytningsmønster:

- mangel på udforskende adfærd
- problemer med at separere fra forældrene
- forsigtig over for nye situationer, nye personer
- genforening, usikker opførsel
- skifter mellem at søge, mor og at undgå mor ved at slå/sparke, eller passivitet
- har lært at forældrenes adfærd er uforudsigelig/samspil på de voksnes betingelser
- barnet udvikler følelser af hjælpeløshed
- barnet udvikler manglende evne til at påvirke sin situation

Tillært hjælpeløshed → udvikler depression.

Børn der har et Desorganiseret tilknytningsmønster:

- Barnet har svært ved at finde og organisere strategier (ved konflikter)
- Samspil bygger på frygt
- Den person barnet søger til ved fare, er også den person der vækker frygt hos barnet
- Når behov for tryghed stiger, (jo mere) stiger frygten
- Barnet bliver forvirret og kan ikke håndtere det konfliktfyldte samspil

- Kan ikke skabe en organiseret strategi (derfor en blanding af undgående og ambivalente strategier)
- Kan ikke finde ud af egne behov
- Der er to muligheder:
 1. Barnet tilpasser sig helt andres behov (falsk selv)
 2. Barnet opgiver forestillingen om en beskyttende forælder (barnet altid på vagt). 80% af børn, der har været udsat for overgreb er fra denne gruppe

(Crittenden, 2002; Villumsen, 2002; Broden, 2004; Villumsen, L.; m.fl. 2004; Diderichsen 2007).

Hvordan ser fordelingen af tilknytningsmønstre i følge forskning ud, ude i verden i en normal population?

ca. 60% har normal tilknytning

ca. 40% har utryg tilknytning

Hvad angår de 40% med utryg tilknytning, er der tale om:

- børn med undgående tilknytningsmønster → vender problemer indad
- børn med ambivalent tilknytningsmønster → udadreagerende

Børnene udvikler forskellig slags mønstre i forhold til forskellige vigtige voksne.

Forældre kan have forskellige mønstre til deres børn.

Irritable spædbørn udvikler oftere utryg tilknytning (f.eks. kolikbørn):

- Undgående tilknytningsmønster er overrepræsenteret blandt børn, der mobber andre
- Ambivalent tilknytning er overrepræsenteret blandt mobningsofre (Broden, 2004;Crittenden,2004; Villumsen, 2002, 2012).

Tilknytningsmønstre hos forældrene.

Der er sammenhæng mellem, hvordan mor husker sin barndom og barnets tilknytningsmønster.

Adult Attachment Interview (AAI) (udviklet af Mary Main og hendes kollegaer) viser, hvordan forældrenes barndomserfaringer genspejles i deres aktuelle indre arbejdsmodel af forældreskab (se beskrivelse af AAI senere)(samt ” Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn.(Villumsen, L.; m.fl. 2004) findes på www.Livviadialog.dk) (Diderichsen,2007).

AAI ser på personens:

- Evne til at fortælle sin historie sammenhængende
- Evne til at reflektere over tidligere relationserfaringer

Voksnes beskrivelser af relationserfaringer i barndommen forudsiger barnets tilknytningsmønster. Det drejer sig om evnen til refleksion. (Vi har brugt AAI i tredje projektforsøg (se projektbeskrivelse om brug af AAI,(Villumsen, 2002; Villumsen,L.;m.fl.2004). AAI har ligeledes været brugt som inspirationskilde ved udvikling af spørgsmålene til graviditetsbesøg. Se beskrivelse i senere afsnit.(Villumsen, 2002,2013) (Bilag1, 21,29).

Voksen tilknytning har fire kategorier:

1. Frie/autonome (F)

- vurderer relationer
- har evne til at se objektivt på erfaringer
- betragter tidligere erfaringer som betydningsfulde
- der er sammenhæng i fortællingen og mellem tanke og følelser.
- Kan reflektere over sine erfaringer

I en normal population i verden vil ca. 55% tilhøre denne kategori (Van Ijzendoorn et. al, 1995).

I Danmark viste tallet at 36% af kvinderne i Østdanmark og 47% i Vestdanmark tilhørte denne kategori.(Villumsen, L.; m.fl. 2004).

75% af de trygt tilknyttedes børn vil som 1-årige vise en sikker tilknytning.

Personer der har haft en problematisk barndom kan vise autonom tilknytningsmønster, hvis de har evne til at reflektere over erfaringer og forstå hvad disse har medført for dem.

Projektet ”Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn” blev gennemført fra 2000 til 2004. I denne undersøgelse viser det sig desværre også, at tallene for kvinder med atypiske tilknytningsmønstre var meget høje(se alle resultaterne på www.Livviadialog.dk).

2. Voksne der afviser betydning af tilknytning / dismissing (D).

- svært ved at huske barndommen
- svært ved at huske specielt relationelle oplevelser
- nedvurdere ofte relationer
- mener ikke, at det har betydning for deres liv (normaliserer og generaliserer)
- idealiserer forældre

20-25% tilhører denne kategori (i bid) ifølge verdens forskningen.

I DK var tallene meget højere nemlig 48% i Vestdanmark og 33% i Østdanmark(Villumsen,L.m.fl.2004;Diderichsen,2007)

Børnene har ofte usikker, undgående tilknytning.

3. Voksne der er alt for optaget af deres tilknytningserfaring (indsnævret tilknytningsmønster)/pre-occupied eller entangled (E).

- ufrie i forhold til opvækst
- usaglige, forvirrede og usammenhængende fortællinger fra barndommen
- optaget af gamle konflikter
- kæmper med følelser overfor egne forældre
- for optaget af egen tilknytning til at være tryk base for deres børn

Ca. 10 % af den normale befolkning falder inden for denne kategori.

I Danmark faldt 6% i Vestdanmark og 7% i Østdanmark inden for denne kategori.

Børnene har ofte et usikkert ambivalent tilknytningsmønster.

4. Voksne med et Desorganiseret mønster / uresolved trauma (U).

- baggrund (traumer → vold, seksuelle overgreb, mishandling)
- fortællinger fra barndom mangler sammenhæng

- tid og sted blandes sammen
- magiske forklaringer
- tab benægtes ofte
- mønstret er så uorganiseret, at personen ikke evner at give sit barn kontinuerligt følelsesmæssigt nærvær. Kan ikke hjælpe sit barn med at strukturere sine oplevelser

Få procent til 10-15% falder i denne kategori.

I Danmark faldt 10 % i Vestdanmark og 10 % i Østdanmark inden for denne kategori.

Børnene har ofte et ængsteligt desorganiseret tilknytningsmønster (Broden, 2004; Villumsen m.fl., 2004; Villumsen, 2012).

AAI kan bruges til at afdække, hvilken kategori kvinden tilhører (se senere).

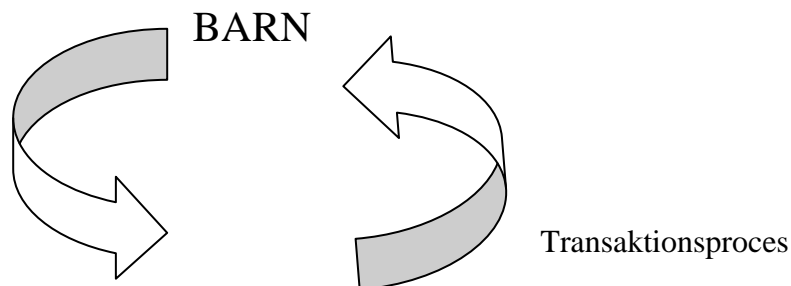
I vores undersøgelse i 2004 indgik også en sidste kategori Cannot Classify cc. I Vestdanmark havde ingen dette mønster i Østdanmark havde 3 % dette mønster. CC som er kendetegnet af et globalt sammenbrud i den verbale strategi. Der er tale om en disorganisering af hele den sproglige struktur. Der findes ingen konsistent sproglig strategi, eller flere forskellige strategier veksler med hinanden. Dette er en relativt nyopdaget kategori, og den findes kun sjældent i normalbefolkningen, hvorimod den ikke er sjælden i kliniske populationer. Den er en stærk indikator for psykopatologi. Da der er tale om en nyopdaget kategori (2004), er der endnu ikke lavet undersøgelse af børnene af mødre med dette mønster. Men der er ingen tvivl om, at vi også her vil se et ængsteligt og desorganiseret mønster hos børnene (Villumsen, m.fl., 2004; Villumsen, 2012).

Denne nyeste danske forskning viser altså desværre, at der er flere danske kvinder, der ikke har en fri/autonom tilknytning til deres egen mor, end der er set i diverse udenlandske undersøgelser, hvilket kan bekymre. Der henvises i øvrigt til evalueringsrapporten for uddybning af, hvordan mønstrene ser ud i den nyeste dansk undersøgelse (Villumsen m.fl., 2004).

Relationer.

Mors svar på barns signaler påvirker den reaktion hun senere får fra barnet (Fig. 12)

Fig. 12



Overføring af mønstre

Man bliver mor, som sin egen mor. 75% kan forudsiges ud fra mors eget mønster. Kvinder med efterfødselsreaktion har ofte et problematisk forhold til egen mor (Villumsen, 2002, 2013).

- Mors evne til selvrefleksion kan hjælpe hende med at bryde overføringen af affekt fra en generation til den næste. Hvis mor har haft en relation til en anden vigtig (betydelig) voksen, kan hun også ændre en negativ overførsel til næste generation. Hendes evne til at reflektere over sine egne nære relationer frigør hende og gør adskillelse og differentiering fra barnet lettere. Senere kan hun aflæse og reflektere over barnets følelsesmæssige tilstand.
- Kan hun fantasere og forstille sig at være en anden?
- Arbejdsmodeller fungerer som ubevidste vejvisere for adfærd og relationer.
- Nære relationer er hovedmål med livet.
- Tilknytning starter under graviditeten.

Vi kan som professionelle hjælpe hende med det, ved at tilrettelægge vores praksis på en måde, der giver mulighed for besøg/konsultation/intervention.

Omsorgssystemet gennemgår den største forandring under graviditeten.

- Vil jeg blive en god mor?
- Vil jeg få et sundt barn?

- Vil jeg være i stand til at beskytte mit barn?
- Vil jeg ønske at beskytte dette barn?

(Crittenden, 2002; Villumsen, 2012).

Denne periode giver mulighed for psykologisk desorganisering og reorganisering.

Mødre kan forandre og udvikle sig under forløbet (Crittenden, 2004; Villumsen, 2004, 2013).

Prænatal tilknytning

1. Ønske om viden om det ufødte barn
2. Glæde over samspil - virkelighed og fantasien
3. Ønske om at beskytte barnet, imødekomme dets behov under graviditet (ingen alkohol, spise sund, undgå stress, kontrol).
4. Bekymring for at miste barn, sygdom, misdannelse
5. At beskytte barnet overskygger egne behov, (hvis mor selv som barn havde en naturlig sund tilknytning).

Margareta Broden (2004) og Pat. Crittenden (2000) nævner andre "målemetoder", f.eks.

Måling af prænatal tilknytning

MFAS (Maternal Foetal Attachment Scale) = den grad, i hvilken den gravide engagerer sig i adfærd, der udtrykker samhørighed og interaktion med sit ufødte barn. (Måler holdning over for graviditet og moderskab – Cranelly, 1981).

PAI (Prenatal Attachment Inventory (Müller, 1993).

Måler følelsesmæssig relation og påvirker kvalitet og særtræk i den nye relation under udvikling.

Fem faktorer der bedst viser mors tilknytning til det ventede barn.

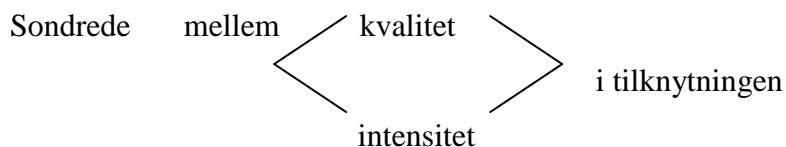
- fantasi om barnet
- samspil med barnet
- kærlige følelser over for barnet
- evne til at skelne mig/barnet

- parathed til at dele sine oplevelser af barnet med andre

Disse kan danne udgangspunkt for spørgsmål fra den professionelle til den gravide (Se forslag til graviditetsbesøg, samt: Brug af Livscirklen® Familiecirklen®) (Bilag 13, 14, 18, 28, 29, 30). Dette er brugbart til at vise den gravides følelsesmæssige bånd til det ufødte barn (Villumsen, 2013).

Candon, (1993) udviklede MAAS (Maternal Antenatal Attachment Scale), som måler det følelsesmæssige bånd, der udvikler sig mellem mor og det ufødte barn (Fig. 13.)

Fig. 13



Kvalitet var relateret til:

- Oplevelse af nærhed, ømhed, glæde i samspillet

Styrken og intensiteten i mors optagethed af barnet drejer sig om:

- I hvilken grad barnet spillede en vigtig rolle i mors emotionelle liv.

(Kvaliteten var afgørende)

Depression og angst har stor indvirkning på tilknytning og hænger også meget stærkere sammen med kvaliteten i tilknytningen.

Intensiteten påvirkes mere af ydre faktorer (andre børn, specielle begivenheder m.m.) (Main, 1984; Broden, 2002; Villumsen, L.; m.fl. 2004).

Utryk tilknytning er ikke en diagnose, men en risiko adfærd, der angiver udviklingsretningen. Børnenes tilknytning viser os kvaliteten, af den omsorg de får.

Depressive symptomer hos mor har høj sammenfald med begge disse typer tilknytning:

A utryg Undgående/ hæmmet

C utryg Ambivalent/ Manøvrerende (Garber et al. 1985)

Typen afhænger af den måde depressionen kommer til udtryk på.

Deprimerede mødre er ikke en homogen gruppe(Villumsen, 2002, 2012).

Tilknytningsevne:

Evne til at danne realistiske forventninger til barnets mestring.

Evne til at engagere sig positivt i samspil med barnet.

Evne til empati med barnet.

Evne til at prioritere tilfredsstillelse af barnet mest grundlæggende behov frem for sine egne.

Evne til at rumme egne smerte og frustration uden at skulle afreagere på barnet.

Så manglende evne til at skabe sig en positiv forestilling om graviditeten og barnet kan antyde, at der senere opstår problemer i relation til barnet.

Evne til empati og indlevelse = positiv sammenhæng med prænatal tilknytning.

(Gælder både mænd og kvinder)

Prænatal tilknytning =

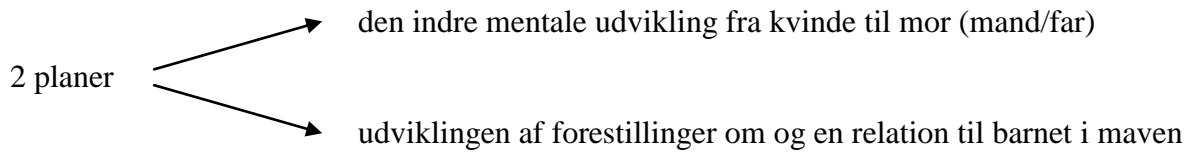
- tæt relation mor/ufødt barn, potentielt til stede i forældrene før graviditeten.

Etablering af prænatal tilknytning forudsætter kognitive og emotionelle elementer, som bidrager til evnen til at forestille sig et andet menneske.

Mors indre modeller for tilknytning, hendes forestillinger om sig selv og barnet → influerer tydeligt på samspillet med barnet i det første år(Crittenden, 2004; Villumsen,2012).

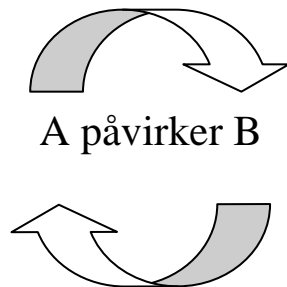
Udvikling i graviditeten (Fig. 14) (Broden, 2004).

Fig. 14



Tilknytningsevne og mønstre uddybes senere i interventionsafsnittet (Fig. 15).

Fig. 15



Til sammenligning sagde Daniel Stern:

Han beskriver ”tre ”graviditeter (på samme tid)

1. Det virkelige barn i maven
2. De indre forestillinger/fantasier om barnet
3. Den psykologiske graviditet (forberedelsen til at blive forældre)

Moderskabskonstellationer

- Gravid – Kvinden udvikler ny mental organisering → tilpasset opgaven at tage sig af barnet

- overskygger i en tid alt andet i kvindens verden. Fortrænger andre sider af personligheden

Dette vil præge personligheden på en dyb og varig måde.

- Hun får øget interesse for andre kvinder, specifikt dem der har født.
- Behov for bekræftelse fra andre kvinder der har født.

Hvordan påvirker denne viden vores praksis? Hvilke tiltag/metoder bruger vi, så dette behov kan opfyldes? (Familieforberedelse, graviditetsbesøg, mødregrupper, fædregrupper).

Se også afsnit senere om intervention i graviditeter ved tilknytningsforstyrrelser.

Tilknytningsteoriene bygger på en antagelse om, at barnets tidlige tilknytningserfaringer spiller en afgørende rolle for udvikling af evnen til at knytte bånd og relatere sig til andre på udviklende vis. Bowlbys teorier (1994), som jeg stiftede nøjere bekendtskab med i 1989, (og som stadig danner grundlag for de teorier, der er aktuelle i dag), har især været rettet mod at forklare og begrebsliggøre strukturen og indholdet i børns tilknytningsrelationer. Daniel N. Sterns (1995) tilgang til barnets sociale og emotionelle udvikling kan supplere Bowlbys tilgang på flere områder. Stern har især været optaget af, at beskrive og analysere selve interaktionen mellem barnet og andre, samt hvordan disse interpersonelle erfaringer internaliseres som vedblivende mentale strukturer (Repræsentanter af Interaktioner der er blevet Generaliseret). Disse mentale strukturer har en fundamental betydning for udviklingen af selvet og derigennem afgørende betydning for barnets måde at møde omverdenen på og relatere sig til andre. (Vi vil her efter Daniel Sterns død komme til at mangle ham i forskningen.)

Forældreevne: Dækker over den voksnes evne til at imødekomme barnets behov på en, for barnet, tilfredsstillende måde, som muliggør barnets udvikling såvel følelsesmæssigt, socialt som kognitivt. Sund forældreevne betyder, derved at den voksne kan stille sig til rådighed som en sikker base for barnet, så barnet har mulighed for at opnå såvel nærhed, og mulighed for at udforske verden. (Læs mere uddybende om tilknytningsteoriene og deres betydning for emnet i ”Styrkelse af nære relationer, mellem sårbare forældre og deres spædbørn” (Villumsen, L.; m.fl. 2004), samt i ”Den sociale arv” (Diderichsen, 2007).

(Det følgende afsnit er skrevet med stor inspiration fra et unavngivet manus. Men da afsnittet var skrevet godt, har det dannet grundlag for dette udvidede afsnit om tilknytning.)

Bowlby mener, at udvikling skal ses som individets ”valg” mellem flere mulige måder, der er bestemt af det til enhver tid gældende samspil mellem individet og omgivelserne. Stern anskuer udvikling som en udvidelse af relateringsområder. Hver af disse relateringsområder (selvfornemmelser) videreudvikles og danner udgangspunkt for den enkeltes måde at opleve selvet og omverden på livet igennem (Stern, 1995). Begge påpeger, at der er sensitive perioder i barnets udvikling, hvor en begivenhed vil få større betydning end hvis den indtræffer senere.

Det er barnets udvikling fra 0-2 år, der er fokus på, da fundamentet for tilknytningmønsteret (udfra dette perspektiv) netop antages at dannes i dette tidsrum.

Når jeg også tager udgangspunkt i tilknytningsteoriene, er det blandt andet fordi; de kan bidrage til en forståelse af den grundlæggende betydning, de tidlige tilknytningserfaringer har for barnets udvikling af evnen til at knytte bånd og relatere sig til andre, på såvel kortere som længere sigt. Kvaliteten af denne tidlige tilknytningsrelation kommer til udtryk i barnets tilknytningmønster, hvordan barnet fremover vil relatere sig til andre.

Bowlby anser barnets tilknytning til moren* – det nære emotionelle bånd – for et motivationssystem i sig selv. Det er således også behovet for nærhed, der sikrer at barnet knytter sig til voksne, som kan tage vare på dets beskyttelse. Bowlby påpeger, at kvaliteten af tilknytning fra starten har stor betydning for barnets personligheds-/selvudvikling (Bowlby, 1994; Diderichsen, 2007).

Bowlbys udgangspunkt er etologisk, hvilket betyder, at han blandt andet arbejder ud fra at mennesket kommer til verden med et sæt forudprogrammerede adfærdsmønstre, hvis funktion er at sikre afkommets overlevelse. Det betyder også, at tilknytningsadfærd er forudprogrammeret til at udvikles på en bestemt måde, at overlevelse er målet og at fænomenet er universelt (Bowlby, 1994).

* det er vigtigt her igen at understrege, at tilknytningen til far er lige så vigtig, men for nemheds skyld nævnes kun mor.

Formuleret af Bowlby er barnet biologisk forprogrammeret til at kunne danne tilknytning, at sikre barnets overlevelse. Denne er altafgørende, idet barnet ikke er udrustet til at overleve på egen hånd, men til gengæld udrustet med forskellige måder til, at påkalde sig opmærksomhed og omsorg på.

Behovet for nærhed aktiveres også under særlige forhold, hvor barnet er stærkt disponeret til at søge nærhed hos moren, eks. via øjenkontakt, smil, gråd, kalde på, klyngen sig til, stor protest over at blive forladt mv., der resulterer i opnåelsen af denne nærhed (Bowlby, 1994;Diderichsen,2007). Den biologiske funktion er, at knytte moren til barnet og bringe hende indenfor den behøvede nærhed. Bowlby peger som andre på, at tilknytningsadfærd også findes hos voksne i situationer, hvor man har mere behov for nærhed end ellers, eks. i forbindelse med skilsmisse, fødsel mv.(Asen, 2010) .

For at barnet kan lære at færdes i det miljø hvori det vokser op, er barnet udrustet med *udforskningsadfærd*, der motiverer det til aktivt at udforske sine omgivelser. Kommer barnet i denne udforskning for langt væk fra forældrene, hvor dets mulighed for beskyttelse reduceres, aktiveres tilknytningssystemet og barnet orienterer sig mod forældrene. Man vil derfor typisk hos småbørn se en karakteristisk skiften mellem udforskning af omverdenen og en tilbagevenden til moren.

Tilknytningssystemet skal dog ses som værende højeste prioritet af de to.

Barnet er nødt til at få integreret de to systemer, tilknytning og udforskning, idet en balance mellem disse er en forudsætning for optimale udviklingsbetingelser for barnet. Om denne integrering udvikler sig i positiv eller negativ retning afhænger af kvaliteten af den tidlige mor -barn relation – eller sagt på en anden måde, om moren evner og er motiveret for, at tilbyde sig selv som *en sikker base* for barnet. Den sikre base er et helt centralt begreb inden for tilknytningsteorien og blev introduceret af Mary Ainsworth i 1978. Begrebet opstod i forbindelse med hendes eksperimentelle procedure og defineres som morens evne til at ”..tilvejebringe *en sikker base*, hvorfra barnet eller den unge kan gå ud i verden, og hvortil det kan vende tilbage i sikker forvisning om, at det vil blive budt velkomment, når det kommer, få fysisk og emotionel støtte, blive trøstet hvis det er ked af det, og beroliget hvis det er bange” (Bowlby, 1994, s. 19;Diderichsen,2007).

Til dette formål (identificering af tilknytningsmønstre) udviklede Ainsworth (1978), Strange Situation Test(SST) til klassifikation af tilknytningsmønstret hos det enkelte barn. Proceduren består i, at

observere hvordan barnet reagerer, når moren er tilstede, når moren forlader rummet, når en fremmed kvinde tilbyder trøst og endnu vigtigere, når moren kommer tilbage til rummet. (Læs mere i ” Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn” Villumsen, L.; m.fl. 2004) (“Den psykologiske arv.” Diderichsen,2007).

Testen SST har ført til klassifikationen af de tre tilknytningsmønstre (Bowlby, 1994, s. 138).

1. Tryk tilknytning (secure attachment)

Barnet føles sig sikker på forældrenes tilgængelighed, hvis der opstår behov for trøst eller hjælp. Denne sikre base tillader barnet aktivt at udforske sin omverden og der eksisterer et mønster af balanceret vekselvirkning mellem at udforske og søge nærhed hos moren. Barnet er trygt og bliver ikke uforholdsmæssigt oprevet ved adskillelse fra moren. Gensynsglæden er stor, og barnet kan hurtigt trøstes ved genforeningen (Bowlby, 1994). Dette barns tilknytningsadfærd aktiveres kun i situationer, hvor det oplever sin sikkerhed truet, er træt, ramt af sygdom mv.(Diderichsen,2007).

2. Ængstelig-ambivalent tilknytning (anxious resistant attachment)

Barnet udviser ambivalent adfærd over for moren, idet barnet på den ene side synes overdrevent nærhedssøgende samtidig med, at den kontakt barnet modtager ofte afvises med vrede. Barnet viser meget separationsangst og græder således inderligt ved adskillelse og er samtidig meget svært at trøste. Barnets udforskningsadfærd er meget begrænset, idet barnet bruger uforholdsmæssig meget energi på at være fokuseret på moren (Bowlby, 1994). Tilknytningsadfærden synes således konstant aktiveret, helt eller delvist på bekostning af udforskningsystemet. Dette skyldes en konstant aktiveret adskillelsesangst (Diderichsen, 2007).

3. Ængstelig-undgående tilknytning (anxious avoidant attachment)

Det karakteristiske ved dette barns adfærd er den manglende tilknytningsadfærd i situationer, hvor man ellers ville forvente den. Såvel den fysiske som psykiske kontakt med moren er her sparsom, og barnet vil ofte ignorere hende – selv i situationer, hvor hun inviterer til samspil. Barnet synes at forvente skuffelse ved kontakt og prøver derfor tilsyneladende at leve livet uden kærlighed og støtte fra andre. Barnet reagerer med betydelig mindre gråd og søgeadfærd end børnene i de andre grupper. Men når

moren vender tilbage til det rum, hvor hun forlod barnet, ignorerer barnet hende (Bowlby, 1994). Barnet udforsker aktivt omverdenen uden at bekymre sig om sikkerhed, hvilket måske hænger sammen med at tilknytningsadfærden tilsyneladende er deaktiveret hele tiden. Dette er ifølge Bowlby (1994) en yderst alvorlig defensiv reaktion, hvis funktion er at beskytte barnet mod den ubærlig smerte, det er, når dets tilknytningsadfærd aktiveres, men ikke besvares (Diderichsen, 2007).

Mary Main (1988) (kollega til Ainsworth) supplerede senere med endnu en utryk tilknytningskategori som kaldes:

4. Desorganiseret/desorienteret tilknytning (disorganized/disoriented attachment)

Barnet udviser kaotisk og forvirret adfærd, sandsynligvis fordi moren virker forvirrende og/eller skræmmende på barnet, fordi hun enten er direkte truende og/eller uforudsigelig i sin kontakt. Barnet virker kontaktsøgende – en adfærd som dog ind i mellem afløses af voldsomme hidsighedsanfald, der udspringer af forvirring. Barnet udviser en tendens til henholdsvis beskyttende og afvisende adfærd over for forældrene og der er ofte ombyttede forældre-barn roller (Bowlby, 1994; Diderichsen, 2007).

Pat Crittenden arbejder med flere nuancer af disse mønstre Et blandingsmønster A/C. (se senere.) Læs også ”Den sociale arv” (Diderichsen, 2007) Forskningsresultaterne fra 2004 ,er ”oversat”(Villumsen, 2004) til spørgsmål, der kan bruges i graviditetsbesøg i familien. (se senere).

Der er belæg for en antagelse om, at der eksisterer en sammenhæng mellem barnets tilknytningsmønster og morens evne til at være emotionelt tilgængelig – at være en sikker base for barnet. Urolige børn ,f.eks. kolik børn, har øget risiko for ikke at udvikle et sikkert tilknytningsmønster. (Udvikler barnet ikke et sikkert mønster, fordi mor ikke er sikker i sin kontakt? Eller udviser mor usikker kontakt, fordi barnet er meget uroligt og svært at knytte sig til?) Et givet tilknytningsmønster har – på både kortere og længere sigt – konsekvenser for barnet i dets relation til andre og derved også for dets fremtidige forældreevne. (Villumsen, L.; m.fl. 2004).

I følge Bowlbys tilknytningsteori fra 1994 arbejder man således ud fra en antagelse om, at de oplevelser barnet får i relation til moren danner erfaringer, der for barnet skaber repræsentationer af

selvet, moren og samspillet mellem dem osv. Det er altså kognitive strukturer, der ifølge Bowlby (1994) er opbygget af individets faktiske samspilserfaringer med moren. Disse repræsentationer internaliseres som før nævnt og kommer derved til at fungere som *indre arbejdsmodeller* (Internal Working Models) for den enkeltes oplevelse af sig selv og andre, forventninger til sig selv og andre mv. Arbejdsmodellerne styrer derigennem barnets udvikling af relationer.

Tilknytningsteoriene betoner således sammenhængen og konsekvenserne af barnets tidlige relationserfaringer og den måde barnet senere i livet møder andre mennesker og etablere relationer på, og de er derfor helt centrale for personligheds/selvudviklingen.

Kvaliteten af tilknytning med barnets tilknytningsrelationer er afgørende for, hvorledes barnet fremover vil relatere sig til andre mennesker – i kraft af udviklingen af de indre arbejdsmodeller. Derfor er der grund til at støtte op.(Diderichsen,2007;Villumsen,2012)

Funktionen af den sikre base er, at barnet her ud fra aktivt kan udforske omverdenen i tryk vished om, at det altid kan vende tilbage til moren, når det får brug for nærhed igen.

Den udstrækning som moren evner at stille sig til rådighed i, som en sikker base for barnet, kan aflæses af barnets tilknytningsmønster. Det repræsenterer kvaliteten af tilknytningsrelationen.

Tilknytningskvaliteten ved barnets tidlige tilknytningsrelation er af afgørende betydning for barnets psyko -sociale udvikling. Tilknytningskvaliteten kan beskrives som et problem, når de følelser og den adfærd, der er i relationen mellem barn og mor er af en sådan karakter, at de medfører vedvarende afmagtsfølelser og stress for barnet. Barnet hæmmes dermed i at klare de udviklingsmæssige opgaver, det står overfor – det være sig både på kortere og længere sigt. (Se afsnittet om, hvordan børn på forskellig måde, kan reagere på forældre med efterfødselsreaktion).

Kvaliteten af tilknytningsrelationen har afgørende indflydelse på barnets fremtidige forældreevne. Ud fra den antagelse, at tilknytningserfaringer danner grundlag for udvikling af indre arbejdsmodeller/opskrifter (af barnet som elsket og kompetent/uelsket og udelig, og af moren som tryk og tilgængelig eller det modsatte). Disse opskrifter præger barnets oplevelser og fortolkninger af interpersonelle begivenheder. Det betyder at de indre arbejdsmodeller, både nu og fremover, vil være

bestemmende for barnets adfærd og måde at indgå i sociale relationer, idet disse internaliseres og bliver en del af selvet(Didrichsen,2007).

Hvis et utrygt tilknyttet barn ikke oplever en anden tryk, altså en alternativ tryk, tilknytningsrelation (og derved kan udvide sine tilknytningserfaringer og måske bryde kontinuiteten) tyder meget på at dette barns arbejdsmodel af utryk tilknytning vil få betydning for tilknytningskvaliteten for næste generation af børn i den pågældende familie. Det er derfor vigtigt, at vi som professionelle hjælper med at finde en anden betydelig voksen, f.eks., far, som barnet kan knytte sig til, hvis mor f.eks. på grund af en efterfødselsreaktion ikke i en længere periode magter det(Villumsen,2002,2012).

Der er dog nu forskningsmæssigt belæg for at antage, at blandt andet refleksion over egne tilknytningserfaringer er af stor betydning for, om denne kontinuitet kan brydes. Dvs. hvis vi som professionelle skal være med til at bryde et negativt mønster, må vi nødvendigvis starte interventionen i graviditeten(Villumsen, L.; m.fl. 2004;Villumsen,2012). (Se forslag til graviditetsbesøg samt beskrivelse af AAI. Bilag 1,18,21).

Hvordan har kvaliteten af morens egne tilknytningserfaringer betydning for hendes evne til ,at drage omsorg for sit barn?

Moderens egne tilknytningserfaringer betyder noget:

Et af de mest betydningsfulde og anvendte interview i dag er *The Adult Attachment Interview (AAI)* udviklet af Main, Kaplan og Cassidy (1985). Oversat af Villumsen, L. 2004 og omsat i guide for professionelle til brug i graviditetsbesøg(Villumsen 2000,2004, 2012,2013).

AAI interviewet udgøres af forskellige spørgsmål (se afsnittet senere) til belysning af forældrenes barndomserfaringer samt deres konstruktive bearbejdelse af disse. Gennem dette interview søger man, at indkredse den voksnes arbejdsmodeller af sin tilknytningsrelation i barndommen, som denne oplevede det – dengang og nu. Se hvordan det er brugt til forskning.(”Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn.”Villumsen, L. m.fl. 2004)(”Den psykologiske arv” Diderichsen, 2007).

AAI har til hensigt, at klarlægge interview-personernes nuværende repræsentationer af disse (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Resultatet af dette arbejde, som nævnt i tidligere afsnit, har ført til en opdeling af mødres tilknytningsadfærd i følgende fire klassifikationer: autonom (autonom), distræt (preoccupied), afvisende (dismissing) og uløst traume (unresolved trauma)(Villumsen, L. m.fl. 2004; Diderichsen, 2007).

Praksis:

Hvilken intervention hjælper så bedst disse mødre?

Intervention til autonome mødre:

Moren til det trygt tilknyttede barn har brug for almindelige råd og vejledning.

Distræte mødre

Disse mødre har brug for terapi evt. suppleret med Marte meo terapi.

Afvisende mødre

Disse mødre_ har brug for terapi måske suppleret med Marte meo terapi, men kun hvis moderen kan lære at reflektere.

Mødre med uløst trauma

Disse mødre behøver et langt behandlingsforløb, f.eks. egenterapi. Marte meo metoden vil her ofte være spild af tid eller gøre ondt værre (Crittenden, 2003;Villumsen,2004;Diderichsen, 2007;Villumsen, 2013).

Det er vigtigt tværfagligt, i samarbejde med familien, at afgøre hvad der er brug for. Denne klassifikation af mødre peger på, at morens vurdering og bearbejdning af den omsorg hun selv har

modtaget ,er af signifikant betydning for hendes egen måde at være forældre på – morens egne tilknytningserfaringer er det essentielle for det tilknytningsmønster, hendes barn udvikler til hende selv. Morens vurdering og narrative fremstilling af sine tilknytningserfaringer er af betydning for, hvilket tilknytningsmønster hendes barn udvikler. Sidst understreges betydningen af, at moren har eller opnår et (intellektuelt og følelsesmæssigt) nuanceret billede af sin egen tilknytningsrelation, på en måde som afspejler en høj grad af refleksion og realisme. Når dette fremhæves ,er det fordi ,der heri måske ligger en del af svaret på, hvorfor nogle børn, der er opvokset under dårlige vilkår med utryg tilknytning, tilsyneladende skaber et langt bedre liv for sig selv og deres børn end man umiddelbart ville forvente. Disse børn betegnes som mønsterbrydere(Wencke2005;Diderichsen,2007;Asen,2010;Zornig,2011; Villumsen,2012).

I følge Stern vil den autonome mor stille sig til rådighed for barnet – i hans terminologi kan dette sammenlignes med at moren evner *at afstemme sig* i forhold til barnets tilknytningsadfærd.

Den distræte mor er nogle gange tilgængelig for barnet, mens hun andre gange misforstår eller afviser dets signaler – dette kan relateres til Sterns beskrivelse af *upålidelig afstemning*.

En afvisende mor er enten meget ufølsom eller direkte afvisende over for barnet – her kan man tale om at moren *målbevidst misafstemmer sig* frem for at afstemme sig, måske endda til tider laver decideret *ikke-afstemning* i forhold til barnet.

Mødre med uforløst traume er både meget uforudsigelige i deres adfærd og kan virke skræmmende på deres barn – dette kan sammenlignes med Sterns begreb om *ikke-afstemning eller egentlige misafstemninger*.

Morens egne tilknytningserfaringer har altså stor betydning for hendes forældreevne og i forlængelse heraf, kan jeg antage, at hendes barns kommende forældreevne vil betyde, at også næste generation er i risiko for at danne utryg tilknytning (Diderichsen, 2007,Villumsen,2012).

Forskningen i hvad der fører til forskellige tilknytningsmønstre har hidtil primært fokuseret på tre faktorer: barnets medfødte dispositioner og temperament, hvordan moren møder barnets tilknytningsadfærd og det kulturelle syn på børneopdragelse, som findes der hvor mor og barn befinder sig. Samspilsmønstre har en tendens til at blive selvforstærkende. Det betyder, at gode samspilscirkler giver mulighed for nye gode cirkler, mens onde cirkler øger risikoen for andre onde cirkler.

Udover gode eller dårlige samspilsmønstre i familien er en anden væsentlig faktor for stabilitet i tilknytningsmønstret, også stabilitet i familiens livsomstændigheder. Det betyder at f.eks. skilsmisse, sygdom, arbejdsløshed, konflikter mellem forældrene mv. kan betyde en forandring i tilknytningsmønstret, Stress har tilsyneladende så stor indflydelse på forældrenes ressourcer, at det kan få konsekvenser for barnets tilknytningskvalitet(Villumsen,L.; m.fl.2004;Diderichsen, 2007).

D - tilknytnings mønstre (Main og Salomon) ses ofte hos børn af deprimerede mødre

D –desorganiseret /desorienteret mønstre

Barnet har ingen strategi. Opfører sig på selvmodsigende måder.

Kombinerer et stærkt behov for nærhed med undgåelsesadfærd

Intens fortvivelse der kan efterfølges af ubevægelig stirren

Urolig aktivitet går over i passivitet.

Barnet kan udvise stereotyp adfærd eller frygtsonhed, når forældrene nærmer sig.

A — C (Crittenden 2000)

Kombinationsmønster. Barnet kombinerer A og C tilknytningsmønstre strategier

Undgåelses adfærd / og ambivalent modstridende adfærd

De udviser en form for strategi ved første adskillelse men en

en anden strategi ved den anden adskillelse i Strange Situation Test.(SST)

D og A - C mønstre minder om hinanden.

(Villumsen, 2008).

Men hvordan ser det egentlig ud for dannelsen af tilknytning, når familien er invaderet af en efterfødselsreaktion, hvis barnet aldrig har haft en mor, som er omsorgsfuld og tilgængelig i denne første periode af barnets liv – er der en grænse for, hvor længe man kan udsætte dannelsen af tilknytning uden at barnets evne til dette forringes? Hvad sker der for børnene?

Forældre – barn -relationens helhed.

Hvis man lader barnet snuse til et amme indlæg - vender barnet sig efter mors amme indlæg.

Når barnet ser mor, øges suttehyppigheden, også ved lugten af mors tøj.

Barnet foretrækker mor (den person, der har taget sig af det fra starten).

Man danner sig billeder af, hvordan man er som forældre - det er det, man kan arbejde med(Madsen, 2000).

Børns reaktionsformer på depressive forældre

- A. Depressionens forplantning til barnet.
 - hvis barnet hele tiden mødes med depression som grundoplevelse, får barnet den opfattelse, at barnet i kontakt med andre - oplever ingenting - kun depression.

- B. Opnåelse af kontakt efter voldsom indsats.
 - barnet oplever at for at få kontakt med andre mennesker, skal man arbejde meget for at få kontakt.

- C. Bruger den depressive som baggrundstæppe.
 - barnet bruger mor som base, selvom hun er depressiv, men kontakten får man fra andre.

- D. Knytter sig til andre.
 - f.eks. far bliver vigtigere for barnets tilknytning.

- E. Grådig udnyttelse af uforudsigelig kontakt.
 - barnets grundopfattelse bliver, at man ikke selv har indflydelse på, om man får kontakt -. Når den er der, må man klæbe sig på.

- F. Formel kontakt.
 - Gør det, fordi man ved det/skal det. Barnet oplever overflade - men ikke virkelig kontakt. Fremmedgørelse i kontakt med andre mennesker.

Man kan arbejde med indre dannelse af, hvordan børn er.

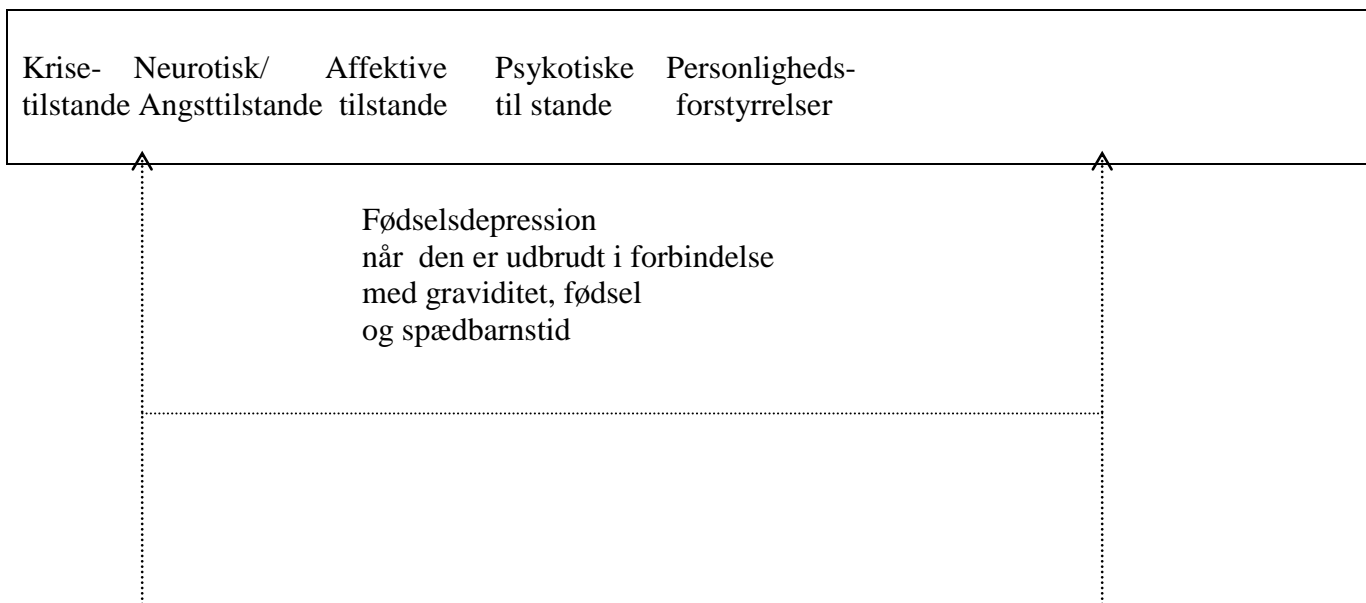
Der kan være mange forskellige former/oplevelser af at ha' en depressiv mor.

Børn lever i risiko med en depressiv mor.

8% af børnene reagerer senere - men på meget forskellig vis (Madsen 2000,2005).

De nye udenlandske tal for, hvor mange børn der reagerer er langt højere, ja alarmerende høje.(se tidligere)

Vi kan som professionelle sige at: Det er ikke sikkert, det er billigere at forebygge - det kan let være dyrere i hvert fald i første omgang. Det er nok mere et moralsk - etisk spørgsmål, om man vil. Man kan i hvert fald se, at nogle problemer blir' løst.



Depressionens forskellige niveauer

Individuelt.

håbløshed, hjælpeløshed, selvhad, skyldfølelse.

Spørger man, om kvinderne kender disse følelser andre steder fra, siger de ofte ja.

Oplevelse af barn og samspil.

- angst for barnet, angst for at gøre barnet skade, somatisering, angst for at miste kontrol (næsten tankeforstyrrelser).

43 kvinder med fødselsdepression blev spurgt, hvad de typiske depressionstanker handlede om - de svarer - altså angst for barn - gøre skade - altså helt forskellig fra almindelige depressioner, hvor andre symptomer fylder mest.

Forhold til egen mor:

- Er ofte kompliceret.

Erfaringer med relationer:

- følelser af forladthed, mangel på indlevelse, isolation, manglende følelsesudveksling.

Spørger man, om de kender disse følelser andre steder fra - siger de ja – minder mig om forladthed m.m. i barndomsforhold til egne forældre (Madsen, 2004; Villumsen, 2004, 2012).

Fokuspunkter i arbejdet med den depressive mor:

Man må spørge: hvordan oplever hun det - hvilke billeder har hun af:

- sig selv som mor
- barnet som barn
- relationen til barnet
- egen mor som mor
- egen far som far
- sig selv som barn (se forslag til graviditetsbesøg, samt samtalen som redskab i behandling).

Børns tilknytningsformer:

- tryk/sikker tilknytning
(er glad for mor - ser fremmede an)
- undgående tilknytning
(barnet ser væk, når mor går og når mor komme igen. Barnet forsøger at holde på sig selv - uden at reagere).
- ambivalent tilknytning (barnet er forberedt på, at det går galt; finder ikke ro ved genforening, når mor kommer igen).
- desorganiseret/desorienteret tilknytning (børn af psykotiske mødre)(Crittenden ,2004).

Eksempel:

Et spædbarn

barn kravler _ _ _ _ _ legetøj
klar glasplade

barnet standser op - ser på far eller mor - kan jeg? - må jeg? - hvis mor/far smiler kravler barnet videre, for at nå legetøjet.

Altså hvis far/mor siger OK - overskriver barnet egen konkrete sanselige oplevelser.

Andre faktorer der spiller ind:

Mænd har ofte den højeste fraværsfrekvens fra hjemmet (på grund af arbejde) lige i den tid, de får små børn.

Gennemgående træk ved psykisk dårlige mødre:

- har mistet egne mor tidligt
- er uden tæt relation til en anden person
(det er en meget beskyttende faktor, hvis man har en anden person, man er tæt knyttet til).
Det, at have en tæt kontakt til en person, er afgørende for, om man kan klare sig, om man får et trygt tilknytningsmønster og adfærd.

Det tilknytningsmønster, der er dannet som 1-årig, kan man præcis se som samme mønster

hos 80% af børnene, når de er 18 år(Madsen, 2004).

Dem, der skifter gruppe, er børn, hvor der i opvæksten sker noget radikalt:
f.eks. skilsmisse - behandlingsforløb o. s. v.

Morens egne tilknytningserfaringer betyder derfor noget(Diderichsen, 2007;Villumsen,2013).

Forskningen viser, at der er forskellige måder, at møde sit barns tilknytningsadfærd på.
Moderens vurdering af sine egne tidlige tilknytningsrelationer korrelerer signifikant med den type tilknytning hendes barn nu har til hende.
(Main, Kaplan, m.f. 1985)

Disse klassificerer mødre i 4 kategorier:

Anonyme mødre

Moren til det trygt tilknyttede barn. Hun er tilgængelig og nærværende.

Distræte mødre

Moren til det ængstelige - ambivalente barn, er upålidelig i sin følelsesmæssige tilgængelighed. Der er ikke tale om, at moren afviser, men snarere at hun misforstår eller ikke reagerer adækvat på barnets signaler.

Afvisende mødre

Moren til det ængstelig – undgående tilknyttede barn.
Mor er generelt ufølsom over for barnets tilknytningsadfærd, hvis hun ikke er direkte afvisende.

Mødre med uløst traume

Moren til det desorganiserede/desorienterede tilknyttede barn – udviser meget uforudsigelig adfærd, samtidig med at hun virker både skræmt og skræmmende på barnet (Main,1985; Stern, 2004; Villumsen,L.,m.fl.2004;Diderichsen,2007).

Hvad ved vi om det?

Det fremgår af undersøgelserne,(Schaffer,1993; Villumsen,L.; m.fl. 2004; Diderichsen, 2007), at uhensigtsmæssig tidlig tilknytning tilsyneladende ikke er irreversibel og dermed at en forbedret tilknytningsrelation senere, til en vis grad, kan kompensere for tidligere mangler. Dette kan forstås ud fra en sammenhæng ,hvor bedre tilknytningsbetingelser betyder, at barnet for det første kan profitere af sine egne personlige erfaringer med en bedre tilknytningsrelation, sådan at disse erfaringer er med til at ændre dets repræsentationer af

tilknytning. For det andet, at barnet gennem den større intellektuelle formåen får større mulighed for, at reflektere over tidligere tilknytningserfaringer, og også derigennem har mulighed for at ændre sin repræsentation af disse.

Bearbejdning af tilknytningserfaringer.

Dette har vist sig, at være en af de væsentligste faktorer i bestræbelserne på at få brudt denne kontinuitet i udviklingen af tilknytningsmønstre mellem generationer. Det er således af **afgørende betydning, at moren har eller opnår et, såvel intellektuelt som følelsesmæssigt, nuanceret billede af sin egen tilknytningsrelation. Det interessante i den forbindelse er, at det frem for de faktiske oplevelser, er morens bearbejdning og integration af denne tilknytningsrelevante information, der er bestemmende for morens evne til at være en sikke base for barnet.** Denne viden må vi udnytte i vores planlægning af det professionelle arbejde der tilbydes i graviditeten og efter fødslen i familierne. Se også fædres betydning som tidligere beskrevet(Villumsen, 2004,2013)(bilag1,9,18,30).

Det er vigtigt, i hvilken udstrækning moren forholder sig til sin egne tilknytningserfaringer. Gør hun det ikke, kan hun risikere, at hendes forældreevne vil resultere i et utrygt tilknytningsforhold til hendes barn, og på sigt at barnets egen forældreevne vil afspejle disse tilknytningsrelationer over for barnets børn. Med mindre barnet formår at bearbejde sine tilknytningserfaringer og dermed bryde generationsmønstret(Diderichsen,2007;Villumsen, 2013) .Eller at børnene i deres omgangskreds har mulighed for at benytte sig af andre personer ,til at få dækket noget af deres behov for nærhed og intimitet. Derved kan de få adgang til positive tilknytningserfaringer. Det er derfor vigtigt, at vi som professionelle hjælper det utrygt tilknyttede barn, ved at tilbyde barnet alternative tilknytningsrelationer, f.eks. barnets far som den mest oplagte, eller et familiemedlem, hos en af barnets venner, en pædagog, en lærer mv. (Se afsnittet tidligere om børns reaktion på at have en forælder med en efterfødselsreaktion)(Villumsen, 2004,2013).

Dion Sommer (1996) påpeger, at kulturen påvirker barnet på et utal af måder, hvor den mest betydningsfulde er, at den sætter rammerne for det daglige liv og derved er af stor betydning for barnets udviklingsbetingelser, samt familiens livsvilkår i øvrigt: At tilknytningsteoriens præmisser ikke er gyldige, og at vi derfor må forkaste den – i hvert fald i sin oprindelige form.

Sommer mener, at tilknytningsteorien hører hjemme i de klassiske socialiseringsteorier, der ikke levner plads til andre personer af betydning end moren i de første par år af barnets liv, og angiver at barnets interpersonelle verden i dag er væsentlig udvidet med daginstitutioner, jævnaldrende, søskende, bedsteforældre mv., der på forskellig vis præger barnets udvikling. For det andet mener han, at kompetenceforskningen har vist, at barnet meget tidligt besidder færdigheder, der rustet det til at indgå i mange forskellige relationer. Sommer betegner således barnet som modtageligt, men også langt mere resilient, elastisk og livsdueligt end det tilknytningsteoretiske perspektiv antager. Han betegner oplevelser i barndommen som betydningsfulde, men påpeger, at barnet kan tåle selv meget kraftig påvirkning uden at lide emotionel og udviklingsmæssig overlast. Men et er sikkert, som professionelle oplever vi mange, der HAR lidt overlast, og hvor tilknytningen får stor betydning for forældreoven eller mangel på samme. Nyere forskningen viser også dette (Villumsen, et al, 2004; Diderichsen, 2007). Ungdomspsykiater Søren Hertz ser lige som jeg, den systemiske narrative metode, som en vej at gå i forhold til at samtale med børn og familier (Hertz, 2008).

Jeg vil derfor sammenfatte forestående teori til forslag og praksis.

Det er klart at en professionel skal være fagligt rustet til at stille de neden for beskrevne spørgsmål. Det er som sådan ikke bare ”en opskrift”, der kan bruges uden forudgående kendskab til emnet. Samtidig kræver det, at der er tid til opfølgning hos familien, tid til supervision og tværfaglig sparring for den professionelle og ledelsesmæssigt prioritering. Men inden da er det vigtigt at understrege, at konteksten for besøget skal være afklaret. Hvad går besøget ud på?, hvad skal det forebygge?, hvad skal det afhjælpe? hvad skal det evt. give svar på?, hvor længe varer besøget? (bilag 1, 18, 19, 20, 21).

Er forældrene ”kunde i butikken” til at modtage et sådant besøg. Ikke mindst er sundhedsplejersken overbevist om, at det hjælper, og kan hun ”sælge varen” til forældrene, så de er trygge og vidende om, hvad besøget går ud på. Skal vi forebygge og opspore, må vi gøre som de siger i Skotland: ”You have to ask.”

1. Brug af denne opskrift, med hvilke spørgsmål der bør stilles i graviditeten, inden 30 graviditetsuge, viste sig at have stor forebyggende effekt. Faktisk kunne halvdelen af alle behandlingskrævende efterfødselsreaktioner/ depressioner forebygges (Villumsen, L.; M.fl. 2004; Villumsen, 2013).

Forslag inspireret af AAI til spørgsmål der kan stilles i et graviditetsbesøg i en almindelig familie

Indledning:

Jeg vil spørge ind til personlige oplevelser hos dig, (jeg vil spørge jer begge hver for sig), der får dig til at tænke over dit liv, fordi den psykiske bagage, vi har som voksen, (den vi har med fra barndommen og senere), påvirker den måde, vi blive forældre på. Spørgsmålene er ment med henblik på at få dig til at tænke tilbage, så du kan komme til at tænke på, hvordan du ønsker, at blive forældre. Graviditeten skal skabe et barn – men også en mor og en far. En forberedelsestid. Hvor vi her ser på hvilke ”opskrifter”, I hver især har med jer, på det at blive forældre.

- Hvordan reagerede du, da du fik at vide at du var gravid?
- Spekulerede du på, hvordan du selv var blevet opdraget og selv har haft det?
- Har du gjort dig tanker om, hvordan et lille barn vil påvirke jeres parforhold?
- Har du haft perioder under graviditeten ,hvor du har tænkt negativt om det, der skal ske?
- Perioder hvor du har tænkt specielt positivt?
- Hvad har du i din mave?(Hvad er der i din kones mave?) Hvad er dit billede af dit barn? Hvad forestiller du dig? (Dit barn bliver til, når du forestiller dig det). Hvordan bevæger barnet sig? Tror du, det bliver en dreng eller en pige? Hvornår bevæger han/hun sig? Sådant eller sådan? Er det et lille uglebarn, der er vågen om natten? Eller et lille lærkebarn, der ”står tidligt op” i mors mave?
- Prøv at fortælle om din tidlige barndom og familie situation, hvor boede i m.m.? Flyttede i meget?
- Så du meget til dine bedsteforældre?
- Prøv med 5 ord at beskrive forholdet til din mor, da du var barn. Hvorfor disse ord?
- Prøv med 5 ord at beskrive forholdet til din far, da du var barn. Hvorfor disse ord?
- Hvilken af dine forældre var du mest knyttet til, da du var barn?
- Hvorfor havde du ikke samme følelse i forhold til din far/mor?
- Hvad gjorde du, når du var ked af det som barn?
- Prøv at fortæl om, hvordan det var, når I rigtig hyggede jer.

- Følte du dig skubbet væk eller ignoreret som barn? Beskriv
- Var dine forældre nogensinde truende overfor dig, måske en form for disciplin eller kun for sjov?
- Nogle mennesker har f. eks. fortalt, at deres forældre truede med at forlade dem eller sende dem væk.
- Andre har fortalt ,at deres forældre brugte tavshed som våben – er dette sket for dig?
- Andre trusler eller grov adfærd? Påvirker det dig som voksen? Hvilken betydning har det for dig som forældre? Hvordan vil du gerne gøre det?
- Trusler eller grov adfærd fra andre end forældre?
- Hvorfor gjorde dine forældre, som de gjorde, da du var lille, tror du?
- Var der andre voksne, som stod dig nær, da du var barn, ligesom forældre gør?
- Har du været ude for at miste en forældre eller anden nærstående, mens du var lille (søskende)?
- Hvor gammel var du? Hvad skete der? Hvordan følte du? Var du til begravelse? Hvordan var det?
- Har tabet påvirket din voksne personlighed?
- Har du mistet nogen, der står dig nær som voksen? Hvornår?
- Har du andre traumatiske oplevelser?
- Hvordan var det at være teenager i forhold til dine forældre?
- Hvordan er forhold til dine forældre nu?
- Hvad synes du, du har haft gavn af i din barndom?
- Hvad håber du, dit barn vil få lært af, at blive opdraget af dig som forældre?

Spørgsmålene stilles også til den vordende far. Disse spørgsmål vil forberede de vordende forældre på noget af det, den kommende fremtid vil handle om (Villumsen, 2004, 2013).

Spørgsmål indgår i udvidet form i Adult Attachment Interview (se afsnit senere, samt bilag 21).

Praksis forslag til familieforberedelse: (se bilag 9 familieforberedelsespjece).

Eksempel på indhold på familieforberedelse:

Ved jordemoder/sundhedsplejerske, evt. andre undervisere:

- Familieforberedelse
- Præsentation

- Arbejdsområde for den professionelle - (familiearbejde med gravide, spædbørn, småbørn, skolebørn. Andet profylaktisk arbejde. Grupper).
 - Ansættelsesforhold for de professionelle
 - Hvilket tilbud er der i dette område for familierne.
 - Tilbud om besøgshyppighed/konsultationer.
 - Tavshedspligt.
 - Samarbejdspartnere - (jordemødre, sundhedsplejersker, sygehuset, egen læge, psykologer, psykoterapeuter, fysioterapeut, sagsbehandlere og alle andre).
 - Oversigt over nogle faktorer, der har indflydelse for en god opstart på en "lykkelig familie." og "realistiske" forventninger til sig selv og eventuel samlever.
 - Nattesøvn - træthed – overskud.
 - Afhængighed.
 - Planlægning - tab af frihed (det de kan planlægge - det de ikke kan planlægge).
 - Sexliv/samliv.
 - Venner – festivitas.
 - Fritidsinteresser.
 - Humør.
 - Arbejdsfordeling - hvem gør hvad i familien nu, fremover?
 - Troen på egne evner og formåen.
 - Følelser omkring det kommende barn.
 - "Realistiske" forventninger til barnet, (ting tager tid - det tager tid at lære hinanden at kende).
 - Reklamer - hvad får de os til at tro?
 - Sove, spise, uroperioder.
 - Roligt, sundt, velskabt barn, hvilket billede har forældrene af det?
 - Barselshvile (luk dør - telefon? Kan nye forældre klare lige så meget som ellers?)
 - Barnets kompetence.
- Forestilling om barnets personlighed og udseende, brug af narrative kort (Bilag 22,23).
- Omgivelsernes reaktion.
 - Jalousi fra eventuelle søskende – dyr.
 - Hjælp eller "hjælp" fra familie og venner.
 - "Gode råd" fra andre.
 - Amning/træthed/mad.

Det psykiske forældreskab

- Det at blive reproduceret.
- Hvad er din opskrift på det at blive en familie?
- Hvad er din mands opskrift? Brug af Livscirklen[©], familiecirklen[©](bilag 13,14)
- Refleksioner over egen barndom - (hvad bærer jeg med mig?)
- Forhold til egen mor.
- Ny identitet/forældreskab - tiden før/efter .
- Stolthed/usikker ved at blive forældre.
- Hvad er det bedste og det værste ved at være gravid.
- Tidligere kriser - beskrivelse af krisereaktioner - forebyggelse af efterfødselsreaktioner.
- Symptomer på reaktioner, hvorfor kommer reaktioner, (symptomer kan være en reaktion. på overbelastning). Fremvisning af video om efterfødselsreaktioner (Villumsen,2002, 2004, 2013(brug af pjece Villumsen,2013)(bilag28).
- Hvad kan vi/I selv gøre.
- Tilbud om hjælp ved reaktioner.
- Oplysning om hvad kan vi gøre for, at barnet undgår skader i en familie, hvor en forælder har en efterfødselsreaktion.

Eksempler på enkle spørgsmål:

- Hvad synes du om at være gravid?
- Hvad synes dine forældre om at du har fået barn?
- Hvordan har det påvirket jeres forhold?
- Hvordan var dine forældre -forældre for dig?
- Hvem trøstede dig, når du var ked af det?
- Hvem tror du, du vil komme til at ligne mest som forældre? Hvordan?
- Hvordan var det at være barn hjemme hos dig?
- Hvad kunne du godt have tænkt dig, at dine forældre havde gjort for dig?
- Hvad bliver mest vigtigt for dig, som forælder til dit barn?

Jeg har nu mest beskæftiget mig med graviditeten og tilknytning. Jeg vil derfor, i det følgende afsnit se på:

FOREBYGGELSE OG BEHANDLING AF EFTERFØDSELSREAKTIONER - SUNDHEDSPLEJE/INTERVENTION VED EFTERFØDSELSREAKTION/FØDSELSDEPRESSION

Praksisbeskrivelse:

Jeg har flere gange i denne bog stillet spørgsmålet:

Er familien syg eller sund, når den reagerer på overbelastning?

Samarbejdet faggrupperne imellem er alfa og omega, når efterfødselsreaktioner skal forebygges eller behandles. Hjælpen skal desuden være klar med det samme, når familien har brug for det. Det viser de erfaringer jeg fik i Thisted, hvor vi arbejdede sammen på en ny måde, både tværfagligt / tværsektorielt og geografisk (Villumsen,1991, 2002,2004)

Mange får en før - eller efterfødselsreaktion, og nogle får en depression i forbindelse med barnets fødsel. Statistikker i ind - og udland siger, at det overgår ca. hver fjerde kvinde og hver tiende mand(Villumsen, L. ;m.fl. 2004;Villumsen,2013).Lidt flere synes selv, de har en reaktion. Nogen oplever blot at få en forlænget tudetur i få dage, andre oplever en længere perioder med uro, angst, depressive tanker, mangel på søvn og måske følelsen af ikke at være rigtig glad eller slet ikke at være rigtig glad for sit barn. En følelse af at have det meget anderledes end forældre havde regnet med, en følelse af ikke rigtig at kunne genkende sig selv (Villumsen,2004,2012).

Disse følelser kan være så skræmmende, at forældrene gør alt, hvad de kan for at skjule, hvordan de har det, selv over for dem, de har nærmest. På den måde påbegyndes en ond cirkel, der tidligere betød, at andre først et stykke tid efter fødslen fandt eller opdagede en mor eller far, der var deprimeret. Fundet gjorde, at fokus blev sat på moderen/faderen. Der blev sat fokus på, at hun/han var syg og skulle behandles, måske med medicin, måske med terapi.

Ofte medførte den indstilling, at moderen/faderen fik en endnu stærkere følelse af ikke at slå til, ikke at være god nok, ikke at magte det at få et barn.

Jeg forsøger at se på det på en anden måde.

Familien har nogle gamle og nye oplevelser, der i denne situation bliver til en overbelastning, som de ikke selv magter at løse med de metoder, de plejer at bruge, når de har problemer. Det giver sig udslag i angst, uro og depression, så de ikke selv kan finde ud af, hvorfor problemerne er der.

Det rammer selvfølgelig ofte familier, der i forvejen har mange problemer, men det kan også ramme ofte velfungerende, veluddannede mennesker eller mennesker med styr på tingene. Mennesker der er vant til at planlægge deres liv, som ved, hvad de gør. Når de så oplever en graviditet og fødsel og især det nyfødte barn, hvor de ikke kan styre tingene på samme måde, hvor følelserne fylder mest og hvor også gamle følelser dukker op, så kan der let opstå kaos i deres kendte verden. Efterfødselsreaktioner/ depressioner rammer oftere ufaglærte og kvinder med 4 års uddannelse, end det rammer faglærte og højtuddannede kvinder. Lige som det hyppigere rammer kvinder i Vestdanmark, end i Østdanmark (Villumsen, L. ;m.fl. 2004). Norsk forskning viser, at det oftere rammer ældre kvinder. Det er der ikke belæg for i Danske undersøgelser snarere tvært i mod (Villumsen, L. ;m.fl. 2004).

Det er derfor vigtigt, sammen med familien, at se på, at det er sundt at reagere på overbelastning; at jeg som fagperson ville være mere bekymret, hvis de ikke reagerede på overbelastning; at måden de reagerer på, i en periode, måske er uhensigtsmæssig, måske både for dem selv og resten af familien, og uden hjælp, måske en trussel mod deres psykiske sundhed.

Hvad virker mere:

Her følger mine erfaringer fra den tværfaglige indsats i Thisted frem til 2004, samt mine erfaringer som jeg har samlet som selvstændig frem til 2013: Ideen er at vi, som fagperson, prøver i fællesskab med familien at finde ud af, hvad der ligger bag, hvad vi kan gøre. Hvordan de kommer videre, og hvad de kan lære af i en periode at have haft det dårligt. Prøve at vise dem, at der er mange andre, der også har det sådan. At tilbyde familien et tværfagligt forløb. Hvis mange faggrupper bor i samme hus, har distriktssammenfald, og kan planlægge deres tilbud til familien sammen, faggrupperne imellem, virker indsatsen (Villumsen,2004,2012). Hvis der er udvidet familieforbereelse; tilbud om graviditetsbesøg; eller hvis problemerne opstår efter fødslen, at der tilbydes familien mange flere hjemmebesøg eller konsultationer end ellers. Hvis alle tilbydes individuel og/eller gruppeterapi efter behov og ønsker.

Hvis faggrupperne tilbydes fælles undervisning og supervision, og behandlingssystemet dermed op kvalificeret det faglige niveau virker indsatsen bedst. Det betyder selvfølgelig i første omgang, at faggrupperne bliver klogere, men også at familien kan tilbydes en hjælp, der kan være der, når de har brug for det. En hjælp der ikke er så afhængig af ventelister og hvilken pengekasse, der skal betale, hvilket ellers ofte er tilfældet i det etablerede system. Hvis der arbejdes videre med, hvordan det bedst kan forebygges, at barnet får mén og dårlig trivsel af, i en periode ,at have haft en forælder med efterfødselsreaktion, (f.eks. via 'Marte meo'- eller systemisk narrativ intervention).Hvis familien gøres opmærksom på, at efterfødselsreaktioner er hyppige, at der kan gøres noget og, at det går over(se afsnittet om metoder senere, men først skal vi tilbage til teorierne bag:

Forskning

Jeg har lyst til at komme med nogle få tal fra undersøgelser, i et historisk tilbageblik, der siger lidt om, hvordan forældre opfatter det at gå fra parforhold til forældreskab. Undersøgelsen er publiceret af Socialforskningsinstituttet helt tilbage i 1996. Chalmers undersøgelse af 1992 oplyser, at:

- 25% oplever overgangen som svær i en eller anden grad.
- 50% svarede at de fandt overgangen imellem let og svær.
- 38% oplever at få utilstrækkelig søvn.
- 33% oplever, at det er svært at berolige barnet.
- 33% at det er svært at have gæster.
- 20% at de har seksuelle problemer.
- 17½% at de har bekymringer for fremtiden.
- 90% svarede at de følte meget stolthed og lykke og oplevede en øget ansvarsfølelse, og det at være far var den mest vidunderlige oplevelse.

Lisbeth Brudal (1984) har undersøgt forekomsten af psykiske og somatiske reaktioner i forbindelse med den postnatale periode (Se Tabel 2)

Tabel 2

	Kvinder	Mænd
Nedsat interesse for mad	29%	31%
Muskelspænding	37%	35%
Depressive reaktioner	38%	31%
Uvirkelighedsfølelse	50%	48%
Glemsomhed og koncentrationsbesvær	58%	57%
Søvnløshed	79%	25%

Det sidste tal, der skal nævnes fra Socialforskningsinstituttets redegørelse for 1996, er de ændringer, som forældrene oplever i parforholdet i barnets første leveår: En tredjedel oplever barnet som en belastning. Halvdelen oplever det som en krise at få et barn. Halvdelen har mindre sex med hinanden. En tredjedel har ingen sex med hinanden. En tiendedel går fra hinanden i løbet af det første år, (det er dobbelt så mange som for 20 år siden).

I 2008 har Christian Bjørnskov lavet en undersøgelse om lykke. 300.00 personer er spurgt. Kurven for lykkefølelse falder ved første barns ankomst, specielt ved andet barns ankomst. Her stiger sandsynligheden igen for, at forældrene bliver skilt. Kurven for lykkefølelse bliver nede til børnene er flyttet hjemmefra (Handelshøjskolen København 2008).

Det engelske magasin Mother & Baby har i 2010 spurgt 2000 forældrepar om, hvordan det at få et spædbarn har ændret deres vaner. 71% af mødrene siger, at deres sexliv er blevet ødelagt, mens 86% hellere vil sove end dyrke sex. 60% af de adspurgte mødre siger, at barnets ankomst har sat deres parforhold på stand - by. Måske kan en del af skylden kastes på fædrene, for 52% af de adspurgte fædre vågner ikke om natten, når barnet vågner. Det gør til gengæld 99 % af mødrene.

Disse tal er i sig selv tankevækkende og giver måske også et billede af, hvorfor så mange reagerer på overbelastning i forbindelse med graviditet og fødsel, især fordi tallene for hvor belastende forældre synes forældreskabet er, viser sig at være næsten enslydende, eller stigende op gennem de sidste 20 år (Villumsen, 2002, 2004, 2007, 2013).

Depressive tanker.

Hvilke tanker er ”typiske” ved en depression?

Typiske dysfunktionelle antagelser hos depressive:

- ”Jeg skal være afholdt af alle. Enten har jeg 100% succes eller også er jeg total fiasko.
- Min værdi som menneske afhænger af andres opfattelse af mig. Hvis folk er uenig med mig, betyder det, at jeg ikke er noget værd. Jeg burde altid gøre ting, så godt som

overhovedet muligt. Jeg burde være i stand til at klare alting selv og bede om hjælp. Jeg har været svag.”

Forskellig definition på efterfødselsreaktion/depression/psykose har hersket i litteraturen:

Der er i Danmark i dag forskel på definition på efterfødselsreaktioner og fødselsdepression. I noget af litteraturen er opgivet, at tude turene udgør op til 50% af alle fødende. At fødselsdepression rammer ca. 12% af alle fødende, og at fødselspsykose rammer 1 ud af 1000 fødende. Tallene svinger i litteraturen. Jeg angiver dem, som jeg har oplevet via mine erfaring og forskning, som kan ses i i grafisk form (i Figur 2, side 15). Se også min definition på efterfødselsreaktion og fødselsdepression side 7. Som tidligere nævnt er der ifølge nyeste Danske forskning forskel på, hvem det rammer mest, og hvor i landet man bor (Villumsen, L. ;m.fl. 2004).

Hjælp til de ramte:

Den hjælp kvinder/mænd får, afhænger ikke kun af, hvad de ønsker eller har brug for, men også af hvordan sundhedssystemet (der skal levere hjælpen) “tænker”.

Fødselsdepression er lidelsesfuldt for kvinder. Der er risiko for kronisk depression eller senere depressioner, det påvirker barnets udvikling. Der er risiko for medicin- og alkoholmisbrug, og der er selvmordsrisiko. Grunden til at mange kvinder/mænd skjuler sig eller ikke henvender sig, er at de er skamfulde, at de er bange for ikke at blive taget alvorlig, bange for at få at vide, at der er noget galt. De er bange for at blive sindssyge, måske bange for at få barnet tvangs fjernet. Hvis de tager sig sammen til at henvende sig, henvender de sig ofte med andre klager. Der er risiko for at de depressive symptomer fejltolkes. (Derfor er tværfagligt samarbejde en nødvendighed.)

Min erfaring med tværfagligt samarbejde/behandling fortæller, at dialogen styrkes med denne form for samarbejdsmodel. Det giver respekt om, hvem gør hvad.

- Klare budskaber
- De andres observationer bliver synlige og kan bruges.
- Ved at tale med kvinden bliver hendes forhold til egen mor også tydeligere.
- Hun vil ofte bruge den professionelle som ”mor”, og det er vigtigt at få afklaret, hvilken hjælp, hun kan få fra sin egen mor og andre, og hvilken hjælp hun skal have fra os som professionelle. Da dette jo også rammer ret veluddannede kvinder, der

plejer at have check på alt, og det har de ikke på det her, skaber det angst.

(Fødselsreaktion / depression rammer oftere kvinder med mellemlange uddannelser og ufaglærte, end det rammer højtuddannede og faglærte. Lige som det oftere rammer kvinder i Vestdanmark end i Østdanmark(Villumsen, L. ;m.fl. 2004).

Det er mit indtryk, at der stadig er stor forskel på, hvor og hvordan familierne kan få rådgivning i forskellige egne af landet.

Hvad kan vi bruge af den teori, vi lige har læst?

Fødslen som en overgangsfase.

Hvad gør I- i jeres familie for at markere overgangen til at blive forældre?

Når kvinder skal føde har de brug for både fysisk og følelsesmæssig støtte fra deres omgivelser. Det er vigtigt at overveje som professionel, hvorvidt man holder sine egne følelser på afstand af de følelsesmæssige reaktioner, som kvinderne har, når man drager omsorg for dem.

Der drøftes blandt andet, hvordan alt forandrer sig totalt, f.eks. forandringen fra at være to til at være tre, fra at være i centrum til at være ansvarlig for et andet menneske, i forhold til ens partner og andre, f.eks. at partneren begynder at få et forhold til kvinden som mor, og dette forhold kan påvirkes af mandens forhold til sin egen mor, ændring af status, forandringer i krav, rolleforandringer, ens evne til at klare sig, nye stressfaktorer, nye forhold, nye prioriteringer. Efter at have fået barn nr. to tænker mange eller forventer mange forældre, at forandringen ikke vil være så markant. Mange siger, ”vi har været igennem dette forløb før, og denne gang tror vi, vi ved, hvad vi skal gøre.” Men de følelsesmæssige reaktioner fra hvert familiemedlem kan være fuldstændig anderledes, og der kan opstå problemer med strid mellem søskende. Generelt befinder forældrene sig på en rejse i det uvisse, og for kvinden foregår denne rejse på et tidspunkt, hvor hun fysisk og følelsesmæssigt er meget sårbar(Brug af Livscirklen©, Familiecirklen© bilag 13, 14).

Udviklingskriser.

Ericksson (1953) mente jo som beskrevet, at mennesker går igennem særskilte udviklingsfaser i deres liv. Før overgangen til næste fase har de behov for at løse et dilemma eller krise, som har betydning i deres alder. Hvis dilemmaet ikke løses positivt, vil mennesket være psykologisk bekymret og vil være mindre god til at klare senere kriser på en effektiv

måde. Måden hver forælder klarer problemet på i hver overgangsfase er påvirket af deres forhold til mennesker, som har betydning for dem og resultatet afspejles i deres senere selvtillid. Erickssons model har stadig værdi, fordi den peger på, at både følelsesmæssig uro og ubehag er nødvendig og normal; at der er behov for tillidsfulde og støttende forhold til familier og samfundet, behov for at personalet i sundhedsvæsenet forudser problemer hos kvinder med særlig behov, f.eks. kvinder med efterfødselsreaktioner, hvis fundamentale behov ikke tilfredsstilles (Villumsen, L. ;m.fl. 2004).

Andre kulturer:

Det er meget vigtigt, også at sætte sig ind i andre kulturers ritualer. Det kan være meget vigtigt for en kvinde, at hun mærker, at hun bliver mødt der, hvor hun er, og med de ritualer, hun evt. har med fra sin egen kultur. Men uanset at der er mange forskellige ritualer i forskellige samfund, består der et fælles element i dem alle, nemlig at moderens behov for støtte og rådgivning skal imødekommes, og at man også især skal beskytte hende fra de daglige pligter i en periode lige efter fødslen.(Villumsen,2002,2013)

Planlægning af indsats.

Hvorfor er det så vigtigt for sundhedspersonalet at finde vej gennem den labyrint, der er af forskellige følelsesmæssige reaktioner? Det er det blandt andet, for at kunne hjælpe kvinder og mænd til at reagere positivt på følelsesmæssige forandringer, og til at indstille sig på at blive forældre på en vellykket måde. Ved at forstå de forandringer, som enhver kvinde oplever og hendes derefter følgende følelsesmæssige behov, kan det hjælpe hende til at få en positiv oplevelse ud af graviditet, fødsel og barselsperiode. Disse positive oplevelser medvirker i høj grad til en vellykket tilpasning til at blive forældre og også til moderens, faderens, barnets og familiens fysiske og følelsesmæssige velvære. Ud over at hjælpe kvinden direkte kan man hjælpe andre omsorgsgivere til at forstå og tilfredsstille kvindens følelsesmæssige behov. Disse omsorgsgivere omfatter kvinden selv, hendes partner og familien og øvrige netværk. Den måde som hver kvinde behandles på i hver fase, samt hendes minder om den behandling gør dybt livsvarende indtryk på hende. Det er meget vigtigt, at hjælpe kvinden til at opbygge positive minder. Kvinder har ret til at forvente, at de får en værdig og meningsfuld oplevelse. Også at vi reagerer over for kvinder med særlige behov. Ved at forstå de særlige behov hos kvinder med problemer, f.eks. tidligere reproduktive

problemer eller en socialt belastet baggrund, vil man være bedre stillet til at kunne hjælpe dem, for hurtigt at kunne opdage unormale følelsesmæssige reaktioner(Villumsen,2004,2012).

I hjælpen til kvinden er det vigtigt, at man adskiller og holder ens egen reaktioner på afstand fra kvindens reaktion. Det er vigtigt at kunne acceptere, at hver kvindes reaktion er velbegrundet for hende, selv om man som behandler ikke synes ,den er velbegrundet. At man undlader, at bedømme kvindens reaktion, at man holder sine følelser adskilt fra kvindens følelser betyder ikke, at man ikke kan identificere sig med hende. Det er vigtigt, at kikke på evnen til at få indføling (empati) med kvinden. Det er vigtigt ,for at kunne foretage ikke ledende faglig rådgivning, og for at kunne hjælpe én selv, med at holde følelserne adskilt fra kvindens følelser(Villumsen, 2006,2013.)

Følelsesmæssige forandringer og behov under graviditet og fødsel og barselsperioden.

Som tidligere formodet er hver kvindes følelsesmæssige reaktion særpræget. Ikke desto mindre er der nogle almindelige reaktioner, som opleves af mange kvinder, og det er disse reaktioner der beskrives her.

Generelt er gravide kvinder mere tilbøjelige til at være urolige og bekymrede, og de er følelsesmæssig sårbare i første tredjedel af graviditeten. Der kan være meget glæde eller forfærdelse, når graviditeten bekræftes, ambivalente følelser vedr. graviditeten. Om de er parat til det?(Villumsen,2004)

Der kan være bekræftelse af kvindeligheden; de kan opleve træthed, kvalme og gråd.

I sidste tredjedel af graviditeten kan der være øget hengivenhed for fosteret især efter en scanning eller efter de har mærket liv; følelse af velvære; følelse af social accept fra andre mødre; stigende adskillelse fra arbejdsforpligtelser; behov for at forberede sig på fødslen.

I tredje tredjedel af graviditeten kan der opstå uro vedrørende fødslen, især smerter, og bekymringer om fostret er sundt eller misdannet; behov for at komme i kontakt med andre mødre. Der kan blive en stigende hengivenhed eller det modsatte fra ens egen mor; øget sårbarhed overfor livsbegivenheder som f.eks. sorg, død, flytning eller økonomiske problemer. Der kan være fysisk ubehag og manglende lyst til seksuelt samliv.

Med en forståelse af disse reaktioner kan man hjælpe dem ved at lytte, respektere deres reaktioner, forstå forskellige muligheder og give faglig rådgivning.

Fødselens forløb.

Kvindernes følelsesmæssige reaktion kan være meget forskellig. Der kan være frygt for det uvisse, for død, for tab af kontrol over sig selv, tab af kontrol over, hvad der sker omkring en, frygt for teknologi, for barnets og somme tider partnerens velvære. Der kan opstå spændinger, magtesløshed, flovhed, afpersonificering og overfølsomhed. Kvinden kan have et stort behov for en ledsager, en jordemoder der støtter godt. De fleste kvinder har brug for at drøfte fødslen godt igennem bagefter.

Smerter.

Angsten for at opleve smerte og smerte under fødslen kan være et stort problem. Andre psykologiske faktorer, der også betyder noget, er om graviditet er uønsket; om det er urealistiske forventninger til fødslen (f.eks. at en fødsel går hurtigt); om der tidligere har været dårlige fødselsoplevelser, eller om der er mangel på støtte (Villumsen, 2002; Villumsen, L.; m.fl. 2004).

Efter fødslen.

De fleste kvinder, oplever i tiden efter fødslen, en lang række både positive og negative følelser. For de fleste kvinder kan det være svært at forstå, at de ikke umiddelbart altid fra starten lige forelsker sig i deres barn. Hvis man behandler kvinden som et sundt menneske, som lige er i gang med et særligt psykologisk forløb, kan vi hjælpe hende til at have det godt med sig selv og sin nye situation. De positive følelser for kvinden kan jo være alt fra glæde og en lettelse til en fornemmelse af; at nu er hun en del af en familie, at have behov for kvindelig støtte, at opleve øjeblikkelig kærlighed til barnet eller måske en gradvis forelskelse i barnet, og udviklingen af moderfølelsen, og over at have præsteret og udført noget. De negative følelser kan omhandle udmattethed, afsondring, mangel på interesse i barnet, skuffelse over mangel på støtte fra partneren, skuffelse over barnets køn eller udseende, frygt, hjælpeløshed, det at skulle tage ansvar, ambivalens eller nervøsitet eller frygt.

Kvinder med særlig behov.

Det er klart, at kvinder, der tidligere har gennemgået kriser i forbindelse med graviditet og fødsel ved f.eks. abort, akut kejsersnit eller et dødfødt barn, er i en særlig risikogruppe. Ligeledes vil handicappede kvinder og kvinder fra etniske minoriteter også være specielt sårbare. Kvinder og mænd, der har mistet, et barn eller en nærtstående person, har behov for at tale med en, som kan lytte til dem, når de fortæller om deres oplevelser. Det er vigtigt at finde ud af, om de har fået bearbejdet deres sorg, deres ønske om at få at vide, om noget gik galt, eller hvad der gik galt. De har behov for støtte til de følelsesmæssige tab, som tit ikke erkendes af andre, hvis de f.eks. spontant har aborteret.

Følelsesmæssige forstyrrelser og psykisk sygdom i forbindelse med graviditet og fødsel.

For de fleste kvinder er de første uger efter fødslen en tid, hvor følelserne kører op og ned, og disse følelser er tit meget turbulente. Glæde og tårer kan forekomme næsten i det samme øjeblik. Mange lider i den første uge af 'babyblues', en meget almindelig kortvarig og normal tilstand(se senere). Nogle kvinder bliver psykisk syge i det første år efter fødslen eller får en alvorlig fødselsdepression. Andre igen lider af efterfødselsreaktioner i større eller mindre grad. Som sagt er der forskellige definitioner på efterfødselsreaktioner og på fødselsdepressioner, som jeg har valgt at definere på side 7, samt skitsere på måden, der kan ses i Fig. 2, s. 10.

Desuden lider mange kvinder af følelsesmæssig forstyrrelser, somme tider på grund af deres personlige erfaring og somme tider på grund af problemer med deres barn eller med at vænne sig til at være mor. Og på trods af selv alvorlige symptomer eller signaler fra kroppen er der mange kvinder, der ikke søger hjælp. Man kan sige, at en hel del af disse kvinder bliver spontant raske, men et betydningsfuldt mindretal gør det ikke, og deres lidelser og problemer kan blive kroniske og vare ved, hvis der ikke sættes ind. Følelsesmæssige problemer og fødselsdepression i den vestlige verden er de største årsager til sygdom i barselsperioden, som kan undgås. En mere virkningsfuld opsporing, tidlig behandling og mulighed for forebyggelse vil have en stor indvirkning på mor - og barnesundheden. Langvarige, ubehandlede problemer hos mor er tit medvirkende til fysisk, følelsesmæssige og psykiatriske sygdomme også hos barnet. Det er derfor vigtigt for såvel moderen som barnet, at disse lidelser opdages tidligt og at hjælpen bliver bedre (Villumsen, L. ;m.fl. 2004;Villumsen,2004,2012)

De fleste mennesker bliver kede af det eller bekymrede, ulykkelige eller urolige på et eller andet tidspunkt i deres liv, især i de første uger efter at have født et barn. Så hvordan kan de skelne imellem en normal og forståelig reaktion på stress, og symptomer måske på en sygdom? Almindelig uro er normalt tydeligt forbundet med en årsag, og den går over efter nogle timer eller dage. Så længe den uro ikke varer ved og skaber problemer for kroppens almindelige funktion og evne til at klare dagen, betragter vi disse urotilstande som normale og som en del af et normalt liv. Nogle symptomer kan ligne almindelige symptomer eller reaktion på stress, men kan forekomme i højere grad og mere generende. For nogle kan der komme symptomer, som ikke findes i det normale liv, og som kan være mærkelige og skræmmende, og for mødre der får disse symptomer har det en større virkelighed end for den rigtige verden.

Der er en betydelig psykiatrisk sygelighed forbundet med en fødsel. Mindst 10% af kvinder, der føder et barn risikerer en psykiatrisk diagnose i året efter fødslen (Cooper, 1995,2007). Hovedparten af disse sygdomme er stemningsforstyrrelser, og hovedparten af dem er depressive. Der er dog mange andre psykiatriske sygdomme, som kan opstå efter fødslen, men som ikke er så alvorlige. Mindre grad af depression forekommer tit i den generelle befolkning. Risiko for at en kvinde kommer til at lide af en alvorlig psykisk sygdom er større efter at hun har født et barn, især i de første tre måneder, end på noget andet tidspunkt i hele hendes liv. Sandsynligheden for, at hun kan blive indlagt på et psykiatrisk hospital eller få en henvisning til en psykiater, er større lige efter en fødsel, end på noget andet tidspunkt i hendes liv.(Cooper, 1995,2007)

Stemningsforstyrrelser af typen affektive sygdomme efter en fødsel er særlig vigtige og kaldes tit efterfødselsdepressioner. Der er forskellige grader af fødselsdepression, og der er forskellige måder og forskellige sværhedsgrader også af psykiatriske sygdomme. Jeg skelner mellem tre ting: Fødselspsykose, fødselsdepression, efterfødselsreaktioner. Se Fig. 2 (Villumsen, 2002).

Fødselspsykose.

Jeg vil i dette afsnit gøre meget lidt ud af fødselspsykosen, dels fordi den kun rammer ½ til 2 promille af alle fødende, og dels fordi den har sin helt egen diagnostik og behandling. Det vigtige er at vide, at kvinden tit udviser en adfærd, der er så forskellig fra, hvad hun plejer, at

også omgivelserne kan se, at hun er syg. Det kan være vrangforestillinger, hallucinationer eller forvrænget opfattelse af virkeligheden. De fleste maniske og skizofrenlignende sygdomme og en del af de depressive psykoser opstår som regel allerede i de første uger efter fødslen. Inden for de første dage begynder symptomerne at vise sig. Kvinden kan have svært ved at pleje sig selv og hendes barn, og kvindens tilstand kræver stort set altid indlæggelse. Fødselspsykoser ses typisk hos kvinder, der føder deres første barn. Den vigtigste risikofaktor er tidligere alvorlig psykisk sygdom, især med affektiv lidelse før kvinden blev gravid eller i forbindelse med tidligere graviditet. Men for nogle af disse mødre er sygdommen deres første psykiatriske sygdom nogensinde. Man kan dog sige, at hvis der har været tilfælde af affektiv sygdomme i moderens nærmeste familie, er der også større risiko for, at moderen får en fødselspsykose. Det er dog vigtigt at huske, at fødselspsykose kan ramme hvem som helst fra alle samfundslag, og at disse mødre ikke ser anderledes ud end andre, men at hyppigheden er meget lille. For øjeblikket er der meget lidt, der tyder på, at den hormonelle tilstand hos en mor, der lider af en fødselspsykose, er anderledes end tilstanden hos andre kvinder, der ligeledes har født.

Behandling.

Hvis der ikke forebygges i graviditeten, eller i de tilfælde hvor efterfødselsreaktion eller depression alligevel opstår er det vigtigste, at sygdommen hurtigt opdages, og at behandling påbegyndes så hurtigt som muligt. Behandlingen plejer at finde sted på psykiatrisk afsnit, og det er vigtigt at være opmærksom på råd og vejledning og hjælp til far og det lille nye barn. Der er forskellige opfattelser af, om barnet har godt af at være medindlagt på psykiatrisk afdeling sammen med sin mor, eller om det er bedre, at man finder en anden tryk person, som kan tage vare på barnet. Personlig mener jeg, at disse mødre ofte er så konfuse, at barnet kan have svært ved at forholde sig til sin mor ret lang tid ad gangen i denne fase. Moderen kan også have svært ved at forholde sig til barnet og andre i ret lang tid. Chancen for at barnet påvirkes negativt af sygdommen er, som tidligere beskrevet, stor. Betydningen af at have en anden rask voksen, at knytte sig til i den første tid, ser ud til at være alt afgørende for, hvordan barnet klarer sig. Derfor er det også vigtigt at barnet bliver i hjemmet med en anden betydelig voksen, samt at mor kun ser barnet når hun kan magte det. (Villumsen 2002,2004,2013)

Intervention til familier, hvor kvinden har udviklet en fødselspsykose.

I de få tilfælde, hvor kvinden har udviklet en fødselspsykose, kan man sige at:
Psykosen er livserfaringer, der ikke kan sprogliggøres af patienten, så det kan forsøges at sprogliggøre psykosen via familien. Det mørke har fået magt til at besætte det lyse og dejlige?
Depressionen har lange fangarme her? Hvordan kan livsglæden få plads i dit liv igen - hvor angsten ikke har ædt sig ind på dig?
Er der nogle hjælpere, der kunne hjælpe din kone i den kamp? Det er vigtigt for mig her igen at understrege, at selv om kvinden med fødselspsykose er indlagt og modtager behandling der, har familien stadig brug for intervention. Se på hvilken måde kan man arbejde på at klienten igen får styr over eget liv? Angsten, der skal jages på porten igen. (Man allierer sig bevidst sammen med familien mod sygdommen). (Se senere afsnit om eksternalisering.) Hvordan kan vi være med til at nyskrive klientens historier?

Efterfødselsreaktion / Depression.

Da jeg var på studietur hos professor Peter Cooper (Raiding Universitet) fremgik det, af deres forskning at: Af de 10-15% af kvinderne, der lider af depression, har i hvert fald en tredjedel en meget svær depression og to tredjedele en svær eller lettere depression. En svær depression beskriver mødre, der ud over depressionen også har dyb og konstant nedtrykt stemning, med forandring i måden de tænker på, fysiske symptomer af depressionen og nedsat psykomotorisk funktion. Disse mødre lider ikke af hallucinationer eller vrangforestillinger, og i en eller anden grad bevares kontakt til virkeligheden, og deres interne verden føles stadig mere virkelig for dem end den eksterne verden, men de føler sig syge og handicappede. Symptomer er ikke kun forbundet med almindelig nedtrykthed og ulykkelighed. Dette debuterer også ofte i de første uger efter fødslen, men udvikler sig meget mere gradvist end en fødselspsykose.

I undersøgelsen fra DK: "Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn" (Villumsen, l.; m.fl. 2004) viste tallene (som det fremgår af Tabel 20 side 22 i rapporten:

At 35 % (339) af samtlige kvinder har haft en efterfødselsreaktion. Heraf har de 13 % (125) en mere indgribende reaktion og de 22 % (214) en mild reaktion.

Der er færre efterfødselsreaktioner i Lyngby sammenholdt med Thisted. 39 % (142) af kvinderne i Thisted og 33% (187) af kvinderne i Lyngby har efter deres egen opfattelse haft en efterfødselsreaktion.

Samtidig fremgår det at kvinder, som får det første barn, har større risiko for at få en efterfødselsreaktion sammenholdt med kvinder, der har barn i forvejen. 44 % af kvinderne, der er blevet mødre for første gang, har haft en efterfødselsreaktion (29 % synes, de har haft en mild reaktion, og 15 % at det har været mere indgribende).

Hver 4. kvinde, der har børn i forvejen, har haft en efterfødselsreaktion (heraf har de 15% en mild reaktion og 10 % en mere indgribende reaktion). Flere kvinder med 1. barn i Lyngby har efterfødselsreaktion sammenholdt med Thisted. Færre kvinder med flere børn i Lyngby har efterfødselsreaktion i sammenligning med kvinder i Thisted, der har flere end et barn. (Vist i Tabel 21 bilag 2 i rapporten).

Mænd og reaktioner: Her viser tallene fra DK at 13% af mændene har svaret, at de har haft en EFR, fordelingen er 14% af mændene i Vestdanmark og 12% i Østdanmark(Villumsen,L. ; m.fl. 2004).

Erfaringer fra England siger videre, at ca. en tredjedel af mødre vil vise tegn på depression inden for de første fire uger og to tredjedele mellem 10-14 uger efter fødslen. Jeg mener klart, at det kan diskuteres, idet en anden tilrettelæggelse af tilbuddet til familierne i Thisted viste, at flere tilstande kan forebygges og tidligt opspores (Villumsen,2002;Villumsen,L. ; m.fl. 2004). Mødre der tidligt viser tegn på sygdom plejer at være dem, der har de sværeste og mest iøjnefaldende symptomer, mens mødre, der ikke viser tegn, tit overses af sundhedspersonalet, fordi deres symptomer bliver skjult. De klassiske symptomer er: De kan have svært ved at sove, kan være rastløs, de vågner i løbet af natten og specielt tidlig om morgenen, mentalt og fysisk fungerer de langsomt. De fleste har det sværest om morgenen. Der er træthed, vægttab eller mangel på appetit eller trøstespisning. Det er tydeligt, at de har svært ved at tænke klart, har nedsat evne til at koncentrere sig, er ubeslutsom, de tænker langsommere. Der er stor forandring i deres opfattelse af sig selv og andre. Der kan være følelse af skyld, uduelighed eller uværdighed, håbløshed og fortvivlelse. Der kan være tab af evne til at kunne føle glæde eller kunne more sig, især i forhold til barnet. Eller en fortvivlet fornemmelse af, at alle vil være bedst tjent med, hvis de forsvandt, og dette som den eneste udvej. Nogle mødre er grædefærdige og andre er irritable, nogen kan føle sig vrede og bitre, andre har det tomt og hult. Mødre der ikke viser tegn på sygdom har måske bevaret den sociale facade og skjult deres ulykkelighed både for familien og for sundhedsvæsenet. De kan måske passe godt på deres barn, men de får meget lidt glæde eller spontan fornøjelse ved at pleje barnet. Jeg vil igen understrege, at når jeg nævner kvinder kan det lige så vel dreje sig om mænd (se brug af EPDS og Gotlandskalaen, bilag 5,12,25).

Stemmingsnedtrykketheden plejer at være til stede hele tiden, og det er svært at opmuntre moderen ved lykkelige hændelser. Hun kan også have fysiske symptomer på ubehag. Hun trækker sig tit tilbage socialt og undgår kontakt med andre. Samtidig med kan nogen af mødrene have det utroligt svært med at blive ladet alene med barnet. De kan være bange for at skade sig selv eller barnet. Denne tilstand opstår hyppigst ved førstegangsfødende, men tidligere svær depression enten i forbindelse med fødsel eller før de blev gravid er også en risikofaktor. Det samme gælder med svær psykisk sygdom i nærmeste familie. Men for de fleste mødre er denne tilstand deres første oplevelse af noget, der minder om psykisk sygdom.

Risikofaktorer i øvrigt er:

Et dårligt forhold til egen mor, tidligere tab af barn, undersøgelse og behandling for infertilitet, stress i ugerne op til og efter fødslen, hormonelle faktorer, problemer i ægteskabet, mangel på støtte fra partner, social isolation(Villumsen,2002).Uddannelseslængde ,mangel på uddannelse, hvilken landsdel vedkommende bor i har som nævnt også betydning for, hvor stor risikoen er, for at udvikle en efterfødselsreaktion(Villumsen, L. ;mf. 2004).

Behandling.

Tidlig opdagelse og hurtig hjælp er yderst vigtig. De fleste mødre kan hjælpes i deres eget hjem, men mødre som er meget syge, især mødre med selvmordstanker, kan have brug for indlæggelse. Antidepressiv medicin hjælper nogen mødre i det placeboeffekten er stor, men disse mødre har også brug for meget følelsesmæssig støtte og praktisk hjælp, især i den første fase. Terapi mindsker risikoen for at tilstanden gentager sig ved næste fødsel(Villumsen, L. ;mf. 2004;Villumsen,2012).I dag viser forskning fra hele verden, at når alle forsøg medtages (også den medicinalindustrien har forsøgt, at undgå at vise frem), har antidepressiv medicin ingen effekt ud over placeboeffekt. Det vil sige der er lige stor effekt af placebomedicin og af rigtig medicin(Bernini, 2012)(DR2 Forskning om placeboeffekt 2010,2011,2013).

Tankevækkende Samtidig viser forskning af systemisk, narrativ familieterapi har størst effekt målt med medicin og kognitiv terapi(Leff, 2010). Det er ligeledes vigtigt at sørge for, at barnets behov tilfredsstilles, især hvis moderen er for syg til at tage sig af barnet(Villumsen, 2002, 2012).

Prognose.

Den umiddelbare prognose er god. De fleste mødre reagerer positivt på hjælp. Hvis mødre ikke får hjælp, viser udenlandske tal, at ca. en tredjedel af dem stadig er syge efter 1 år, og en lille men betydelig gruppe vil stadig være syge 2 år efter fødslen. Disse kvinder risikerer også at lide af en depressiv sygdom, som ikke er forbundet med en graviditet og fødsel på et senere tidspunkt i deres liv.

Så resuméet om svære efterfødselsdepression må være, at kvinderne fungerer langsommere både mentalt og fysisk, men har det værst om morgenen. Der kan være selvmordstanker, følelser af skyld og utilstrækkelighed. Mor kan sædvanligvis behandles hjemme.

Efterfødselsreaktioner.

Efterfødselsreaktion beskriver en tilstand, hvor symptomer og tegnene på den unormale tilstand varierer, men kun i størrelse, fra normale reaktioner på stress og ulykkelighed. Man plejer at kunne forstå både tidspunktet og symptomerne som værende resultatet af samspil mellem moderens personlighed og stress. Det typiske billede er af følelsesmæssig uro, grædefærdighed, ulykkelighed og bekymring. Disse symptomer er jo også meget almindelig blandt den generelle befolkning, og det er ikke sikkert, de opstår hyppigere efter en fødsel end på andre tidspunkter i ens liv, men der gør det ikke mindre alvorligt, for det er yderst belastende for en mor at være psykisk urolig, når hun har født et barn. Ofte kommer de første tegn i graviditeten. Øvrige tegn på efterfødselsreaktioner plejer at komme snigende inden for de første uger efter fødslen. Moderen kan dog ofte først udvise tegn lang tid senere, måske først efter flere måneder, da hun indtil da har gjort alt for at undgå, at omgivelserne opdagede, at hun havde det svært. Det kan typisk være sundhedsplejersken, der ved aflagt besøg opdager, der er noget galt. De typiske tegn kan være bekymring, hjertebanken, sommerfugle i maven, hovedpine, træthed, en følelse af svaghed, nervøsitet, moderen kan være bange, der kan være problemer med at falde i søvn, tab af appetit uden vægtnedgang. Moderen føler sig grædefærdig og utilpas. Hendes humør svinger meget, med gode dage og dårlige dage. De fleste har det bedre i selskab og værre når de er alene. De bliver tit irriteret, angstfuld og bange for at forlade huset. De føler sig særlig anspændt og irriteret på barnet og andre børn (se figur 2, samt min definition på forskel mellem efterfødselsreaktion og depression side 9). Men da billedet kan se forskelligt ud, for den enkelte kvinde /mand har jeg valgt at beskrive forskellige måder at mærke det på.

Andre faktorer der også kan spille en rolle, for disse mødre er dårlig oplevelse fra barndommen, som tidligere omtalt i forhold til deres egen mor. En tidligere provokeret abort eller spontan abort, indlæggelse på sygehuset i graviditeten, stressede hændelser før og efter fødslen, tidligere indblanding af de sociale myndigheder eller uønsket graviditet er andre faktorer. Der henvises for uddybelse af denne viden til evalueringsrapporten (Villumsen 2002), samt til ”Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn” (Villumsen, L. ;m.fl. 2004), samt artiklen Guidelines for professionelle (Villumsen, 2013).

Sundhedsplejerskebesøg som behandling.

Både i udlandet og herhjemme er der gode erfaringer med at give denne gruppe ekstra besøg af sundhedsplejersken som et behandlingstilbud. Denne faglige rådgivning (counselling) med

ikke ledende spørgsmål på baggrund af den systemisk og narrative teoris metoder bruges sammen med praktisk støtte og social følelsesmæssig kontakt (Villumsen, L. ;mf. 2004; Villumsen, 2004,2013).

Prognose.

Hvis moderen får den hensigtsmæssige hjælp, er prognosen god, og de fleste mødre kommer sig igen. Udenlandske tal siger, at uden hjælp vil 30% af disse mødre blive ved at have det svært i barnets andet leveår og endnu længere, og disse tilstande kan have stor indflydelse på både mor og barn og forholdet, samt på ægteskabet.

Forslag til planlægning af hjemmebesøg i familier der for tiden er invaderet af en reaktion i forbindelse med at få barn:

- Besøg til hele familien
- Fokus på den, der for tiden reagerer kraftigst på tilstanden
- Fokus på far/mor (ægtefælle, kæreste, voksen liv)
- Fokus på barnet

Kontaktstafklaring:

Plan for forløbet i samarbejde med familien:

- Hvorfor kommer jeg som professionel i familien?
- Hvad skal/kan vi sammen?
- Hvor længe skal jeg komme i familien?
- Hvilken effekt ønsker familien af besøget og af hele forløbet?
- Hvilken effekt ønsker jeg som professionel af besøget og af hele forløbet?
- Hvornår evaluerer vi, om vi har nået målet. (Gør vi det løbende, så vi kan justere og/eller ved afslutningen?)

Systemisk og narrativ familieintervention som metode:

Samtalen:

Her følger nogle af de overvejelser, jeg gjorde mig, inden jeg valgte den systemiske og narrative tilgang.

Systemisk familierterapi tager udgangspunkt i, at familien opfattes som et system, der stræber efter, at opnå indbyrdes balance mellem familiens medlemmer. Behandling tilstræber at påvirke familiesystemets ændring og derved gøre symptomet unødvendigt. (Det forudsætter normalt, at alle familiens medlemmer deltager i samtalen). Ved at bruge den cirkulære tankegang undgår de, at en får skylden. Terapeuten er neutral. Påvirkningen går begge veje. Fokus flyttes fra det enkelte familiemedlem til den sammenhæng, hvor problemet er opstået. I systemisk familierterapi føres der samtale om samtalen. Terapeuten forsøger at gøre en forskel, der gør en forskel - at lave en forstyrrelse, der er tilpas stor til, at familien kan bruge den. Vi ser på hvad problemet står i vejen for, af det der betyder noget for dem i livet, samt hvilke handlemuligheder der er fremadrettet (Elsa Jones og Eia Asen 2010; Villumsen, 2012) (bilag 22, 23, 26, 27, 30).

Kontekst.

Det er vigtigt at afklare kontekst (rammen/hvad vi er sammen om) med familien; at lytte til familien på en måde, som løfter familiemedlemmerne mentalt; at være ydmyg og have en nysgerrig holdning overfor klientens fremlagte problem, hvilket giver følgende overvejelser inden et hjemmebesøg i en familie: Hvad kan jeg som professionel byde ind med?

Det er vigtigt at afdække, hvad er vi sammen om. Er det mesterlæren (den faglige viden) fra den professionelle, rådgivning, terapi eller er det konsultation eller supervision? Det er meget vigtigt at etablere en gensidig kontrakt.

- Kontekstafklaring: Hvad skal der ske, hvem deltager i hvor lang tid, hvad er vi sammen om?
- Problemformulering: Hvad drejer det sig om? Hvad ønsker I hjælp til? Præcisere, afgrænse og prioritere.
- Udforskning: Hvilken situation vil I gerne tale om? Hvad har familien gjort indtil nu? Hvad er der sket? Hvornår? Hvem er involveret? Hvem er mest bekymret? Hvordan viser bekymringen sig? Hvorfor har I vanskeligheder netop nu? Har I søgt rådgivning andre steder? Har der været nogen effekt af dette? Hvad vil I gerne gøre anderledes? Hvad er I mest i tvivl om? Har I nogle ideer til, hvad I fremover vil gøre?

Herefter kan jeg som professionel (eller eventuelt et reflekterende team, som kan lytte til seancen), komme med anerkendelse for det, vi synes er gået godt indtil nu. Der kan opstilles ”hypoteser” om, hvad der ligger til grund for den nuværende situation og dilemmaer i sagen. Herefter får familien tid til refleksion. Eller brug af Outsider Witness Group (OW) (Michael White, udenforstående bevidner gruppe).

Familien tænker over, hvad der har sagt dem noget. Er der kommet nye synsvinkler eller ny undren? Min opgave bliver, at forholde mig til familien på en sådan måde, at det bliver klart for familien, at de ofte selv har alt, hvad der skal til for at løse problemet.

Hvis familien ønsker det, gives f.eks. faglig viden om efterfødselsreaktioner, råd eller forslag til handling. Herefter evalueres i samarbejde med familien. Hvad kan de bruge? Er der kommet nye tanker, synsvinkler eller ideer til handling, eller er der på nuværende tidspunkt en læring til at komme videre? Herefter aftales næste møde eller opfølgning, hvis familien fortsat ønsker hjælp. Den, der mest af alle skal ønske forandringer, er klienten, ikke mig eller andre.

Det er vigtigt med anerkendelse af den andens ret til at eksistere med de synspunkter, følelser og ideer, som de nu engang har; at anerkende deres problem. Det bliver min opgave at lytte respektfuldt til både den indre og den ydre dialog, eller stemmer, om man vil. Det andet element, som skal være til stede, er ”forstyrrelse” udefra. Det vil sige at jeg som hjælper med respektfuldhed må forsøge at forstyrre familiens tidligere tankegang så meget, at det kan give lejlighed til nye refleksioner, nye handlemuligheder. Alle som deltager har sine egne sandheder om det diskuterede, og alle erfaringer er ligeværdige.

Den sidste ting, som er vigtigt, er at give tid og have tid. Også at give familien tid til at være alene i en periode. Det er vigtigt ikke at danne alliancer med nogen i familien, så alle føler sig set, hørt og forstået. Maturanas forslag(som tidligere nævnt) til de ingredienser der skal til for at forandring og udvikling er mulig.

Samtalen/supervisionsmodellen/faglig vejledning som metode.

Denne metode kan bruges i dialogen med familien, forstået på følgende måde:

Familien henter hjælp og opbakning til at komme videre med vanskelige eller fastlåste problemstillinger. De kan lufte deres tvivl og deres dilemmaer. De kan udvikle nye ideer, skabe nye muligheder for handling, samtidig med at de kan udfordre gamle mønstre. De skal have ønsket om at lære og viljen til at undersøge. Det er nyttigt at være nysgerrige i forhold til egne handlinger. Samtalen gør, at de kan tale om hele problemsættet, drøfte og fordybe sig uden at skulle handle samtidig. En form for feed - back og feed -forward. De tænker i

helheder og spiral tankegang. Et fænomen kan kun forstås ud fra den sammenhæng, det indgår i eller er en del af. Intet kan forstås isoleret fra sin kontekst. Fokus sættes på effekten af handlingen (Villumsen,2002,2012). (For en beskrivelse af samtalen som redskab samt supervisionsmodel, se senere).

Resumé

Efterfødselsreaktioner

At få barn er både en følelsesmæssig meget stor begivenhed og en stor belastning. Inden for de sidste 20 år er det blevet mere og mere kendt, at både kvinder og mænd kan få psykiske problemer, når de får barn. Op til 80% af alle nyfødte mødre oplever en tude tur mellem anden og tiende dagen efter, at de har født. Det kan vare fra nogle timer til dage. Post partum blues (se senere).Moderen græder, er ængstelig og irriteret og føler, at hun ikke kan tænke klart. Der kan endda opstå en form for utilpashed, træthed; symptomer som selvfølgelig kan stamme fra mangel på søvn, men som også er følelsesmæssigt belastning af fødslen og ændret hormonbalance. Det vil sige ,at tude turen ofte betragtes som en naturlig reaktion på den belastning, måske overbelastning, det er, specielt i den første tid efter de har fået barn. Tude turene behøver ikke at føre til yderligere reaktioner eller depression.

Men op mod 35% af kvinderne og 13% af mændene får en fødselsreaktion, som er længerevarende end dette. Et større antal(end sundhedspersonalet oplever det) oplever selv, de har haft en reaktion(Villumsen,L.;m.fl.2004).Altså om tilstande som de oplever, varer ved i mindst fjorten dage. Kvinden udøver tendens til depression, angst, måske også somatiske klager. Tilstanden starter ikke på noget bestemt tidspunkt men kan være meget afhængig af kvindens øvrige ressourcer og andre ydre belastninger. Der kan gå måneder inden kvinden kommer frem af busken eller inden hendes behov for behandling er klar. Nogen får først hjælp efter flere år. Det er også vanskeligt at sige, hvor lang tid reaktionen kan tage, for den kan vare fra måneder og måske 1 år eller mere.

Psykolog Kirsten Lindved (1980) beskriver tilstanden med følgende ord:

Fødselsdepression er en upræcis betegnelse. For nogen er reaktionen foruden depressionen også 2 andre typer af reaktion, nemlig angst og sansmæssig

kropsforstyrrelse, somatiske symptomer. Jeg har i 2004 defineret forskellen på en fødselsreaktion og en fødselsreaktion (se side 9).

I de depressive reaktioner bliver kvinden inaktiv. Hukommelse, koncentrationsevne og beslutningsdygtighed svinger, og hun bliver selvbebrejdende og græder ind i mellem uden at vide hvorfor. Nattesøvnen er dårlig, og hun føler sig træt, og søvn hjælper ikke på denne træthed. Hun har meget lav selvværd, og hun har skyldfølelser over ikke at kunne fungere sammen med barnet. Det er ikke ualmindeligt, at hun har tanker for at skade sit barn eller sig selv. Disse reaktioner ligner andre depressive tilstande, men de adskiller sig ved at være præget af barnet. Kvinden gør utrolig meget for at skjule at hun er deprimeret, og hun gør ofte meget for ,at det ikke skal opdages af omverdenen. Af og til udløses tårerne, der ligger lige under overfladen, dog alligevel hvis hun bliver spurgt om, hvordan hun har det.

Det første tegn på, at kvinden har det dårligt er ofte, at hun klager over, at barnet har det skidt.

Det kan være gentagne henvendelser til sundhedsplejersken over, at barnet ikke sover nok, eller har svært ved at spise, dvs. de symptomer hun selv har, kan hun projektere ud på barnet.

Hjælpen.

Det er meget vigtigt, når man skal hjælpe kvinder, der har det sådan, at man anerkender det, der er gået godt. At man undersøger, hvilke støttemuligheder, hvilket netværk, der er i hjemmet. At man kan bekræfte overfor hende, at der er mange andre, der har det ligesådan som hun selv har det, at man kan bekræfte hende i, at hun ikke er ved at blive sindssyg. At der er tilbud om hjælp, ekstra besøg, terapeutisk hjælp, eventuel gruppeterapi.

Det er vigtigt at kunne forklare kvinden, at kroppen reagerer langsommere end vores forstand, og den har brug for tid til at bearbejde det, den oplever. Det er ligeledes vigtigt at bruge tid på angsten for, at finde ud af, hvad hun er angst for, og hvad der kan gøres. Hvis kvinden oplever en somatisk angstreaktion, f.eks. forvrænget høreopfattelse pga. hypersensibilitet, bliver hun igen angst for sin tilstand. Det vil sige hun bliver angst for angsten, der forstærker angsten. Det er vigtigt med hjælp, at forklare kvinden, hvad der sker, og tage hende alvorligt, så hun føler sig set, hørt og forstået. Eksternalisering som metode er her meget brugbart(se senere). At tale om, at når de har født sker der samtidig en aktivering af gamle kriser, gamle ubearbejdede ting, idet kroppen husker vældig godt, hvad den tidligere har oplevet. Det kan

være godt at snakke med kvinden om, hvad der er de gode oplevelser, som kroppen husker, og hvad der er de dårlige. Det kan gøre ondt at opleve smerte, ikke bare den fysiske, men også den psykiske. Hvis smerten er så stor, at det er svært at rumme den, kan kroppen finde på at fortrænge det eller gemme det væk, som helt almindelig overlevelsesstrategi. Jo flere ting der provokerer dette forsøg på overlevelse, jo lettere bliver det at udløse en fødselsreaktion, f.eks. hvis faderen er meget lidt hjemme til at hjælpe, hvis barnet ikke vil sove eller græder meget. Hvis moderen har det psykisk dårlig og er ude af balance, påvirker det jo mor – og -barn forholdet, hvilket bevirker, at barnet jo så bliver uroligt. Så moderens oplevelser af at have et uroligt barn kan meget let være rigtigt (Cooper, 2012; Villumsen, 2012). Man kan spørge sig selv, hvor cirklen starter; om barnet er uroligt, fordi barnets mor er urolig eller mor er urolig, fordi hendes barn er urolig. Men efter systemisk teori er det ikke aktuelt eller relevant at finde ud af, hvem der har skyld for den opståede tilstand. Men det er vigtigt at finde ud af, hvordan de kommer videre med at bryde denne tilstand.

Krise.

Den lette fødselsreaktion kan vise sig ved depressive tendenser, angst evt. somatiske klager og går oftere over af sig selv. Moderen vokser ligesom barnet vokser, og hun oplever derfor en bedring. Hvis man betragter det ligesom kineserne ser på kriser, så er der to muligheder, to tegn for krise, nemlig udvikling eller fare, og krisen kan føre til et højere funktionsniveau, det samme funktionsniveau eller et lavere funktionsniveau. (Se Fig. 4)

Det betyder, at kvinden kan komme ud på et højere funktionsniveau efter at have arbejdet med og bearbejdet det, hun har oplevet i forbindelse med en efterfødselsreaktion, men hun kan også komme ud på et lignende eller et lavere funktionsniveau, hvis det sander til af sig selv uden yderligere intervention. Det vil sige, at der så senere i livet er risiko for, at det buldrer frem ved nye påvirkninger. Det vil altså sige, at krisen kan opleves som en mulighed for, at få styr på nogle af de ting, nogen af de problematikker, som kroppen har ophobet. Der bliver nu mulighed for, at bearbejde og rumme de vanskeligheder, kvinden tidligere har haft, og derved komme ud på et højere funktionsniveau.

Mange af de kvinder, jeg har arbejdet med, udtrykker klart, at de gerne ville have undværet at have oplevet noget af det, de har oplevet i forbindelse med at være i krise; men at de bagefter

siger, at de er blevet meget stærkere og på den måde ,derfor ikke ville have undværet oplevelsen.

Forslag til spørgsmål der kan stilles i samtalen med familien.

Problemformulering:

Afklare, hvilken problemstilling de taler om.

Hvilken situation vil de gerne tale om.

Hvad er der sket.

Hvornår skete det.

Hvem er involveret.

Er der andre end dig, som er bekymret.

Hvem er mest bekymret.

Hvordan viser bekymringen sig.

Hvem er mindst bekymret.

Cirkularitet.

Via cirkulære spørgsmål forsøger vi sammen at finde frem til sammenhænge og mønstre, der influerer på problemet.(Se uddybning senere.)

- Når du farer op over, at dit barn ikke vil sove, hvad gør din mand så ?
- Når han gør sådan, Hvad gør jeres barn så ?
- Hvad synes din mand er mest rigtig at gøre i den her situation ?
- Hvad tror du, din mor ville have sagt, du kunne gøre i den her situation ?

Refleksive spørgsmål, har til hensigt , f.eks. at bringe moderen i en observationsposition til sig selv. Altså at hun kan vække til eftertanke, og at jeg giver hende mulighed for at blive klogere på sig selv. Det vil sige også at reflektere over selve måden, som hun tænker om hendes problemstilling på.

- Hvad er nødvendigt for dig at gøre, for at føle dig som en god mor nu?
- Hvorfor er det vigtigt for dig?
- Hvad kunne du se dig selv gøre eller høre dig selv sige, som vil få dig til at føle dig som en elendig mor, hvorfor ?
- Hvad er din forklaring på, at din mand gør som han gør ?

- Hvis du nu var “julemand“ i morgen, og pludselig ikke havde det her problem længere herhjemme, hvad ville jeg så se dig gøre anderledes i forhold til din mand og dine børn, som du ikke gør i dag ?
- Hvad ville jeg høre dig sige til hvem ?
- Hvor påvirket er du af jeres situation nu, hvis du skulle give det karakter, hvor langt på skalaen fra 1 -10 er du så?
- Hvis vores samtale viser sig, at have været til gavn for dig, hvor tror du så, du vil være på skalaen, når vi er færdig ?
- Hvad tror du så , det i givet fald er, at du er blevet klogere på ,eller mangler at blive klogere på?
- Hvad for nogen egenskaber hos dig, tror du din mand værdsætter mest hos dig i forhold til det, at være mor ?
- Hvad tror du, din mand ville sige, du med fordel kunne gøre mere eller mindre af i den kommende tid ?

Dette var blot nogle få eksempler på virksomme spørgsmål.

Det der er vigtigt er, at vise mangfoldigheder og synsvinkler uden at være belærende eller insisterende. Det vil sige samtalen med familien skulle gerne være en forstyrrelse udefra, det vil sige en respektfuld og nysgerrig berøring med ord omkring deres problem. Det skulle gerne være relevant og meningsfuldt for netop denne familie, det, vi taler om.

Psykiske vanskeligheder.

Kvinder der i forvejen har psykiske vanskeligheder ,har ofte også i forvejen dårlig ernæring, ofte ingen regelmæssighed, og måske af denne grund bliver deres børn ofte født for tidligt.

Der er øget risiko for kvinder med psykiske lidelser for indlæggelse på psykiatrisk afdeling i graviditet eller omkring fødslen. Hyppigheden af indlæggelsen øges igen, når børnene er mellem 1-2 år, sikkert på grund af børnenes selvstændighed(Villumsen, 2002,2012).

Børnene har øget risiko for præ - og postnatale skader, abstinensreaktioner m.m.

Mor og barn samspillet er truet på grund af moderens personlighedsstruktur og barnets konstitution og evt. mor og barn adskillelse.

Vi kan forsøge at lære os at:

Der skal være positive forudsætninger hos den voksne i samværet med spædbarnet i form af opmærksomhed, forståelse af barnets signaler, tilpasning af svar til barnets signaler og

tidsmæssigt tilpasning til barnets signaler. Alt det som i forvejen er svært for psykisk belastede mødre. Mange af disse mødre kan ikke se, hvad der er problemet, så at behandle gravide og spædbørnsmødre med psykiske vanskeligheder er svært (Villumsen, L.; m.fl. 2004). Men samtidigt er det vigtigt at huske at:

Kvinder samtidig er mere tilgængelig for terapeutisk intervention i graviditets- og spædbørnstiden. Denne åbenhed varer til børnene er ca. 6 mdr. gamle. Videobilleder kan nogle gange give et godt billede af, hvordan børnene har det, hvordan mor har det, hvordan samspillet er. F.eks. brug af Marte meo metoden eller Pat. Crittendens care index model (se senere). Jo før intervention starter, jo flere chancer har barnet for en normal opvækst.

Depressionens forskellige niveauer.

På det individuelle plan kan vi sige, at spørger vi moderen, om hun kender til håbløshed, hjælpeløshed, selvhad og skyldfølelse andre steder fra, siger hun ofte 'ja'. Hendes oplevelser er, at samspillet med barnet er præget af angst for barnet, angst for at gøre barnet skade . Måske også angst for at miste kontrol.

Efterfødselsreaktioner er altså helt forskelligt fra almindelig depressioner, hvor andre symptomer fylder mest. Her er det sådan, at de fleste kvinder er mest angste for, at gøre barnet skade. Deres forhold til egen mor er ofte kompliceret. Deres erfaringer med relationer er ofte følelser af forladthed, mangel på indlevelse, isolation og manglende følelsesudveksling. Også med disse følelser kender mødre det fra tidligere, ofte som forladthed i barndomsforholdet til egne forældre. Noget af det, der er værd at fokusere på i arbejdet med den depressive mor er derfor:

At vi spørger, hvordan hun oplever, hvilke billeder hun har af sig selv som mor. Barnet som barn. Relationen til barnet. Sin egen mor som mor og egen far som far, sig selv som barn. Nogen gennemgående træk ved psykisk dårlige mødre, er, at de har mistet deres egen mor tidligt eller er uden tætte relationer til en anden person. En af de meget beskyttende faktorer er, hvis der er en anden person, de er tilknyttet til. Hvis de har en tæt kontakt til en person, kan det være afgørende for, om de kan klare sig. Hos 80% af børnene, er det tilknytningsmønster der er dannet som 1-årig præcis det samme når de er 18 år (Madsen, 2004).

Skræmmende tal når:

Det mest iøjnefaldende ved resultatet fra den nyeste forskning (Villumsen, L.; m.fl. 2004) er, at der i vores population forekommer et relativt lavt antal kvinder, med et sikkert tilknytningsmønster, eller med frie og autonome repræsentationer af tilknytningsforhold. Vores resultat viser 43 % ,set i forhold til den internationale norm på ca. 55 %. Samtidig ser vi et påfaldende højt antal kvinder med et dismissing (afvisende) mønster, nemlig 38 % set i forhold til normen på 20-25 %. (i Vestjylland hele 44% i Vestdanmark 33 %) Grunden hertil

kender vi ikke, men en del af forklaringen kan muligvis være, at de fleste undersøgelser er lavet på kvinder fra den højere middelklasse, mens vores population, omfatter et bredere udsnit af forskellige samfundsgrupper. Det i vores sammenhæng mest interessante fund er imidlertid, at vi finder hele 10 % i kategorien uforløst tab eller traume, og hvad der som nævnt er sjældent, samtidig 2 % i kategorien CannotClassify (cc). Vi finder m.a.o. 12 % , hvis AAI resultat er suspekter for psykopatologi og, som ifølge den foreliggende forskning, vil få alvorlige problemer m.h.t. ,at danne sunde relationer til deres kommende børn. Disse kvinder behøver professionel psykoterapeutisk hjælp, hvis kontakt og relationsforstyrrelser skal undgås og forebygges, inden de bliver mødre (Villumsen,L.;m.fl.2004;Diderichsen 2007).

Forældrenes tilknytningserfaringer er derfor vigtige (B-A-C-D – A/C tilknytningmønstre- se afsnit om tilknytning), da tilknytningserfaring/mønstre overføres til næste generation.

Post partum Blues.

”Blues” er en stemningsnedtrykt tid også i daglig tale kaldet 3. dags eller 5. dags blues eller babyblues. Det er en midlertidig tilstand, hvor kvinden er grædefærdig og følelsesmæssig ustabil. Den er tit forbundet med andre symptomer, der opstår oftest mellem den 3. og 10. dag efter fødslen. Det er som ofte en selvbegrænsende tilstand, der går over i løbet af 48 timer, men den kan komme igen af og til i mindst 2 uger. Det er en tilstand som ca. halvdelen af alle fødende kvinder oplever, måske oven i købet op til 80%, og kan for halvdelen af disse betegnes som en hel normal reaktion. Tegn på blues: Grædefærdighed og følelsesmæssig ustabilitet. Stemning skifter fra glæde til ulykkelighed uden nogen synlig grund, eller på grund af en tilfældig bemærkning. Kortvarige følelser af uduelighed og angst. Anspændthed, rastløshed, pirrelighed, søvn problemer, ekstrem overfølsomhed overfor andres bemærkninger. Blues opstår ofte samtidig med, at kvinden forsøger at få en god amning i gang og samtidig med, at hun har fysiske gener efter fødslen. Selv om det er meget normalt at lide af blues, og både kvinderne og deres partner kan være forberedt på det, fordi de har lært om det på familieforbereleseskursus, kommer det alligevel bag på mange kvinder og kan gøre den nybakte mor urolig og ulykkelig. Når en mor oplever det, er det vigtigt, at vi som professionelle kan berolige hende, fortælle hende, at det er meget normalt at reagere, og at det handler meget om overbelastning. Moderen skal trøstes og behandles med lydhørhed /empati og anerkendelse, så hendes uro bringes ned på det mindst mulige. Det er vigtigt at have tid til at tale med moderen. Høre hendes historie. Det er vigtigt, at hun føler sig set, hørt, forstået og anerkendt.

At skelne mellem 'blues' og en mere alvorlig fødselsreaktion/depression.

Hvis en kvinde tilhører en gruppe som er modtagelig for at udvikle en fødselsdepression, kan det være svært for hende og omgivelserne at skelne mellem blues og de første tegn på psykisk ustabilitet. Men ved varsomt at holde øje med moderens tilstand, vil man kunne skelne mellem de forskellige tilstande. Det er meget vigtigt her igen at nævne tværfagligheden. Vi er mange faggrupper, der arbejder med disse kvinder, og det er vigtigt, at vi bruger hver vores viden i fællesskab for at hjælpe moderen, familien og barnet bedst muligt. Opsporing via brug af EPDS og Gotlandskalaen (bilag 4,5,12,25). Det er klart, at hvis kvinder lider af andre psykiske sygdomme (som ikke vil blive nævnt her) er det vigtigt at sige, at hos psykisk syge, der bliver gravide, er det tværfaglige samarbejde fra starten uhyre vigtigt.

Andre følelsesmæssige problemer.

Fødselstidspunktet kan falde sammen med et andet følelsesladet tidspunkt for kvinden; f.eks. sygdom, død, at få et handicappet barn eller blive forladt. Listen er lang.

Nogen oplever tilbagevendende og pinagtige tanker om fødselsoplevelsen, som kan komme igen og igen, sågar måneder efter fødslen. (Se tidligere nævnt eksempel). Det er utrolig vigtigt, at tage moderens oplevelser alvorligt og hjælpe hende igennem med rådgivning og vejledning.

Problemer med moderens tilknytning til barnet.

Det er vigtigt at arbejde meget med tilknytning, som jo starter i de første timer, dage og uger efter fødslen. Mange kvinder tror, de vil opleve en øjeblikkelig stærk positiv følelse for deres barn, i det sekund hvor barnet bliver født. Det sker da også for mange kvinder, men et stort mindretal af nybagte mødre og fædre får ikke den følelse, når barnet bliver født. Mange føler sig mat og lam og neutral i forhold til barnet, eller som om de befinder sig i en glasklokke. En anden gruppe føler sågar afmagt eller modvilje mod barnet. For mange kvinder vil den værste følelse, de overhovedet kan forestille sig være, ikke at holde af sit barn. Det vil sige, at selv om det er en normal følelse at have det sådan for nogle kvinder i kortere eller længere tid, kan det fremkalde så voldsomme følelser af smerter og speciel skyld hos moderen, at også disse følelser ødelægger moderens glæde overfor barnet og kan sågar bidrage til udvikling af en depressiv tilstand. Hvor lang tid, det tager for en nybegt mor (og far) at blive tilknyttet til sit

barn kan være meget forskellig. Dette er en uhyre vigtig sætning i familieforbereelse, så vi også her kan få snakket igennem og forberede forældrene på, at der er meget forskel på, hvordan mennesker reagerer (bilag 2,3,5,9,12,13,28,30).

Resumé.

Udenlandske tal viser, at mindst 10% af alle kvinder, der føder hvert år lider af psykisk sygdom. Danske tal viser at, at 35% af samtlige kvinder og ca 13 % af mændene lider af efterfødselsreaktion. 24% af familierne har haft brug for professionel hjælp. Tallene varierer i forskellige landsdele, i forhold til kvindens uddannelsesniveau m.m. alt efter belastningsgrad. Fødselsreaktion i forskellige grader er den mest almindelige psykiske sygdom efter en fødsel og overses tit af sundhedspersonalet (Villumsen, L.; m.fl. 2004; Villumsen, 2002, 2004, 2013). Familiens sundhedsplejerske kan i samarbejde med andre gøre meget for at hjælpe mødre ved tidligt at opdage, hjælpe og behandle tilstanden, og ved at gennemføre en række af de aktiviteter, som er beskrevet.

Fødselspsykose er en svær psykisk sygdom, der opstår umiddelbart efter fødslen, men den kan behandles. Der kan gøres meget for at identificere risikofaktorer i bestemte grupper af kvinder og for at sikre hurtig og hensigtsmæssig specialist behandling. Der foreslås yderligere sundhedspleje støtte til hele familien (far, børn m.v.).

At føde et barn er en meget følelsesladet begivenhed, og de fleste nybagte mødre lider af post partum blues. Det er en ufarlig og selvbegrænsende tilstand, men sundhedspersonalet kan reducere moderens ubehag ved at vise hende den mest passende form for omsorg, og ved at berolige hende og lytte indfølelse til hende. Der er nogle særlige tiltag, som sundhedspersonalet kan gøre for at undgå eller minimere problemer, som nybagte mødre måtte have efter urovækkende fødselsoplevelser eller uventede holdninger og følelser over for deres nyfødte barn.

Resume af barnets reaktion på at have en forælder med efterfødselsreaktion.

Svend Åge Madsen (2000) har som tidligere nævnt følgende bud på børns reaktionsformer på depressive forældre.

- A) Depressiv forplantning til barnet. Det vil sige, hvis barnet hele tiden mødes med depression som grundoplevelse, får barnet den opfattelse, at barnet i kontakt med andre oplever ingenting, kun depression.

- B) Opnåelse af kontakt efter voldsom indsats. Barnet oplever, at for at få kontakt med andre mennesker skal det arbejde meget for at få kontakt.
- C) Barnet bruger den depressive som baggrundstæppe. Barnet bruger mor som base, selvom hun er depressiv, men kontakten får barnet fra andre.
- D) Barnet knytter sig til andre, f.eks. far bliver vigtigere.
- E) Grådig udnyttelse af uforudsigelig kontakt. Barnets grundopfattelse bliver, at det ikke selv har indflydelse på, om det får kontakt. Når den er der, må barnet klæbe sig til den.
- F) Formel kontakt. Gør det, fordi barnet ved, at det skal det. Barnet oplever overflade, men ikke virkelig kontakt. Barnet oplever fremmedgørelse i kontakt med andre mennesker. Der må arbejdes med indre dannelser af, hvordan børn er.

Der kan være mange forskellige former og oplevelser af at have en depressiv mor. Men børn lever i risiko med en depressiv mor. 8% af børnene reagerer senere, men på meget forskellig vis, hvis der ikke sættes ind i spædbarnstiden (Notater fra undervisning ved psykolog Svend Åge Madsen 2000). Men den nyeste viden om, hvordan børn reagerer på fædre, der lider af depression, viser langt højere ”risikotal” som tidligere nævnt i denne bog. Billedet for risiko, er som tidligere beskrevet i denne bog meget mere komplekst (Villumsen, L.; m.fl. 2004; Diderichsen 2007).

Derfor er det vigtigt, at vi som fagpersoner integrerer denne viden ind i vores tilbud til familier.

Sundhedsplejerske besøg til barn, der har en forælder, der for tiden er ramt af en efterfødselsreaktion.

Tilknytningsobservationer:

B. Sikker tilknytningsadfærd: Barnet kalder på sin omsorgsperson. Barnet kender sin mor og far tidligt, men er jo ikke ked af at blive taget op af en anden. Barnet kan let ”skifte” mor figur, så længe det er under 6 måneder. Fra 6 måneders alderen er der organiseret tilknytning. Når barnet bliver ked af det, duer sekundære personer ikke - trygheden skal komme fra far eller mor. (Kærlighedsbånd - forelskelse - tiltrækning - for livet mellem mor og barn).

Mellem 6-12 måneder er dette bånd veletableret og herefter sværere at bryde. (Det samme gælder far -barn, hvis han bruger tid på det). Barnet føler sig sikker (fundamental tillid til mindst 1 voksen). Sikker base. Mor støtter, når barnet vover sig ud på egen hånd, og støtter, når barnet vender tilbage. Udforsknings adfærd - en sund baby er jo nysgerrig.

Mor -barn. Hvis afstanden bliver for stor, eller hvis barnet psykologisk mister orienteringen, kravler han tilbage til mor. Barnet er i en sårbar periode.

Hvis man beder et 8-årig barn om at tegne sin familie, vil det se ud som følger:

Normalt tilknyttede tegner alle familiemedlemmer. Kontakt mellem figurerne. Der tegnes sol på billedet, og tingene er i position på billedet.

A. Utrygt tilknyttet. Barnet har ingen tiltro til, at mor vil reagere på dets behov.

(Her er også de deprimerede mødre, der psykisk ikke er til stede i rummet.) De børn reagerer på en særlig måde. Det er angst provokerende for et barn ikke at blive set. Barnet udvikler pseudotilknytning. Barnet undgår moren.

Den gamle litteratur (Bowlby; Main1994) siger at der er:

ca. 65% sunde tilknyttede børn, (har betegnelsen B)

ca. 10% ambivalente tilknyttede børn, (har betegnelsen C)

ca. 20% ængstelige tilknyttede børn, (har betegnelsen A)

Senere kom betegnelsen D (desorganiseret) eller blandingsmønstret A/C til (se senere).

Procenten svinger lidt. Men som tidligere nævnt viser undersøgelsen ”Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn” (Villumsen, L. ;m.fl. 2004) helt andre dystre tal for mødres eget tilknytningsmønster. Dette må få stor betydning for næste generation(Diderichsen ,2007; Villumsen,2013).

A. De ængstelige tilknyttede børn. Tegningerne fra disse børn er karakteristiske. De tegner ingen arme - eller armene ind til kroppen - store afstande mellem personerne, ofte ingen ansigtstræk.

C. Barnet viser separationsangst. Mødrene er ikke konstante i kontakten med barnet. Mor reagerer kun somme tider. Det går ud over barnets udforskningstrang. Barnet slås med separationsangst. Barnet vælger en strategi. Når mor er ustabil, tænker barnet at det hellere må holde sig i nærheden af hende. Det vil sige ,barnet bliver ikke fri i sin udforskning af omgivelserne. Når de ambivalente tilknyttede børn tegner, er personerne ikke grounded. Mor - barn er vævet ind i hinanden. Der er ændring i størrelse, barnet er f.eks. større end moderen. Tegner mor/barn ind over hinanden.

D. Desorganiserede børn.

Har svært ved at løse opgaverne, begynder forfra, bliver ikke færdige med tegningen, tegner ikke sig selv - eller sig selv som meget lille. Der er ofte våben, vold, og tordenvejr på tegningen.

Andre faktorer.

Mænd har den højeste fraværshæftighed fra hjemmet på grund af arbejde lige i den tid, hvor de får små børn.

Jeg har i tidligere afsnit fremstillet nogle af Brodens beskrivelser af tilknytningsteorien i forhold til børnene. Her følger mit sammendrag af teorien, min ”oversættelse” af nogle af Madsens beskrivelser:

I det følgende afsnit vil jeg komme ind på de beskrevne tilknytningsteoriens betydning ved den tidlige professionelle indsats. Dette afsnit kan læseren springe over, hvis der i stedet ønskes flere guidelines til arbejdet med personer, der for tiden er invaderet af en efterfødselsreaktion eller depression.

Tilknytningsteoriernes betydning for at arbejde med tidlige indsats over for sårbare forældre og deres spædbørn.

(B) 'Sikker-autonom'

- Kvinden kan frembringe konkrete eksempler på de givne bedømmelser af relationer og/eller forældre
- tilgivelse
- indrømmelse af egne mangler hos sig selv og forældrene
- megen brug af ordet 'jeg'
- villighed til at gen -undersøge et bevis for en påstand
- villighed til at kunne se, at en omtalt person kunne have en anden forståelse
- være parat til at acceptere at kunne huske forkert
- være i stand til at fortolke og tillægge andre sindstilstande, ønsker, holdninger og motiver.

(A) - 'Afvisning af tilknytning'

- minimal adgang til relationsorienterede erfaringer
- normaliserende

- idealisering af forældre (omsorgsfuld, støttende, vidunderlig, fantastisk, god) uden at kunne give konkrete eksempler
- bruger det ene adjektiv til at belyse det andet
- blokering af hukommelse om barndom
- modsætningsfuld i forhold til idealiseringen når eksempler på situationer (f.eks. engang du slog dig, hvad så..?) kommer frem (f.eks. fortalte ikke noget af angst for moderens vrede)

(C) - 'Overvældet af tilknytning'

- konfus
- vred
- passiv optagethed af og fortælling om tilknytningsfigurer
- tom snak om relationer
- irrelevante svar

Relationen til moderen.

- savn
- stræben efter accept og anerkendelse
- stræben efter forståelse
- stræben efter betingelsesløs kærlighed
- konflikt i forhold til moderen som model: ”Jeg skal i hvert fald ikke være som hende.”
- mangel på en model for: hvordan så

Forældrenes egne erfaringer med tilknytning kan være:

- ikke at blive forstået
- ikke oplevet at blive trøstet
- ensomhed
- ikke regne med andres kærlighed
- ikke give udtryk for at være ked af det
- ikke oplevet ømhed
- altid skullet trøste sig selv
- altid skullet søge at holde familien sammen

- ikke blive set
- følt sig forladt
- oplevelse af ligegladhed fra forældre
- blive hadet, afvist, ydmyget, set ned på, misbrugt...

Hvem er den desorganiserede forældre?

Hvilken adfærd kan man f.eks. se?

- Manglende selvkontrol
- Socialt isoleret
- Underlegen/Magtmisbrug
- Flere sociale problemer
- Følelseskolde
- Tillæggelse af upassende motiver hos barnet
- “Flatness” i følelserne
- Dårlig håndtering af barnet
- Dårlig kommunikation med barnet
- Blander sig i barnets aktiviteter uden årsag
- Forekomst af depression

Sikker tilknytning i opvæksten.

Mødrene under graviditeten varierer i adfærd, men forventes at vise evne til at forestille sig barnet.

0 - 1 år. Mor reagerer hurtigt til signaler fra barnet, der bruger smil, gråd m.m.

Barnet som 2-årig. Barnet kalder på mor ved behov, er udforskende.

Barnet som 6-årig. Socialt velfungerende, leger alene/sammen, koncentration, klarer separationer.

Barnet som 10-årig. Sammenhængende erindringer, story stem-løser konflikter.

Barnet som teenager. Sætter pris på relationer, objekt kohærent og konsistent, fleksible i forhold til tilknytningsemner.

Hukommelse omkring barndom knytter både episodisk og semantisk hukommelser.

Der er flere former for usikker tilknytning:

Usikker tilknytning i opvæksten.

Mødrene er usikre under graviditeten.

0 - 1 år. Praktisk funktionelle mødre.

Barnet som 2-årig. Aggressive, afvisende adfærd med jævnaldrende.

Barnet som 6-årig. Høj grad af selvkontrol, tegninger uden ansigtstræk, uden hænder, trist stemningsleje.

Barnet som 10-årig. Dårlig hukommelse, dårlig selv erkendelse.

Barnet som teenager. Anti-social og ballade mager adfærd. Benægtelse af emotionel smerte.

Opfattelse af andre som aggressive.

Piger - indikator på spiseforstyrrelser.

Hukommelse omkring barndommen er primært semantisk.

Usikker tilknytning i opvæksten.

Mødrene er usikre, ambivalente under graviditeten.

0-1 år. Ukonsekvente mødre.

Barnet som 2-årig. Dårlig fungerende; manglende selvstændighed; umoden afhængighed.

Barnet som 6-årig. Dårlig selvkontrol, impulsstyret, social tilbagetrækkende ensomhed.

Barnet som 10-årig. Minus kohærens, ustruktureret hukommelse, minus konklusioner til historier.

Barnet som teenager. Manglende objektivitet. Selvrapport - emotionel smerte. Dårligt forhold til det andet køn.

Piger indikator på depression

Hukommelse omkring barndommen er primært episodisk

Desorganiseret tilknytning i opvæksten.

Mødrene varierer i adfærd, men har uløste traumer.

0-1 år. Mødrene variere i adfærd, men børnene udviser muligvis minimal tegn på angst provokerende adfærd.

Barnet som 2-årig. Simulant modsatrettet adfærd, hurtig efterfølgende modsatrettet adfærd, "frossen stilling" og adfærd, stereotype, slår mor i ansigtet uden vrede.

Barnet som 6-årig. En straffende eller kontrollerende adfærd overfor mor.

Barnet som 10-årig. Lidt tvangspræget hukommelse, historie har katastrofe slutninger, død eller ødelæggelse.

Barnet som teenager. Piger indikator på selvmord, flygtige og kompromisløse relationer, andre selv-destruktive handlinger.

Hukommelse omkring barndommen, er primært desorganiserede.

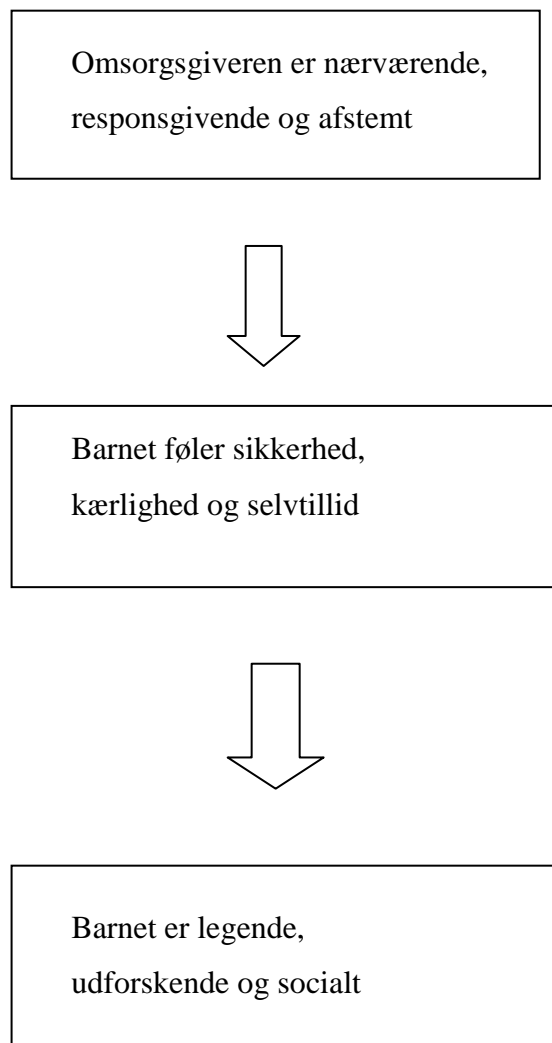
Jeg har været så heldig at deltage i flere efteruddannelsesforløb ved amerikaneren Patricia Crittenden. Hun er nok den i verden, der ved mest om tilknytning. Her følger et kort resume (side 124-140) af, hvordan hun fremstiller teori om tilknytning og dennes betydning. Afsnittet skal ses som supplement til den tidligere gennemgåede litteratur på området. Notater fra kurset med hendes omsætning af tilknytningsteoriene og deres betydning.

Tilknytningsformer set skematisk.

Det, vi nu ved, kan ses på følgende måde (Fig. 16):

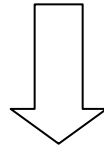
Fig. 16

Sikker tilknytning.



Usikker tilknytning.

Omsorgsgiveren er
fraværende, afvisende
og ikke afstemt



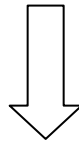
Barnet føler usikkerhed,
forvirring, tilfældighed



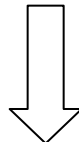
Barnet er afvisende,
opmærksom og på vagt

Usikker tilknytning - fortsat

Omsorgsgiveren er
svingende, ambivalent
og ikke afstemt



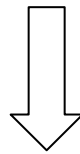
Barnet føler usikkerhed,
forvirring og angst



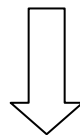
Barnet er ambivalent,
klæbende og vred

Desorienteret tilknytning.

Omsorgsgiveren er enten
angst eller viser
angstprovokerende adfærd



Barnet føler frygt overfor
netop den person som skulle
beskytte det



Barnet er angst, lukket og
somme tider voldeligt

Fire hovedkategorier af tilknytningsmønstre for barnet.

1. Trygt tilknyttet ca. 60% af børn (tillidsfuld, åben, udforskende).
2. Undvigende tilknyttet ca. 30% af børn (Afvisende, selvoptaget, manglende følelser).

3. Resistent tilknyttet *ca. 10% af børn* (Vrede, afvisende, tvetydige).

4. Desorganiserede tilknyttet *ca. 2-5% af børn* (Usammenhængende, frygtsom).

John Bowlby og James Robertson(1994) fandt, at separation fra moderen gav følgende reaktioner:

1. Protest
2. Fortvivlelse
3. Tilbagetrækning

Tilbagetrækning indebærer en ny stillingtagen til tilknytning.

Fysisk adfærd som barn bliver til mental organisation som voksen.(Crittenden bekræfter dette 2008)

Samspilsmønstre (Fig. 17).

Fig. 17

Den voksnes tilknytningsstatus

Sikker

- Kohearens i diskussion
- Personlige relationer
- Beskrive og vurdering konsistent

Undvigende/usikker

- Ikke kohærent i diskussion
- Nedgør tilknytning og relaterede oplevelser
- Normalisering af barndommen

Den voksnes tilknytningsstatus

Ambivalent/usikker

- Ikke kohærens i diskussion
- Fokus på fortidens relationer
- Sproget er forvirret og svært at følge

Desorganiserede

- Diskussion af traume
- Fragmentering af normal diskurs strategi

Cannot classify

Diskurs strategi er globalt forstyrret og indeholder både D og E karakteristikker.
(Notater fra kursus med P. Crittenden, Norge, 2002,2008)

Barnets tilknytningsadfærd

Sikker

- Udforsker
- Foretrækker forældrene
- Fysisk kontakt til forældrene

Undvigende/usikker

- Reagerer ikke på separation
- Aktiv i at bevæge sig væk fra forældrene
- Fokus på andre end forældrene

Barnets tilknytningsadfærd

Ambivalent/usikker

- Ængstelig /grædende under separation
- Ingen udforskning
- Vrede eller passivitet ved gensyn med forældrene
- Kan ikke trøstes, kan ikke komme tilbage til legen

Desorganiserede

Fragmenterede eller ufærdige bevægelser, når det nærmer sig forældrene

Centrale motivationer til menneskelig adfærd.

1. Beskyttelse af individet og afkom – artens overlevelse.
Forhindring i opnåelse af dette mål – fysisk fare
2. Reproduktion af individet og derved artens overlevelse
Forhindring i opnåelse af dette mål – psykisk isolation

Definition af instinktiv adfærd.

1. Forudsigelig og let genkendelig adfærd fra alle medlemmer af arten.
2. Ikke en enkel respons til stimuli men forudsigelig kæde af respons/handlinger.
3. Nogle af konsekvenserne af adfærden er tydelige fremmede for individets overlevelse.
4. Eksempler på adfærden ses, selv om mulighederne for at ”lære” adfærden ikke er til stede.

Men instinkter er påvirkede af og skal tilpasses miljøet.

Tilknytningsadfærd.

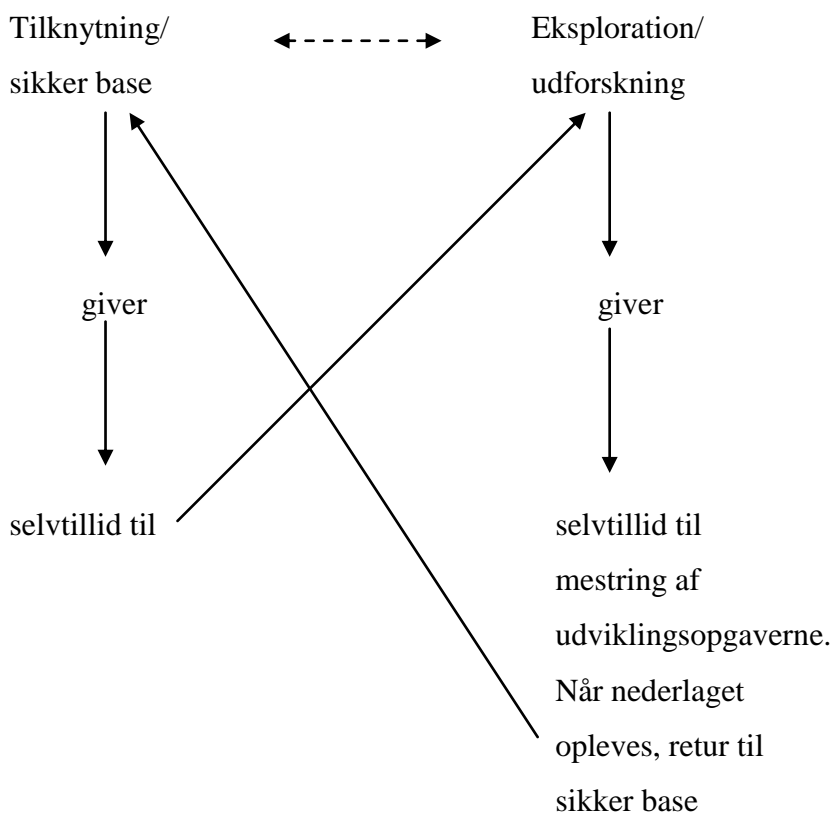
Systemer er altid tændt. Perciperet fare tilskynder adfærden. Adfærden standser, når barnet opnår fysisk nærhed til tilknytningsfigur.

Tilknytningsteoriens grundbegreber:

1. Tilknytning mellem omsorgsgiveren og barnet har en primær status
2. Barnets personlighedsudvikling er afhængig af typen af tilknytning til omsorgsgiveren
3. I tilknytningsteorien er ”fasemodellen” af barnets udvikling byttet ud med ”udviklingsstier”

Komplementære udviklingsbegreber (Fig. 18).

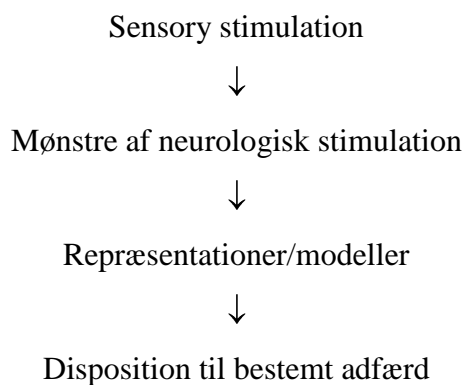
Fig. 18



Sensory stimulation indeholder 2 elementer (se Fig. 19).

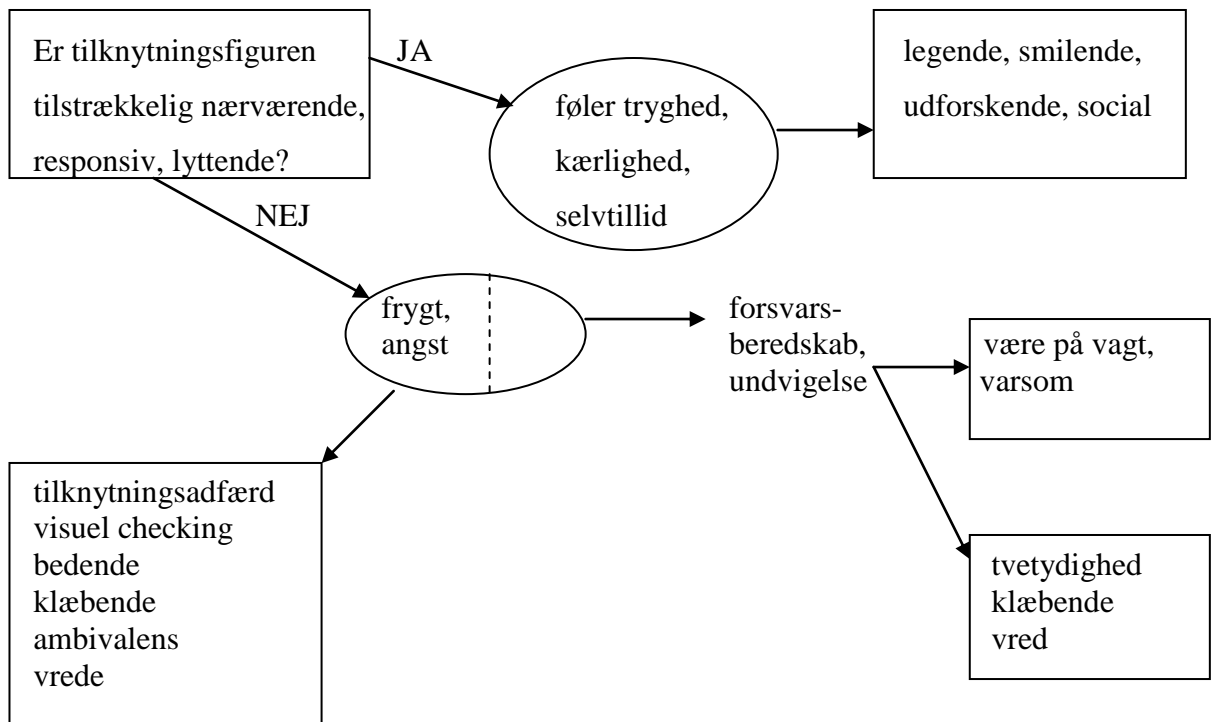
1. Tid, sekventiel logik, hvilket stimulerer kognition/tænkning
2. Intensiteten af stimulationen, hvilket stimulerer affekt/emotioner.

Fig. 19



Internal Working Models (IWW) (Fig. 20).

Fig. 20

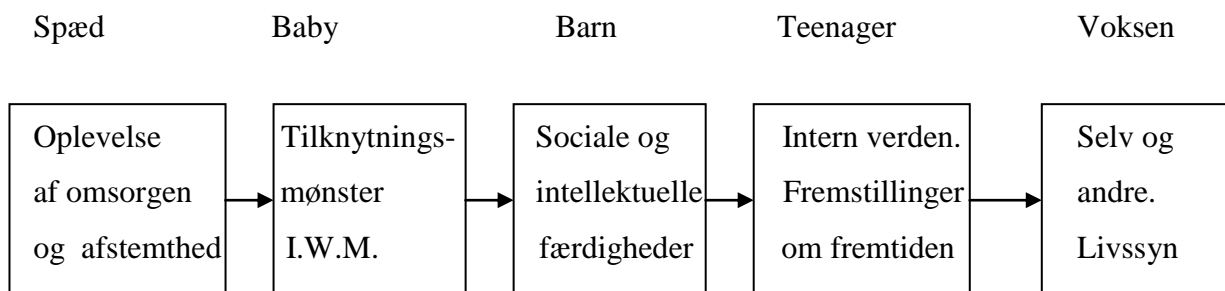


Hvordan den tidlige tilknytning påvirker personlighedsudviklingen.

Tilknytningsteori har sine rødder i:

Psykoanalysen	+	Etiologi	+	Biologi
Analyse af det indre liv		Analyse af adfærd i naturlige omgivelser		Artens overlevelse

Fig. 21



Tilknytningsteorier Pat. Crittenden:

Førskolebørns tilknytningsmønstre kan ses i Fig. 22.

Fig. 22

A	B	C	D
Utryg tilknytning med hæmmede mønstre	Tryk tilknytning	Utryg tilknytning med manøvrerende mønstre	Desorienteret Desorganiseret (Main)
			A/C (Crittenden) D
A 1-2 Hæmmet A 3 Tvangsmæssig omsorgsgiver A4 Tvangsmæssig underkastende	B1-2 Reserveret B 3 Komfortabel B4 Reaktiv	C 1-2 Truende afvæbnede C 3-4 Aggressiv hjælpeløs C 5-6 Straffende forførende	Hæmmede og desorienteret manøvrerende, desorganiserede strategier

(Notater fra kursus med P Crittenden, Norge, 2002, samt 2010,2012)

Figuren viser de kategorier; 'A', 'B', 'C', som der er bred enighed om, desuden hvordan Crittenden, (2000) deler Mains (1998) 'D' kategori i 2: 'A/C' og 'D', afhængigt af om strategien som anvendes er funktionel.(Tabellen genspejler ikke fordelingen).

Pat. Crittenden introducerer en ny måde at se det på:

Pat. Crittendens Care Index (Crittenden,2000).

3 typer voksenbetegnelser:

- Sensitiv
- Kontrollerende
- Ikke - responderende

fire typer børnebetegnelser:

- Samarbejdsvillig
- Vanskelig
- Passiv
- “Compulsive Compliant”

Samspilmønstre Pat. Crittenden.

Fig. 23 viser samspilmønstrene:

Fig. 23

MOR	BARN
1. Sensitive	1. Samarbejdsvillig
2. Kontrollerende	2. Vanskelig, tvangsmæssig underkastet
3. Uresponderende	3. Passiv
4. Kontrollerende/ uresponderende	4. Passiv/vanskelig

(Kursus hos P. Crittenden, Norge, 2002,2010).

Tilknytningsmønstre:

I udgangspunktet er der altså tre forskellige:

1. Tryk tilknytning (B)
2. Utryk tilknytning - undgående (A)
3. Utryk tilknytning - ambivalent (C)

Men i risiko/omsorgssvigt differentieres disse videre:

Som et fjerde mønster der har to betegnelser i litteraturen.

4. Et blandet mønster (A/C) eller
5. Desorienteret - desorganiseret (D)

(Pat Crittenden, 2000).

Jeg har gennem hele bogen valgt, at beskrive tilknytning ud fra flere perspektiver, da litteraturen omtaler det på forskellige måde. Det der er interessant er:

Hvilken indflydelse får denne viden på vores arbejde i fremtiden?

Forældre/barn samspil, hvor tilknytningen ikke er tryk.

1. Forældres stærke, negative og irrationelle engagement i barnet - en forvrænget opfatning at barnet spiller en central rolle.
2. Forældres manglende evne til at engagere sig positivt følelsesmæssigt i barnet.
3. Forældres adfærd og livsstil skaber en omsorgssituation hvor barnet lever med kronisk bekymring.

Vi må som fagpersoner derfor prøve at få se på:

Funktioner/mål i arbejdet med børn:

1. At reducere barnets indre kaos.
2. At gøre livet mere forståeligt.
3. At gøre livet mere forudsigeligt.
4. At hjælpe barnet ved at nyttiggøre sig via forskellige tiltag.
5. At reducere barnets opfattelse af ansvar og skyld.
6. At synliggøre barnet.
7. Sikre barnets "living experiences"

8. Sorg - erkendelse.

9. At hjælpe barnet til at mestre.

(Killen, 2002;Crittenden ,2000,2010).

At tale med barnet:

Børn hader konversation, at blive udspurgt. Vi skal:

1. Møde barnet, der hvor det er følelsesmæssigt.
2. Give barnet lov til at formulere sig.
3. Åbenhed omkring omsorgssituationen.
4. At tage sig af forældrene for barnet.

Barnet og den sensitive forælder i samspil.

- Ser barnet, er sensitiv, responderende og fleksibel - tilpasser sig barnets rytmer - tilpasser sin adfærd.
- Der danses i takt - hver har sin tur.
- Forældrene regulerer intensiviteten af adfærd.
- Barnet svarer, initierer og imiterer.
- Begge glæder sig over samspillet.
- Barnet har mulighed for at udtrykke ubehag og behag - modificerer eller bekræfter moderen.
- Når moderen er usensitiv, ændrer de sig ved "feedback"
- Der samarbejdes og forhandles.

Det er tryk tilknytning.

Barnet og den marginale forælder i samspil.

- Barnets signaler opfattes dårligt.
- Respons til barnet er ikke adækvat.
- Barnet er utilfreds.
- Moderen forsøger stærkt at dirigere eller kontrollere samspillet, griber forstyrrende ind.
- Barnet kan "tilpasse" sig (dvs. underkaste sig) eller formidle misfornøjelse og opponere , eventuelt undgå.

- Forælderen kan modificere sig noget.
- Forælderen og barnet kan glæde sig over samspillet.

Det er utryk tilknytning.

Samspillet mellem forælder/barn i vanskelige situationer.

- Få af barnets signaler registreres og besvares.
- Lidt eller ikke adækvat respons.
- Tager lidt eller intet initiativ.
- Barnet trækker sig tilbage, sender få signaler.
- De forstærker hinandens passivitet.
- Der danses næsten ikke.
- Barnet har ikke noget samspil at indgå i.

Det er utryk tilknytning.

Samspil forebygger adfærdsstyrrelser bedre end det totale antal organiske og psykosociale risikofaktorer. (*Longitudinell studie af de første otte år*, Esser, Scheven, Petrova, Lauch & Schmidt, 1989)

Pat Crittenden ,(2000,2010) siger om:

Overlevelsstrategier hos børn.

Overdreven tilpasning

- Aktiv, præsterer, "Superkid"
- Omsorgsgiver
- Passiv, indadvendt, fortabt

Udadreagerende

- Aggressiv
- Destruktiv
- Urolig
- Klovnet

Utryg tilknytning er ikke en diagnose men en risiko adfærd.

Det angiver udviklingsretning.

Børnenes tilknytning viser os kvaliteten af den omsorg de får.

Depressive symptomer hos mor har høj sammenfald med begge typer tilknytning.

A utryg Undgående/hæmmet

C utryg Ambivalent/Manøvrerende (Garber et al., 1985)

Typen afhænger af den måde depressionen kommer til udtryk på.

Deprimerede mødre er ikke en homogen gruppe (Villumsen,2002,2013).

D mønstre (Main og Salomon 1998) udvikles ofte hos børn af deprimerede mødre

D desorganiseret/desorienteret mønstre

Barnet har ingen strategi. Opfører sig på selvmodsigende måder.

Kombinerer stærk behov for nærhed med undgåelsesadfærd

Intens fortvivlelse/kan efterfølges af ubevægelig stirren.

Urolig aktivitet/går over i passivitet.

Kan udvise stereotyp adfærd eller frygtsomhed når forældrene nærmer sig.

A-C mønster (Crittenden, 2000)

A-C Kombinationsmønster. Barnet kombinerer A og C strategier.

Undgåelsesadfærd og ambivalent modstridende adfærd.

Barnet vælger en strategi ved 1. adskillelse.

Barnet vælger en anden strategi ved 2. adskillelse (ved fremmed test).

Tilknytningsmønstrene D og A-C minder meget om hinanden.

Dvs. der er god grund til at vi beskæftige os med de mange måder der er i litteraturen til at udtrykke tilknytning og dens betydning på(Villumsen,2002,2013).

Hvordan omsætter Crittenden så denne viden til metode?:

Hun arbejder med care index. Metoden er opfundet længe før Marte meo metoden. Metoderne kan minde om hinanden(bilag20).

Patricia Crittenden, Care Index Proceduren (2000).

Der optages 3-5 minutters video af samspillet mellem forældre og barn. Forældrene og børnene vurderes på grundlag af:

- Stemme
- Ansigtstudtryk
- Følelsesmæssigt udtryk
- Kropsholdning
- Tur tagning (hvem der tager initiativ i samspillet)
- Kontrol og aktiviteter

Hos forældrene måles disse variabler på dimensionerne:

- Sensitiv
- Kontrollerende/Invaderende
- Passiv

Det viser os, den omsorg barnet får.

Spædbarnet undersøges i forhold til 3 forskellige samspilsdimensioner.

- Samarbejdsvillig
- Vanskelig
- Passiv

Fra 1 års alderen kan tvangsmæssig adfærd undersøges.

I min praksis har jeg også brugt Marte meo intervention, men som det ses, er der en del lighedspunkter .Jeg bruger ofte Crittendens tilgang. (Se afsnit om Marte meo, samt bilag nr 7,16)

Det efterfølgende vil derfor handle om mit bud på, hvad sygepleje og sundhedspleje/intervention/behandling til disse familier kan være ud fra de erfaringer, jeg har gjort.

Metoder der kan anbefales:

- Efteruddannelse af frontpersonale. (Særlig opkvalificering af sygehusets personale, jordemødre og sundhedsplejerske, da disse traditionelt er i front omkring gravide familier).
- Uddannelse af alle relevante faggrupper i lokalområdet, der arbejder med disse familier i tværfaglige distriktsgrupper.
- Fælles tværfaglig læring.
- Tværfagligt samarbejde i forløbet.
- Tværfagligt familieforbereleskursus og tilbud om graviditetsbesøg.
- Tværfagligt efterfødselskursus til alle i den mængde, der er behov for af den/de faggrupper, der er brug for. (Behovet afdækkes i samarbejde med familien).
- Opsporing/anamnese i teams med samarbejdspartnere, så familien kan følges tæt.
- Brug af Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)(bilag 4,5,6) - et spørgeskema om en mors psykiske velbefindende. Denne kan også anbefales til fædre, gerne kombineret med brugen af Gotlandskalaen(bilag 12,25).
- Tilbud til familie med reaktioner kan omhandle:
 - Visitering (antallet af ekstra hjemmebesøg, hvis dette tilbydes).
 - Hjemmebesøg til barnet.
 - Hjemmebesøg til mor.
 - Hjemmebesøg til far.
 - Hjemmebesøg til mor og far
 - Hjemmebesøg til familien som helhed
- Fast fælles tværfaglig supervision.
- Faste team møder i geografiske, tværfaglige distrikter.
- Invitation, introduktion til gruppeforløb eller andre henvisninger.
- Udvikling af/udleveringer/henvisninger til materialet om emnet.
- Brug af avisartikler, TV, radio med opfordring til at modtage hjælp.
- Desuden brug af erfaringer fra projekt/forskning med brug af "Adult Attachment Interview" oversat til danske forhold(Villumsen, 2002,2012).

Visitering - hvilken intervention er der brug for? F.eks. lyttebesøg, systemisk narrativ intervention, Marte meo, care index eller andet.

(Samarbejde mellem Danmarks Pædagogiske Universitet, Lyngby-Taarbæk Kommune og Thisted Kommune. Evaluering af projektet er udgivet i en særlig rapport (Villumsen, L.; m.fl., 2004) kan ses på www.Livviadialog.dk)

Overvejelser/hjælp til de professionelle.

- at høre de andre faggruppers historier fra lignende familier
- at modtage tværfaglig supervision, og herigennem få ny viden og indsigt, at blive klogere
- at have myndighed og viden
- at få ny viden
- at turde være der, når familien har det skidt
- at udvise modenhed
- at hjælpe og lære at hvile i sig selv og sin egen faglighed
- at være klar på sin faglighed, muligheder og begrænsninger før de kan udvise tværfaglighed.

Forslag til tilbud om hjemmebesøg til familien.

Det kan være svært kort at beskrive, hvad så mange hjemmebesøg kan indeholde, også fordi det helt afhænger, af familiens behov i hvert enkelt tilfælde og hvert enkelt besøg, men her følger nogle overvejelser, man kan gøre sig om indholdet i besøget eller i et gruppeforløb: Der kan være mange flere overvejelser, og de nævnte er ikke prioriteret.

- at tage personen alvorlig
- at have tillid til besøg i eget hjem, det giver mere tryghed
- at lære, at ting tager tid
- at se, at det er hårdt arbejde, at være i krise
- at det at få barn, er lig med tab af frihed
- at høre, hvad er mandens, og hvad er kvindens "opskrift" på det at være en familie, (så de hører hinandens "opskrifter" ønsker, tanker (brug af Livscirklen®, Familiecirklen®, bilag 13).
- at sætte små mål og få styr på kaos
- at sige, hvad sundhedsplejersken/den professionelle ser og se, hvad der sker
- at fokusere på symptomer på overbelastning i stedet for sygdom
- at se på, hvor familien, klienten er henne nu og tage udgangspunkt i det

- at finde materiale, der kan være relevant
- at se på krisen
- at tænke på, hvad gør “man” for at passe på sig selv i familien (og som professionel)
- overvejelser om som familie kun at ”udlevere” sig til dem, “man” vil, dem hvor kemien passer.
- vise familien, hvordan
- tale om de voldsomme følelser, der kommer bag på mange, så de mister pusten
- at klienten får tid til refleksion over egen barndom, forhold til egen mor/far, og hvilken betydning det har for det, der sker lige nu (brug af Livscirklen©, Familiecirklen©, bilag 13).
- at se symptomer, tale om, hvad de betyder. (Mange tror det er noget andet, tror måske de har en fysisk sygdom)
- at lære, at lytte til kroppen og sjælen
- at sundhedsplejersken/den professionelle lytter
- at klienten fortæller sin historie
- at nogen forstår klientens historie
- at klienten også får tid til refleksion i hele forløbet, at være alene
- at klienten i et gruppeforløb kan se andre, der har det bedre eller dårligere end dem selv
- at sundhedsplejersken/den professionelle kan bære at være sammen med en, der har det dårligt
- turde være der (klientens mand eller kone kan have svært ved eller kan ikke forstå, hvad det handler om og har også brug for støtte)
- at få fortalt, at klienten ikke er alene om at have det sådan
- at professionelle fortæller offentligt, at “det hedder noget”, hvad det handler om, og at der kan gøres noget
- at det ikke er ualmindelig at reagere
- at se på generelle forskelle imellem mand og kvinde, (hvor kvinder måske er mere ord, og hvor mænd måske hellere vil forstå, handle)
- at tale kvinde til kvinde
- at tale mand til kvinde
- at tale mand til mand
- at kvinden taler med sin mand om, hvordan hun har det. (Har de talt om det? Er der andre, der ved det? Hvordan har de det lige nu?)

- at lære at skrive brev, dagbog, proces (udvikling i krisen, de kan selv senere se på det skrevne, hvordan de havde det før, hvordan de har det nu)
- at opfordre til at bruge netværk og modtage hjælp
- at få familien til at føle sig set, hørt og forstået(Villumsen, 2004,2012).

Se også afsnittet om samtale teknik.

Systemiske, narrative overvejelser i forbindelse med hjemmebesøg/intervention.

Det er vigtigt at etablere en konstruktiv og given dialog, der kan bringe den anden videre. At finde ud af, hvad der indtil nu har virket, om der er noget, der har gjort en forskel.

Det gælder om at lytte på en måde, som fremmer dialogen. Det duer ikke, at blive ved med, at gøre mere af det, der ikke virker, men afprøve alternative, synspunkter og forklaringsmodeller, at kunne acceptere, tolerere vanskelige situationer.

Det interessante bliver, at være med som hinandens årsager i en familie, og at være med til at skabe kundskab i stedet for at være den, der har kundskaben. (Uddybning kan findes i beskrivelser om systemets teori via lineære og cirkulære tankegang).

Som fagperson må man have respekt og omsorg for den person, man skal hjælpe, at lave en "forstyrrelse", som er tilpas. Hvis man laver en "forstyrrelse", der er for lille, sker der ikke den store forandring, Hvis man laver en "forstyrrelse", der er for stor, reagerer familien med forsvar og trækker sig ind i sig selv, hvorfor det hele tiden er vigtigt at holde øje med om de forstyrrelser, man laver i forhold til familien, er af passende karakter. Personen og familien har brug for tid ind i mellem besøgene til at reflektere over det skete. Det kan være utrolig givtigt for en familie, at både far og mor er til stede, når sundhedsplejersken/den professionelle forsøger intervention på en anden måde end familien måske er vant til. (Villumsen, 2002,2013)

Et eksempel:

Det kan give nye ideer, nye refleksioner, ny læring, ny forståelse af den forståelse, man havde tidligere, hvis man f.eks. siger til en mor, (hvor hendes mand hører på):

- Hvis jeg nu spurgte din mand om, hvorfor han tror, du har det, som du har det nu, hvad ville han så svare?
- Hvis jeg spurgte, hvem er mest bekymret, hvad tror du så, han vil svare ?
- Når du gør sådan, hvad gør din mand så ?

- Hvad synes, din mand er mest rigtig i den her situation ?
- Hvad tror du, din mand ville ønske, du ville sige eller gøre ?
- Hvad tror du, han er blevet klogere på?
- Hvad tror du, han mangler at blive klogere på?
- Hvad ville han sige, at du er blevet klogere på?
- Hvis jeg nu spurgte ham, hvad tror du så, han ville pege på, at du med fordel kunne gøre mere eller mindre af i den kommende tid ?

Jeg har ofte oplevet at, det kan være meget lærerigt for en familie at finde ud af, hvad de tror hinanden tænker(bilag14)

Samfundets udvikling.

I dag går alting stærkt. Der er mange nye normer. Alt skal gå hurtigt. Sorg må heller ikke tage tid. Eller også tror vi, at vi skal tage en pille, så det kan gå væk. Men følelser tager tid, lige så lang tid, som de altid har gjort. Følelser har brug for tid - ikke altid styring. Når en kvinde får veer, er det måske første gang, hun ikke kan styre tingene. Alt det, der er uden for vores kontrol er angst provokerende. Det hænger sammen med hendes egen familie, specielt forholdet til hendes egen mor. Hendes egen indre opslagsbog skiftes ud med egne følelser. Det betyder, at hun måske til sidst ikke selv kan høre, "hvad hun selv føler". Hvis man ikke kan klare det, føler man, at man har tabt. "Man har fejlet".

I dag læses der utrolig meget om graviditet og fødsel, og hvis der står i bøgerne eller på nettet, at man skal klare at føde og komme hjem med det samme, så tror vi, det skal være sådan. Udvikling går hen imod, at vi gør alting, vi tør alting, vi siger ikke fra. Vi har måske en kulturel konflikt.

Giver vi os selv tid til at spørge os selv om, hvad det er, vi udsætter os for? Og hvad vi synes om det, vi udsættes for?

Livet består jo også af lidelser, det gør også ondt at leve. Det er jo kun når vi er døde, vi ingenting mærker. Det er derfor utrolig vigtigt som professionelle, at lade være med at tro, at vi kan fjerne andres smerter, eller at vi kan gøre familiens arbejde for dem. Men man kan være der og sørge for, at de føler sig anerkendt, set, hørt og forstået.

En samarbejdsmodel.

Mine erfaringer siger, at der er færre henvisninger og indlæggelser i forbindelse med psykiske problemer omkring graviditet og fødsel, (hvorved lange indlæggelser kan undgås), når man samarbejder på en anden måde. Det ses tydeligt, når familien hjælpes hjemme, når behovet er der, samt at der psykologisk støttes op. Fokus bliver at se familien, hvor en eller flere medlemmer reagerer på en overbelastning og får hjælp til at løse det, i stedet for at fokusere på en mor, der er syg og har en depression, der skal behandles (Villumsen, 2002, 2004, 2013). Tværfagligt eller tværsektorielt samarbejde er en erkendelse af, at andre fagpersoner der kommer fra ens egen faggruppe eller fra andre, muligvis har en viden, der adskiller sig kvalitativt fra ens egen, og som man ikke på forhånd kan tillade sig at se bort fra. Specielt ikke hvis man som mål med sit arbejde har, at et barn eller en familie får det bedste tilbud, som organisationen aktuelt kan skrue sammen. Det handler i al sin enkelthed om at skabe og skaffe den nødvendige sammenhæng og det fulde overblik over de ressourcer, som organisationen rent faktisk har til sin rådighed i forhold til opgaveløsning (Villumsen, 2002, 2013).

En gang i mellem kan den tanke melde sig, at det måske ikke altid er det tværfaglige, der er svært, men derimod det at samarbejde som sådan. Det kan være "tvært" at samarbejde. I forhold til hjælp til familien, skal det ikke være et spørgsmål om, hvad organisationen kan tilbyde, men vi må i stedet til at se på, hvad familien har brug for, og derefter få systemet til at passe til det.

Det er en udfordring at samarbejde, og arbejdskulturen er grundlaget for, at udvikle dette samarbejde, som kan bygge videre på fælles refleksion, fælles viden. Hvis vores egen faglighed generelt fremstod klart og afgrænset og markant, ville betydningen af rækkevidden umiddelbart være mere enkel, at forholde sig til, ikke bare til dette, men også til tydeligheden i udgangspunktet for tilrettelæggelsen af den tværfaglige indsats (Villumsen, 2004, 2012).

I dag henvises til tværfaglighed i flere retningslinjer for tilrettelæggelsen af arbejdet med den gravide og børnefamilierne. Så også af den grund må vi hele tiden blive bedre til at arbejde tværfagligt.

Derfor kan det være vigtigt at huske, om vi taler om tilrettelæggelse af arbejdet, eller hvad vi gør i forhold til intervention. I overvejelse om organisatorisk tilrettelæggelse vil jeg derfor bl.a. gerne sætte fokus på:

Ledelse og organisering.

Det er i høj grad en ledelsesopgave, at være med til at definere og synliggøre de faglige mål, at man som fagperson kan forholde sig konkret til den, og det er ligeledes en ledelsesopgave at følge op på det. Men selv klare udmeldinger fra ledelsen eliminerer ikke den realitet, at der er meget stor forskel på os alle. Der er store forskelle på organisatorisk placering, på formelle og faglige kompetencer, på uddannelse, erfaring, holdning og på vores personlige kompetencer.

Hvorfor bruger forskellighed og hvorfor arbejder tværfagligt? Selvfølgelig fordi fire øjne ser bedre en to, fordi vi har flere idéer at arbejde med, og fordi flere løsningsforslag giver flere muligheder, det er så enkelt og lige til - at det selvfølgelig er det, vi skal, det kan alle se og alle ved det. Men hvorfor kan det så, som det hedder på vestjysk, for de fleste af os bare være så svært og bare så bøvlet, at få ført det ud i livet? Jeg skal her give mit bud på, hvad jeg tror på, hvad jeg synes er vigtigt og give nogle eksempler på, hvordan vi har gjort det i Thisted i den tid, jeg var chef der, samt et bud på hvad jeg i dag, med min nuværende erfaring, anser for vigtigt. Vi fandt dengang først på noget, udførte det og fandt hen ad vejen noget teori der passede til det, vi gjorde. Så i dag vil jeg vende det lidt i forhold til praksis dengang, nemlig først give læseren lidt teori, som jeg har fundet og er optaget af - herefter forsøge at "oversætte" teorierne til "Vestjysk", så det igen giver mening for mig og allerhelst også for læseren.

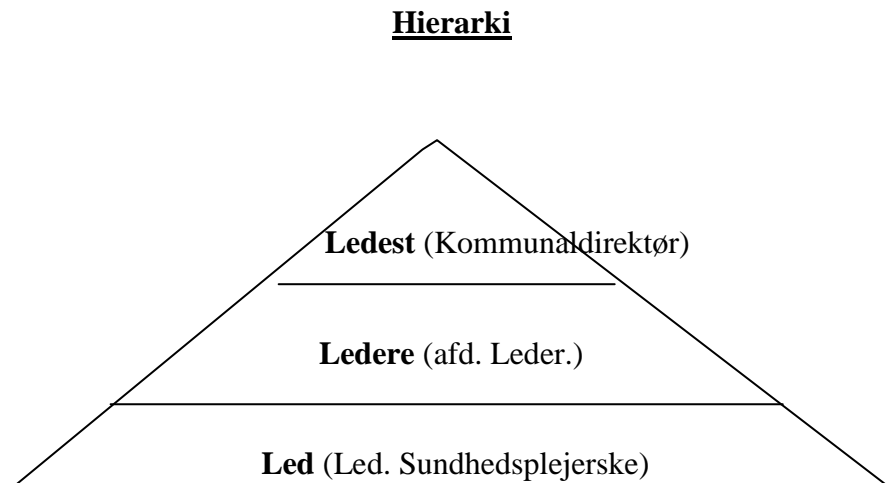
Det kan være godt at se på den systemiske metode og gøre brug af viden om de 3 domæner(domæneteori af Humberto Maturana).

Maturana havde en teori om, at hvis kommunikation går skævt, er det fordi, vi taler på forskellige domæner. Nogle ting er givet, love, nogle bestemmer mere ned andre (produktionsdomænet). Andre gange kan mange ideer være velkomne i supervision, når vi udvikler ideer (reflektionsdomænet) Andre gange taler vi ud fra, hvad der er vigtigt personligt for os(estetikens domæne eller det personlige domæne).

Teori.

Ledelse på mindst 3 planer: (Fig. 24)

Fig. 24



Produktionsdomænet.

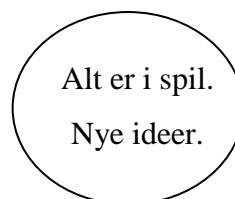
- Love overholdes, kommunale regler udmøntes.
- Vi udføre det, vi har aftalt med politikerne.
- Det - der ikke er til debat.
- Her ved vi, hvem der bestemmer.

(se figur 24)

Refleksionsdomænet.

- Her hvor vi reflektere - får nye ideer af hinanden f.eks. i supervision, her hvor forskellighed er velkommen. (Fig. 25)

Fig. 25



Personlige domæne

- Det jeg har med i rygsækken, kultur, socialklasse “opdragelse”
- hvad synes jeg, hvad vil jeg være med til.(leveregler, værdier)
-

I skematisk form kan det se sådan ud: (Fig. 26)

Fig. 26 **Domænerne.**

Produktionsdomæne

Love overholdes.
Kommunale regler udmøntes.
Vi udfører det, vi har aftalt
med politikerne.
Det der ikke er til debat.
Her ved vi, hvem der bestemmer.

Refleksionsdomæne

Her reflekterer vi, får nye
idéer af hinanden
(f.eks. i supervision)
Her er forskellighed velkommen

Personligt domæne

Egen kultur, socialklasse,
opdragelse, hvad synes jeg, leveregler, værdier

Vi har alle det hele med i arbejdslivet. Det er vigtigt, at vide hvor meget af mit personlige domæne fylder på arbejde? Men det er især uhyggelig vigtigt at vide, hvilket domæne vi opererer på hvornår, ellers går vi fejl af hinanden. Det tror jeg faktisk tit sker. Vi forventer, at andre ved, hvad vi tænker uden lige at tjekke efter.

Eks: Hvis lederen siger til en sundhedsplejerske: "Familien Hansen skal have besøg", kan det forstås på flere måder.

Lederen mener måske, at hun taler på produktionsdomænet, (hun giver en ordre). Familien Hansen skal have besøg.

Sundhedsplejersken tror måske, hun mener, at medarbejderen (med sin faglige baggrund, etik, erfaring, kultur) så kan afgøre, at her har vi familien Hansen, nu vil jeg som sundhedsplejerske afgøre, hvornår familien Hansen skal have besøg, og hvornår jeg synes jeg kan få tid (personlig domæne).

Eller: Sundhedsplejersken ringer til familien Hansen, når hun har fået lederens besked. De taler om det, aftaler i fællesskab, reflekterer lidt over behov - og afgør i fællesskab hvad der skal ske fremover (refleksionsdomæne).

Jeg tror af og til (det er ikke sikkert det er sådan for jer) men sådan var det i hvert fald dengang i Thy, at vi af og til, tog fejl af hvilket domæne, vi var på. I dette lidt forenkede eksempel kan lederen, sundhedsplejersken og familien befinde sig på tre forskellige domæner og derfor have helt forskellige forventninger til, hvad der skal ske, og hvilke aftaler man, tror man har. For at give et andet eksempel fra dyreverden, er heste ret gode til det. Hvis jeg fjerner en hest fra flokken, kan jeg tydelig se, at de andre heste nu aftaler roller, f.eks. hvem er nu førerhest, hvem drikker først af truet, hvem står og passer på, mens de andre sover osv. Når jeg kommer tilbage med hesten til flokken igen, starter flokken forfra med at aftale, hvem gør hvad. Hvad forventer vi af hinanden? Heste ved godt, at når én forlader gruppen, eller en ny kommer til, har de en ny gruppe, hvor de må genforhandle, hvad de er sammen om. Det tror jeg, vi kunne lære af.

Samarbejde.

Jeg synes jo sundhedsplejersker er gode til at samarbejde med mange forskellige samarbejdspartnere, men det giver os også problemer at samarbejde.

Et andet af problemerne kan være, at sundhedspleje er et tilbud til folk. Vi ved jo, at i 99% af tilfældene, kan de bare sige nej tak til vores råd og vejledning. Det er i de fleste kommuner uhyre sjældent, at man får pålagt sundhedsplejerske besøg - f.eks. som kontrolfunktion.

Vi ser næsten alle familier i deres eget hjem. Vi ser dem sammen, i en helhed og vi er gæst.

Apropos det med "tilbud", så hører jeg mange familier sige:

”Vi fik et TILBUD fra kommunen. Når vi så ikke sagde ja tak, begyndte de bare forfra med at argumentere, ja - de blev nærmest ved (evt. med en lille indlagt trussel), for at vi skulle modtage deres “tilbud”.”

Så et dilemma kunne være; siger vi tværfagligt tingene klart nok? Hvis et tilbud er et reelt tilbud, må man jo gerne sige nej tak. Hvis man ikke må sige nej tak, så er der jo tale om et påbud - eller en ordre, og det er jo, som vi ved, noget ganske andet (produktionsdomæne). Tør vi sige, hvad vi ser (og se, hvad der sker), i den tværfaglige gruppe?

Mange behandlere, også sundhedsplejersken, kommer ofte flere, måske mange gange i et hjem (eller har kontakt på anden måde), for at se, om de nu også ser rigtigt, (i hvert fald hvor jeg kom og kommer fra). Somme tider kan man sige - vi har set det her længe - hjælper det at blive ved med at undersøge? Og hvad vil vi med det? Hvor skal det føre hen? Og hvad gør vi, når familien alligevel siger nej?

Jeg ved godt, at de forskellige lovgivninger gennem tiden vedrørende forebyggende lov for børn og unge har lagt op til tværfaglighed/teamfunktion - særlig indsats overfor særlige truede børn og unge. Jeg ved også godt, at vi har haft noget der ligner i kommunerne i forskellig grad. Hvem styrer det i kommunerne? Hvem koordinerer det? Virker det? Har vi fælles efteruddannelse? Og ønsker vi det? Hvordan evaluerer vi? Narrativ evaluering er en mulighed(Villumsen,2013;Fredslund 2013).Tilbydes der supervision til ansatte, for at undgå overbelastning og stress hos medarbejderne?

Vi har jo alle mange samarbejdspartnere. Tit kan det være svært også at vide, hvordan de andres uddannelser er - hvad ved de egentlig, de andre?

Kommer vi somme tider til at tænke: “Er jeg ikke bedre til det her? Og hvis ingen andre gør noget ved det - skal jeg så gøre det? Hvis dem jeg kan henvise til, ved mindre om det, de skal behandle, afhjælpe, end jeg gør, hvad gør jeg så?”

Hvis skolen f.eks. siger til sundhedsplejersken: “Jeg synes, der er problemer i det hjem. Vi skulle gerne fra skolens side blive ved med at have et godt forhold til forældrene, kunne du tage dig af det?” Skal jeg så det? Narrativ ledelse kan give nye veje af se på hvad der foretrækkes(Villumsen,2013;Hammer,M.T.;m.fl.2013).

Professionelle overvejelser.

Derfor er det vigtigt at tænke på:

1. Hvilken slags samtale/opgave/position bliver jeg inviteret ind i?
2. Hvad vil den anden tale om?
3. Hvad er målet/ønsket om udbytte med samtalen?
4. Hvad er den andens forventninger til mig som interviewer/professionel?
5. Vil jeg stille op til dette?
6. Hvis JA: Hvordan vil jeg gribe det an?
7. Hvis NEJ: Hvordan vil jeg gribe det an? (lukke/forhandle/henvise videre etc.)

(Spørgsmålene kan øves først af to kollegaer, hvor en tredje kollega er observatør.)

Observatørens opgave:

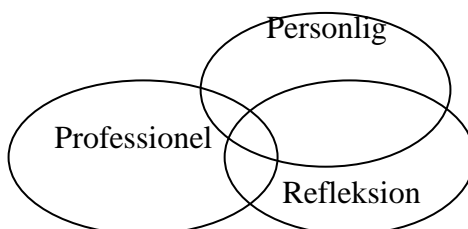
- Noterer afklarende spørgsmål
- Hvilke positioner inviteres intervieweren ind i?
- Hvad gjorde intervieweren ved dette?
- Hvilken effekt havde det på henvenderen?

Men tilbage til Domænerne.

Domæner:

- det personlige domæne,
- det professionelle domæne og
- refleksionsdomænet ,og hvordan de griber ind i hinanden og vores måde at arbejde på.

Fig. 27



Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde kan ikke ses uafhængigt af det organisatoriske. Det faglige eller det personlige fundament, det udspringer af, og det tværfaglige og

tværsektorielle samarbejde og den konkrete handling og indsats, der kommer ud af det, er en væsentlig indikator for, hvordan det mest muligt lader sig gøre at skabe metoder, der integrerer det organisatoriske, det faglige og det personlige i socialt arbejde. Det er derfor vigtigt at præcisere og forbedre de tværfaglige drøftelser om forstærket indsats over for børn og familie med særlige behov. Det er vigtigt at se på, om vi har fælles grundlag for de beslutninger, vi foretager eller klarlægger, hvem der tænker hvad og en konkretisering af vores mulige fælles forståelse og vilje til indsats.

Kontekst.

En afklaring af kontekst er derfor uhyre vigtig både samarbejdspartnere i mellem og med klienterne.

Vi får svar på de spørgsmål vi stiller. Det er modtageren der bestemmer budskabet. Det er derfor vigtigt at vide, hvilken slags spørgsmål og på hvilket domæne det stilles.

Eksempler på spørgsmål på de 3 domæner (kan bruges som øvelse).

Det personlige/æstetikens domæne.

- Hvilke værdier lægger du vægt på i dit arbejde og samarbejde?
- Hvad sætter du pris på hos dig selv i forbindelse med dit arbejde?
- Er der forskel på dit syn på, hvad dit arbejde burde være og de faktiske forhold?
- Hvis ja, hvad er effekten på det arbejde, du udfører? Er det godt eller dårligt?
- Hvilke af dine personlige/professionelle egenskaber er vigtige i dit job?
- Hvilke af dine personlige/professionelle egenskaber udnyttes ikke i dit job?
- Hvem i din familie/slægt har især været dit forbillede for dit nuværende job?
- Hvem andre har været forbilleder for dig i din professionelle karriere? Med hvad?

Refleksionens/forklaringens domæne.

- Hvilke to forskellige synspunkter vedr. dit arbejde kunne du tænke dig at drøfte og evt. udvikle yderligere?
- Tror du, der er andre, der har de samme ideer/tanker eller visioner som dig? Og i givet fald, hvad er din forklaring herpå?
- På hvilke områder tror du, der eksisterer flere forskellige synspunkter på jeres fælles arbejde? Og i givet fald hvilke?
- Hvilke begrænsninger og muligheder giver disse forskelligheder i arbejdet?

- Hvordan vil du kunne opdage, at det går bedre med dit arbejde?
- Hvad tror du, dine kolleger sætter mest pris på ,af det du gør/det du står for?
- Hvad tror du, er den vigtigste udvikling, du har gennemgået i dit arbejde om to år?

Produktionens/arbejdspladsens domæne.

- Hvad er du ansat til at gøre?
- Hvordan skal dit arbejde udføres?
- Hvem skal du samarbejde med? – og hvem refererer du til?
- Hvilken forskel er der evt. på jeres arbejdsopgaver?
- Hvem henvender du dig til, når du er i tvivl?
- Hvem har det afgørende ord i tvivlsspørgsmål?

Andre forslag til intervention.

Forslag til overvejelser inden et besøg planlægges.

Mestring er ifølge Antonowsky :

Balance mellem:

- Generelle modstandsressourcer (GMR)
- Generelle modstandsunderskud (GMC)
- og oplevelse af sammenhæng (OAS)

Samlet byrde omfattende

- velstand
- jeg - styrke
- kulturel stabilitet m.m.

Placeres mennesket højere eller lavere på et kontinuum?

Høj placering medfører større sandsynlighed for oplevelser, og bidrager til en stærk OAS.

OAS er en global holdning, der udtrykker i hvilken grad man har en gennemgribende og vedvarende men dynamisk tillid til, at ens indre og ydre verden er forudsigelig, og at der er stor sandsynlighed for, at ting og sager kommer til at gå så godt som man med rimelighed kan forvente(Antonowsky, 2000).

- Begribelighed (i hvilken grad man oplever indre og ydre stimuli som fornuftmæssige) OAS
- Håndterbarhed (som information der er ordnet, sammenhæng, struktureret og tydelig, f.eks. nybagt mor ved - at det er ganske naturligt at føle sig utilstrækkelig).
- Meningsfuldhed (indebærer følelsen af at være delagtiggjort i de processer som forener ens skæbne som dagligdags erfaringer. F.eks. når mor ikke bliver forskrækket over de nye følelser hun oplever, fordi hun ved, det er en del af hendes nye identitet som mor ”motivationsfaktor”).

Håndterbarhed i hvilken grad man oplever, at der står ressourcer til ens rådighed (som en selv og andre man har tillid til, har kontrol over) med hjælp af hvilke man kan møde de krav, man bombarderes med (f.eks. at mor er i stand til at overlade nogle opgaver til far.) Forudsigelighed lægger grunden for begribelighed. En god belastningsbalance lægger grunden for meningsfuldhed.

Mennesker med en høj OAS kendetegnes ved fleksible mestringsstrategier.

Mennesker der for tiden er invaderede af en efterfødselsreaktion er ofte lige nu gået tør for mestringsstrategier. Hvor er kvinden lige nu, hvilket tilknytningsmønster er hun præget af?

Se her forslag til graviditetsbesøg som er udviklet på baggrund af Adult Attachment Interview, men som er revideret efter nyeste forskning. (Se også beskrivelse af Adult Attachment Interview tidligere eller, som det så ud i sin oprindelige form i (bilag 21).

I Guidelines til professionelle (bilag 1,2,3,4,18,21) hvordan jeg i 2013 vil anbefale indhold i et graviditetsbesøg (med evidens for den forebyggende virkning).

Forebyggelse af efterfødselsreaktioner / depressioner.

Statistisk set løber 35% kvinder og 13% mænd ind i reaktioner/depressioner, i forbindelse med at få barn. 24% har brug for professionel hjælp. Disse reaktioner er værre, end de selv kan magte, og de behøver derfor hjælp til dem. Men forskning viser, at halvdelen af alle behandlingskrævende reaktioner/depressioner kan forebygges ved en graviditetssamtale af en særlig karakter (Villumsen, L.; m. mf. 2004; Villumsen, 2013).

Hvad kan professionelle gøre for at hjælpe med at forebygge, at kvinder og mænd få en reaktion / depression i forbindelse med at få barn? Hvilke guidelines er der for professionelle i samtalen men familien? Det er disse guidelines et bud på.

Hvem er mest udsat? Resume.

Det er en kvinde, der har et problematisk forhold til sin egen mor eller en kvinde der inden for de sidste 2 år har mistet sin egen mor. Hvis kvinden selv synes hendes graviditet eller fødsel har været problematisk, eller hvis hun tidligere har oplevet psykiske reaktioner. Kvinder med en mellemlang uddannelse, ufaglærte, og kvinder bosiddende i Vest Danmark får oftere reaktioner/ depressioner end kvinder men lange uddannelser, faglærte og kvinder i Øst Danmark(Villumsen, L.; m.fl. 2004).

Mænd:

Faderskabet og dets indflydelse på mænd er et område, som mænd først de senere år er begyndt at åbne sig og fortælle om. Vi har været tilbøjelige til at tillægge mænds humørsvingninger andre stress årsager: Arbejdspres, ønsket om at tjene nok penge til familien, frygt for at blive fyret fra jobbet osv. Der er ingen tvivl om, at både graviditet og forældreskab er en alvorlig omvæltning for manden, ligesom det er for kvinden. Tingene kan også for fædre forstærkes, hvis man ikke er tilfreds i sit parforhold, eller hvis fødslen og spædbarnsperioden er svær, trækker ud, eller hvis barnet er sygt. Det kan være meget forskelligt, hvornår og hvordan man oplever reaktioner (bilag 1,2,3,4,12,18,21,25).

(Fodnote: Jeg har selv gennem tiden været med til at støtte op om betegnelsen efterfødselsreaktion; men navnet bliver somme tider misvisende, da forskningen nu viser, at tilstanden ofte er startet allerede i graviditeten(Villumsen, L.; m.fl. 2004;Villumsen,2012).

Graviditetens muligheder.

Forebyggelse generelt.

Forældreskab.

Under optimale omstændigheder kan det nye forældreskab give en mulighed for, at få løst nogle af fortidens konflikter, ligesom man kan udvikle sig på det personlige plan. Når man bliver forældre, skal man ændre forholdet til sin partner og etablere kontakt med barnet. Dermed får man mulighed for – selvom det kan være vanskeligt – at imødekomme de krav, der stilles til det modne menneske og til at opleve de fornøjelser, der følger med. Opgaven kan være vanskeligere for de, der har uløste konflikter, men selv i vanskelige situationer findes løsninger. Kvinder og mænd er jo forskellige, og gør sig derfor også forskellige tanker om det kommende forældreskab. Men jo mere forberedte de hver i sær er til den kommende tid, jo lettere går det for de fleste.

Forebyggelse af reaktioner.

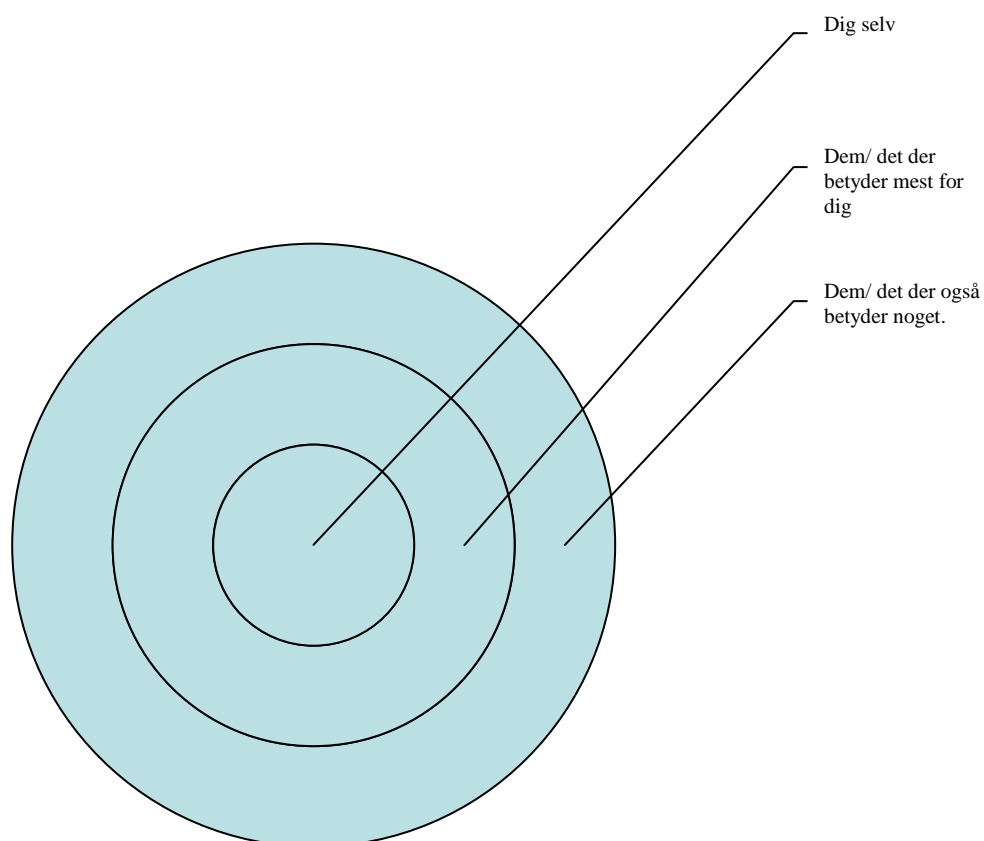
Her følger nogle guidelines på en forebyggende samtale med de kommende forældre, der styrker dem i deres forældreskab.

Det er vigtigt at parret forbereder sig sammen.

Det er jo en stor begivenhed at blive forældre. Det er en ny og stor udfordring at skulle dele opmærksomheden mellem flere. De går fra at være 2 og par, til at blive 3 og en familie. Hvis det føles godt for dem, er det fint, men bliver det for overvældende og belastende, kræver det meget af deres parforhold.(10 % bliver skilt inden for barnets første leveår, 20 % overvejer det.)(1/3 af parrene har slet ingen sex med hinanden i barnets første leveår, 1/3 har mindre sex end den ene part synes er ok, og den sidste 1/3 har det som de havde forventet i barnets første leveår.)(Social forsknings- instituttet 1995;Villumsen, L.; mf. 2004;Villumsen,2012) Det er i sig selv en stor belastning i et forhold, som de færreste er forberedt på, hvis ingen har

talt med dem om det. Det er vigtigt, at de kan bevare tilliden til hinanden og dele forventningerne med hinanden også på dette område.

Det er en god ide, hvis de i graviditeten får talt om deres egen barndom. Hvilke erfaringer ønsker de, at tage med dem fremover i forælderrollen? Hvordan har de det? Hvilke tanker og forestillinger gør de sig om at blive mor og far? De tanker, erindringer og følelser, som naturligt dukker op fra dengang de selv var barn. Hvad betyder disse tanker og følelser for dem nu, hvor de skal være mor, far, en familie? Det er vigtigt, at de får talt om, hvilke opskrifter, de hver i sær har med hjemmefra, på det at blive forældre og hvilke opskrifter de tilsammen ønsker, der skal bruges i deres fremtidige forældreskab. Hvilke værdier og leveregler ligger til grund for, hvad der betyder noget for dem nu? Hvilke erfaringer ønsker de, at tage med dem fremover i forælderrollen? Hvor kommer disse erfaringer fra? Hvad vil de gerne tage med fra deres egen opvækst? Hvad vil de gerne udelade? Hvad nyt vil de gerne tilføre? Det er også en god ide at tale om, hvordan de hver i sær synes graviditeten går. Hvilke ændringer der nu sker i deres familie og parforhold. Erfaringer siger, at det har stor betydning for deres og barnets tilknytning til hinanden. Hvilke forventninger de har til hinanden fremover som far og mor, ægtefælle, kæreste m.m. Hvordan har de det med at holde orlov/ skulle holde orlov? Hvad har de tænkt bagefter med orlovs længder? Til hvem af dem? Hvordan gør de sig klar til deres nye familieliv? Det kan være en ide at tegne en livscirkel©, hvor de hver især tegner det ind (personer, ting, arbejde, aktiviteter, handlinger, værdier, intentioner, leveregler, håb og drømme), der betyder mest for dem, hver for sig. Det der betyder mest tegnes tættest på dem selv. Tal med dem begge om, hvorfor netop deres cirkel ser sådan ud og lad dem derefter tegne en Familiecirkel© sammen, som de gerne vil have, den skal se ud i fremtiden.



Metoden har vist sig særdeles effektiv i forebyggelsen af reaktioner (Villumsen, L.2011,2013) (bilag13,14).

Det er også godt at få spurgt ind til:

Om kvinden/ manden i graviditeten har været glad, har kunnet le og se tingene fra den humoristiske side, og kunnet se hen til ting med glæde. Måske har de unødigt bebrejdet sig selv, hvis tingene ikke gik som de skulle? Har de været anspændt og bekymret uden særlig grund? Følt sig angst eller panikslagen uden særlig grund? Følt at tingene voksede dem over hovedet.? Været trist eller elendigt til mode, eller måske været så ked af det, at de har haft svært ved at sove. Eller har været så ulykkelig at de har grædt. Måske har de tænkt på, at gøre skade på sig selv eller det kommende barn? De har måske følt vrede mod kone/ mand, børn, professionelle eller andre?(Brug af EPDS og Gotlandskalaen også i graviditeten, se senere)

Følgende spørgsmål fra forskningen, der viste sig virksomme i forebyggelsen af reaktioner/ depressioner(Villumsen, L.; m. fl. 2004).Udvidet udgave 2013

Spørgsmål der kan stilles de kommende forældre i graviditeten i 2.trimester(altså i midten af graviditeten og gerne inden 30 graviditetsuge): Hvis halvdelen af alle behandlingskrævende EFR/depressioner skal forebygges. Det har stor effekt hvis spørgsmålene stilles til den kommende mor og far, og meget gerne hver for sig, hvor den anden er tilhører.(Men det er aldrig for sent at stille spørgsmålene, hvis det ikke er gjort i graviditeten, kan det gøres bagefter, hvor de taler om, hvordan de husker det var.)

Indledning: Jeg vil gerne spørge dig, om nogle af de oplevelser du har haft som barn. Det vi har med fra barndommen, påvirker den måde vi bliver forældre på. Det at få talt om det gør, at du kommer til at tænke på, hvordan du gerne vil være forælder. Graviditeten bruges til at danne et barn, men også en mor og en far, et forældrepar.

- Hvordan reagerede du, da du fik at vide at du var gravid?/ din kone var gravid?
- Tænker du på, hvordan du selv er blevet opdraget og selv har haft det som barn og voksen?
- Har du gjort dig tanker om, hvordan et lille barn vil påvirke jeres parforhold?
- Har du haft perioder under graviditeten, hvor du har tænkt negativt om det, der skal ske?
- Perioder hvor du har tænkt specielt positivt?
- Hvad har du i din mave? Hvad er dit billede af dit barn? Hvad forestiller du dig, at dit barn bliver til? Hvilken personlighed viser barnet lige nu? Er det en dreng eller pige tror du? Hvad tror din partner? Hvilken adfærd udviser barnet?
- Hvordan bevæger barnet sig? Hvornår bevæger han/hun sig? Er det et lille A menneske, der står op med lærken, eller et B menneske der ”står sent op”? Er der forskel på det, på forskellige dage?
- Prøv at fortælle om din tidlige barndom og familie situation, hvor boede i m.m.? Flyttede i meget? Hvad var vigtigt? Hvad husker du?
- Så du meget til dine bedsteforældre? Andre vigtige voksne der betød noget for dig?
- Prøv med 5 ord at beskrive forholdet til din mor, da du var barn. Hvorfor disse ord?
- Prøv med 5 ord at beskrive forholdet til din far, da du var barn. Hvorfor disse ord?
- Hvilken af dine forældre var du mest knyttet til, da du var barn?
- Hvorfor havde du/ havde du ikke, samme følelse i forhold til din far/mor?
- Hvad gjorde du, når du var ked af det som barn?
- Prøv at fortæl om, hvordan det var, når I hyggede jer.
- Følte du dig somme tider overset som barn, skubbet væk? Beskriv hvordan.
- Var dine forældre nogensinde truende overfor dig, måske en form for disciplin eller kun for sjov? Nogle mennesker har f. eks. fortalt, at deres forældre truede med at forlade dem, bytte dem eller sende dem væk. Nogle har fortalt at deres forældre brugte tavshed som våben – er noget lignende sket for dig?
- Andre former for trusler eller grov adfærd, fra dine forældre eller andre voksne? Påvirker det dig som voksen? Hvilken betydning får det for dig som forælder, tror du?
- Hvorfor gjorde dine forældre, som de gjorde, da du var lille, tror du?
- Var der andre voksne, som stod dig nær, da du var barn, ligesom forældre gør?
- Har du været ude for at miste en forælder eller anden nærstående, mens du var lille (f.eks. søskende)?
- Hvor gammel var du? Hvad skete der? Hvordan følte du? Var du til begravelse? Hvordan var det?
- Har tabet påvirket din voksne personlighed? På hvilken måde?
- Har du mistet nogen, der står dig nær som voksen? Har du mistet de sidste par år?
- Har du andre traumatiske oplevelser?

- Hvordan var det at være teenager i forhold til dine forældre?
- Hvordan er forhold til dine forældre nu?
- Hvad synes du, du har haft gavn af i din barndom?
- Hvad vil du særligt tage med dig til brug i din opdragelse af dit barn?
- Hvilken opskrift har du med dig til at opdrage dit barn?
- Hvilken opskrift har din mand med sig til at opdrage jeres barn?
- Hvilke fælles opskrift, skal gælde for jer i jeres opdragelse af barnet? Hvordan ser jeres Livscirkler© og Familiecirkel© ud?
- Hvad håber du, at dit barn vil få lært af at blive opdraget af dig som forælder?
Af din mand? Af jer?

Lisbeth Villumsens oversættelse (frit til vestjysk) af
Main. M. Adult Attachment Interview.

(Alle disse spørgsmål stillet på det rette tidspunkt(Inden 30 graviditetsuge) i graviditeten forebygger halvdelen af alle behandlingskrævende fødselsreaktioner/ depressioner viser samme forskning(Villumsen; L.; m.fl. 2004.)

Dette kan suppleres/kombineres med at spørge:

Er der forskel på den måde, du og din partner er opdraget på?

Hvordan bliver han/hun som forælder, tror du?

Hvordan bliver I som forældre, tror du?

Hvad er din partners særlige styrker, som I får brug for som forældre?

Hvad er dine særlige styrker, som I får brug for som forældre?

De kommende forældre opfordres til at tegne Livscirkler© og en Familiecirkel©(Villumsen, 1990,2011,2013)

Hvis man ikke ønsker at spørge ud fra den evidensbaserede guide, men kun ønsker at stille nogle spørgsmål om emner, kan det se sådan ud:

Det er her skrevet som om det er spørgsmål til mor. De samme spørgsmål kan stilles til far og er gode at stille til begge, hvis de sammen er til stede:

Hvordan er det at være gravid? Både Fysisk og Psykisk? Er det en ønsket graviditet? Er det et længe ventet barn?

Hvordan reagerede I, da I fik at vide, at du var gravid? Hvordan har du det med at skulle holde / at holde orlov? Hvad har I tænkt bagefter med orlovs længder? Til hvem af jer?

Hvordan gør I jer klar til jeres nye familieliv? Hvilke opskrifter har I hver i sær med jer på det at blive forældre/ en familie? Brug af Livscirkler© / Familiecirkler©

Barnet i maven.

Hvad forestiller du dig? Hvad er dit billede af dit barn? Din mands billede? Hvordan bevæger barnet sig i maven? Er det et lille ugle barn, der er vågen om natten? Eller et lille lærke barn der ”står tidligt op”? O. s. v.

Familie og relationer.

Hvor meget familie har I hver i sær?

Hvordan var din mor, mor for dig?

Hvordan var din far, far for dig?

Hvordan var det, at være barn hjemme hos jer? Hvad var godt? Var der noget, der var svært? Hvem tror du, at du kommer til at ligne som opdrager? Din far eller mor? Eller andre? Hvad håber du, at dit barn får lært af, at blive opdraget af dig.? Af din mand? Af jer sammen? Hvem var du mest knyttet til som barn?

Hvordan er det i din mands familie med det, vi lige har talt om? Tag udgangspunkt i de udfyldte Livscirkler©.

Den kommende forældrerolle.

Brug af livscirklen©, Familiecirklen©. Hvordan forestiller I jer tiden efter fødslen? Hvad er vigtigt? Hvorfor?

I forhold til parforholdet?

I forhold til arbejdsfordeling?

Hvad kan I gøre for at støtte og passe på hinanden, også når det er svært?

(tid til hinanden; være kærester, anerkende hinanden som forælder/ partner/ kæreste, plads til jer begge, sex før og efter fødslen, søvn, belastninger?)

Fødselsreaktioner/depression.

Fortæl om reaktioner/depression i forbindelse med graviditet og fødsel. Realistiske forventninger/ ressourcer. Hjælp andre steder fra. Henvvisninger til hjælp hvis tilstanden opstår. Lav en ny aftale med familien, hvis der er behov.

Brug af screening med EPDS * og for mænds vedkommende suppleret med screening med Gotlandskalaen øger chancerne for, at finde dem der reagerer, allerede i graviditeten. Graviditetssamtale og screening har størst effekt i 2. trimester(Villumsen, L.; m.fl. 2004;Villumsen2011,2013)(Bilag 4,5,6,12,25).

*Fodnote: (EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale – et spørgeskema der oprindeligt er udviklet til kvinder. Det bruges oftest i barnets 2.-3. levemåned. Screeningen siger noget om kvindens psykiske velbefindende. Dette skema er også velegnet til mænd. Gotlandskalaen er på samme måde udviklet til brug hos mænd(bilag 4,5,6,12,25).

Det, at de kommende forældre nu er sporet ind på, hvad der er vigtigt at få talt om, gør det også lettere for dem efterfølgende at opsøge hjælp, hvis tilstanden alligevel opstår.

Et alternativt forslag til interviewguide til gravide eller nye forældre der ikke har modtaget et graviditetsbesøg kunne se således ud:

De vordende forældre er til stede, men spørges hver for sig.

Grundoplysning:

- Alder mor?
- Alder far?
- Første barn?

- Hvor længe har I kendt hinanden?
- Var barn ønsket lige nu?

Graviditeten.

- Hvordan reagerede du/I, da du fik at vide, at du/din kone/kæreste var gravid?
- Kan du huske nogle af de tanker, det satte i gang i dit hoved?
 - Forældrerolle
 - Om ansvar
 - Frihed / mangel på samme
 - Ændring af levevis
 - Økonomisk ansvar
 - Praktiske forhold / bolig
 - Forhold vedr. arbejde
- Spekulerede du på, hvordan du selv var blevet opdraget og selv har haft det?
 - På din egen far/mor?
 - Dine svigerforældre?
- Hvilke ressourcer mener du selv, at du er i besiddelse af som mor/far?
- Hvilke ressourcer er I i besiddelse af som forældre/som par?
- Skal dit barn have det, som du selv har haft det?
- Hvordan tror du ,din kone forventer du bliver som mand, kæreste, far, når I har fået barn?
- Hvordan tror du ,din mand forventer du bliver som kone, kæreste, mor, når I har fået barn? (Begge spørges mens den anden hører på.)
- Hvilke positive aspekter ser du/I i at blive en familie?
- Hvilke negative aspekter?
- Synes du, at din mand/ kone/ kæreste forandrede sig?
- Synes han/hun, at du forandrede dig?
- Synes du selv, at du har forandret dig?
- Hvordan reagerede du på det?
- Gjorde det dig usikker /utryk?
- Kan du huske perioder under graviditeten, hvor du tænkte specielt negativt om det, der skulle ske?

- Ved du ,hvad der udløste disse tanker?
- Ved du, ca. hvornår under graviditeten det var?
- Kan du huske perioder, hvor du tænkte specielt positivt?
 - Ved du, hvad der udløste disse tanker?
 - Ved du, ca. hvornår under graviditeten det var?
- Kan du – set i bakspejlet – se, at der var forskellige faser i graviditeten, der hang sammen med, hvordan du havde det?
 - Kan du sige noget om, hvad du kunne have haft brug for af viden i de forskellige perioder?
 - Hvem snakkede du med under graviditeten om, hvordan du havde det?
 - Snakkede du med nogen under graviditeten om, hvordan din kone/mand reagerede?
- Gjorde I/du dig tanker om, hvordan et lille barn ville påvirke jeres parforhold?
- Hvilke?

Fødslen.

- Hvordan var fødslen?
 - Hvordan havde du det på forhånd med at skulle være med (faderen)?
 - Var der noget, der specielt bekymrede dig/jer?
 - Var der noget, du/I specielt glædede dig/jer til?
 - Var der noget, I havde snakket om på forhånd?
- Var der noget, I var uforberedte på, som I ville ønske I havde vidst på forhånd?
- Vidste du noget om kvinders/mænds reaktionsmønstre i forbindelse med at få et barn?
- Har du savnet viden? F.eks. om hormoner, efterfødselsreaktion, andet osv.?

Efter fødslen.

- Hvad var svært ved at blive en familie?
- Hvornår føler man sig som en familie?
- Hvad ville I ønske, I havde vidst på forhånd?
- Vidste du/I noget om spædbørn før du/I selv fik barn?
- Savnede du at vide noget?

- F.eks. hvad? (Rent praktisk, deres reaktioner, hvor meget de græder, hvad der er normalt, skifte ble osv.)
- Hvordan mener du, at fædrenes behov i forbindelse med graviditeten og fødslen bedst varetages?
- Hvordan varetages mødrenes behov?
- Hvordan varetages parrenes behov?
- Hvor ville du gå hen, hvis du skulle hente noget viden eller ressourcer?
- Hvad er det for billeder og opskrifter, I hver i sær har med jer på at?
 - være kæresten?
 - danne familie?
 - være familie?

Inspireret bl.a. af Projekt Familieforberedelse, 2002,(Villumsen 2004,2012).

Et tredje forslag for de som ikke nødvendigvis vil arbejde evidensbaseret :

En mere enkelt interviewguide kunne se således ud:

- Hvad synes du om at være gravid?
- Hvad synes dine forældre om ,at du har fået barn?
- Hvordan har det påvirket jeres forhold?
- Hvordan var dine forældre, forældre for dig?
- Hvem trøstede dig, når du var ked af det?
- Hvem tror du, du vil komme til at ligne mest som forældre? Hvordan?
- Hvordan var det at være barn hjemme hos dig?
- Hvad kunne du godt have tænkt dig, at din forældre havde gjort for dig?
- Hvad vil du i hvert fald prøve at gøre for dit barn?

Jeg vil herefter gennemgå et par begreber som jeg synes er vigtige i overvejelserne om hvordan man griber intervention an.

Vigtige begreber i den systemiske teori kan være arbejdet med første ordens kybernetik og anden ordens kybernetik.

1. ordens kybernetik kan forklares ved:

- Sygdommen ses som noget i sig selv.
- En professionel arbejder med behandlersygdommen.
- En person opdager, hvordan sygdommen er (sygdommen har kun en version).
- En forandring hos en person kan styres udefra, og derfor forudses.

2. ordens kybernetik kan forklares ved:

- Sygdommen ses som en del af og relateret til en skiftende kontekst.
- En professionel arbejder med personens forståelse af sygdommen.
- En person skaber en forståelse af, hvad sygdommen er, hvilket kun er en af flere mulige versioner.
- En forandring hos en person udvikles spontant inde fra, og de kan aldrig vide, hvordan den vil blive, hvordan den vil ske eller hvornår den vil ske. Det er derfor utrolig vigtig, at de enkelte faggrupper arbejder med, hvilke teori og metode, der ligger til grund for, netop det, der sker lige nu. Somme tider kan den lineære tankegang, en første ordens kybernetik, være det, der er brugbart. I andre tilfælde kan cirkulære tankegang, en 2. ordens kybernetik, være det bedste.
- Det vigtige bliver at vide, hvad vi arbejder med, hvornår (Villumsen,2002,2013).

Systemisk tankegang brugt i intervention mod efterfødselsreaktioner.

Se også tidligere eksempler på spørgsmålstyper i et interview til brug i intervention.

Et andet vigtigt begreb er.

Cirkularitet.

Cirkulære spørgsmål bruges ofte, når vi befinder os på refleksionsdomænet, så lad os se på, hvad cirkulære tankegang er i systemisk perspektiv.

- Cirkularitet handler om at afdække mønstre. Det er ideen om, at alting hænger sammen. Hvis en del af systemet ændres, ændres hele systemet.
- Det er Bateson (1984), som står bag cirkularitetstankegangen. Når en genstand påvirker omgivelserne, vil omgivelserne virke tilbage på genstanden, som vil virke på omgivelserne på en ny måde osv. A påvirker B, som påvirker A osv. – modsat den

lineære tankegang, som siger, at A fører til B, hvor der altså ses et direkte årsagsforhold, og som afgrænsede sekvenser.

- I den cirkulære tankegang opfattes en hændelse i relation til andre begivenheder og foregår samtidig, griber ind i hinanden og gensidigt påvirker hinanden.
- Derfor ligger nøglen til forandring og udvikling i den cirkulære proces.

Eksempler.

Lineær tankegang:

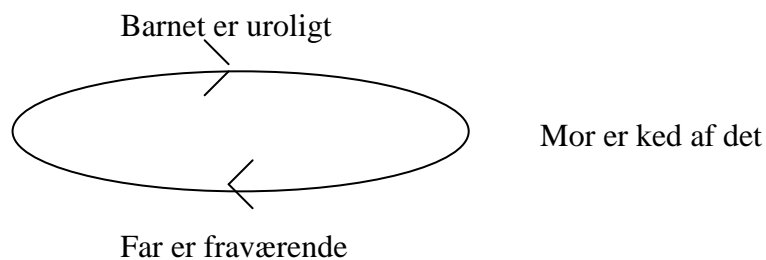
A → B. hvem har problemet, hvem reparerer og hvad er resultatet. Placering af skyld.

Mor er deprimeret → barnet er uroligt → mors skyld at barnet er uroligt. Mor er syg → mor får diagnose → behandling → resultat → rask mor.

Cirkulære tankegang:

Vi er hinandens årsager. Vi er i evig gensidig påvirkning af hinanden. Ingen placering af skyld, da dette er uinteressant. (Se Fig. 28)

Fig. 28



Jo mere barnet græder, jo mere bliver mor ked af det, og jo mere er far væk, jo mere er barnet uroligt osv. Hvornår dette starter og slutter er lige meget, da der ifølge denne tankegang ses på adfærd, forskelle (Bateson1984), relationer og effekt.

Cirkulære spørgsmål.

Disse stilles for at henlede terapeutens opmærksomhed på klientens situation, men de er baserede på cirkulære forestillinger om de psykiske fænomeners natur.

Hensigten med disse spørgsmål er hovedsageligt at udforske (et tilbagevendende) mønster i handlinger, holdninger, opfattelser, opførsler med videre, og at afdække disse mønstre.

Cirkulære spørgsmål er ofte karakteriserede ved, at de er mere interesserede i sammenhængende end i selve handlingen. Som eksempel, henvendt til faderen:

- Når du taler hårdt til Peter, hvad tror du så, han tænker?
- Hvad er det, der udløser, at du bliver så vred, at du taler hårdt til ham?
- Hvad gør din kone, når du taler hårdt til Peter?
- Når Peter så går, og din kone bliver gal, hvad gør jeres datter så?

Milano gruppens(en række systemteoretikere fra Italien) klassiske cirkulære spørgsmål

Type 1

At undersøge handlemønstre i systemet, og hvordan de gensidigt påvirker hinanden.

Til datteren: Hvad gør mor, når far skælder ud på Peter? (Hun begynder at græde!)

Hvad gør Peter, når mor begynder at græde? (Han trøster hende.)

Hvad gør far, når Peter trøster mor? osv.

(Idéen er at spørge en, som er uden for ”brændpunktet”.)

Type 2

Triadiske spørgsmål (Fig. 29)

Fig. 29

Man spørger A om forholdet mellem B og C

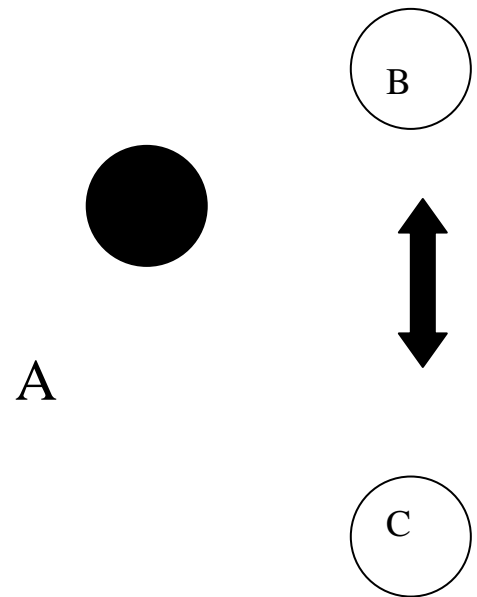
Hvordan ser du forholdet mellem B og C?

Hvad gør de sammen?

Kan de li' hinanden?

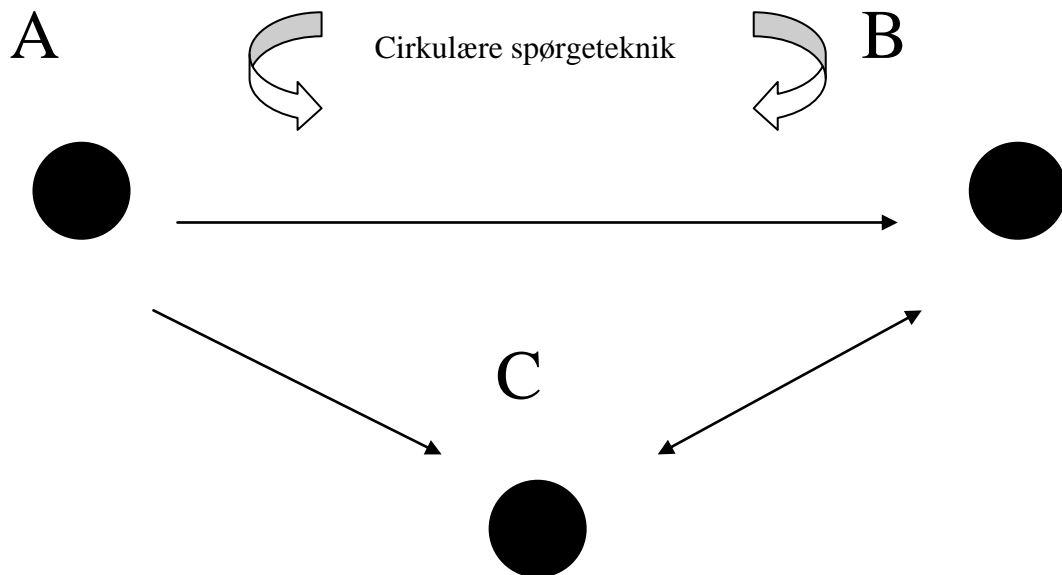
Hvem af dem viser først deres vrede?

Hvem er mest hjælpsom i familien?



Cirkulære spørgeteknik.

Fig. 30



Består i at spørge en om relationen mellem to andre (Fig. 30) – f.eks. At invitere hvert medlem i en familie til at fortælle om, hvordan vedkommende ser forholdet mellem to andre i familien, mens de andre hører på.

- Spørgsmål som går på adfærd – Hvad gør din mor, når din far skælder ud på din bror?
- Spørgsmål som går på forskelle – Skændes din mor og din bror mere før eller efter din far blev syg?
- Spørgsmål som går på relationer – Hvad vil det betyde for din far, hvis din storesøster flytter hjemme fra nu?

Lineære spørgsmål.

Lineære spørgsmål stilles for at henlede terapeutens opmærksomhed på klientens situation og er baserede på lineære antagelser om de psykiske fænomeners natur. Disse spørgsmål starter ofte med H V ord. Dvs. den professionelle kan bruge disse ord til at undersøge situationen. Disse spørgsmål kan også være gode at starte en samtale med eller til afgrænsning af et problem.

Til eksempel:

- Hvad ønsker du hjælp til?
- Hvorfor sover du ikke?
- Hvor længe føler du, det er nødvendigt for dig at sove?

Men de skal anvendes med følsomhed. Ved udelukkende at anvende lineære spørgsmål kan den professionelle få familien til at føle, at de er til forhør, hvilket virker ubehageligt.

Refleksive spørgsmål.

Hensigten med disse er hovedsagelig ændringsfremmende ved, at den professionelle mobiliserer familiens egen problemløsende ressourcer ved at skabe rum til familien til sine nye muligheder. Disse spørgsmål er refleksive, fordi de er formuleret sådan, at de får familien til at tænke over, hvad deres opfattelse og holdning er, at overveje nye handle muligheder med respekt for familiens autonomi.

Eksempel på spørgsmålet kunne være:

- Hvis du fortalte din mand, hvad det er, du ligger og tænker på, når du ikke kan sove. Hvordan tror du så, han vil reagere?

- Hvordan tror du din mand vil reagere, hvis du i stedet for at skælde ham ud, fortalte ham, hvad du synes han gør forkert og bad ham om at gøre det anderledes?

Disse spørgsmål åbner op for, at terapeuten har mulighed for at komme i en konstruktiv dialog med familien.

Hensigten med disse er, at påvirke klienten eller familien på en indirekte eller almen måde, og er baseret på cirkulære antagelse om den proces, der finder sted i det terapeutiske system. En terapeut kan gøre meget for at forbedre muligheden for at skabe sammenhæng mellem hensigt og virkning ved at forstærke hendes sproglige kobling. Karl Tomm som er en anden systemteoretiker nævner også, at typen af spørgsmål, som en terapeut vælger at stille, afhænger af, hvilke slags svar terapeuten gerne vil høre. Dette kunne få os til at reflektere over, at vi alle sammen kun ser en lille del af familiens "sag". Så det vi skriver i journalen, er det, vi som fagpersoner har set og hørt og ikke nødvendigvis det familien, ser og hører eller oplever. Jeg siger ikke det, jeg siger. Jeg siger det, den anden hører (Villumsen,2002,2013).

Strategiske spørgsmål.

Med disse spørgsmål har den professionelle mulighed for at påvirke familien på en bestemt måde.

Man fortæller dem, hvordan de har fejlet, og hvordan de kan opføre sig i stedet. Det er en spørgeteknik, den professionelle skal være varsom med at bruge, da den kan støde nogle familier.

Eksempel:

- Hvorfor lægger du dig ikke ned og sover i stedet for at stå op?
- Hvordan kan det være, at du ikke er parat til at gøre en større indsats for at komme til at sove?

For at blive klogere på, hvordan alle i systemet ser sagen/problemet, må vi spørge ind til det. Her følger en øvelse, der kan bruges som eksempel på, hvordan der kan spørges ind til et problem og dets system. Øvelsen er formet, så læseren kan prøve det på en problemstilling, hvor en kolleger stiller sig til rådighed som interviewer.

Burg af narrative kort er også en meget virksom visuel metode se (bilag 22, 23).

Se også www.Livviadialog.dk med forskellige artikler om at arbejde narrativt.

Tværfaglig sparring er som tidligere nævnt vigtigt.

Derfor gives her et eksempel på en øvelse.

Tværfaglig sparring som øvelse: (Øvelse – ”de mange versioner”)

Tegn et problem og dets system:

1. Definer et problem, det vil sige find et eksempel på et problem, du slås med for tiden.
2. Tegn det i midten og tegn alle de involverede personer (dvs. alle der taler om dette problem) også dig selv.

Interview parvis:

Undersøg hver enkelt af de involverede parters (x, y, z osv.) version/perspektiv ved at stille følgende spørgsmål:

1. Hvordan tror du x, y, z ser problemet?
2. Hvad tror du x, y, z synes er det sværeste ved problemet?
3. Hvad tror du x, y, z synes at han/hun skal gøre ved situationen?
4. Hvilke meninger, tror du x, y, z har om, hvad andre skal gøre?
5. Hvilke meninger, tror du x, y, z har om, hvad du bør gøre?
6. Hvilke dilemmaer er der for x, y, z ved situationen?
7. Hvilke konsekvenser tror du, det kan have for problemet?

Til sidst:

Hvilke overvejelser gør du dig nu om dit arbejde i forhold til problemstillingen?

Tværfaglig supervision.

Når vi arbejder med svære problemstillinger er det som tidligere nævnt nødvendigt med supervision. Den tværfaglige supervision eller supervision med en udefra kommende supervisor, er utrolig vigtig af den simple grund, at det er vigtigt også på arbejde at kunne læsse af, og måske via supervision få en ny forståelse, der måske kan ændre den forståelse man har af et problem, der derved kan give nye handlemuligheder. Tilbydes der supervision til ansatte, kan overbelastning og stress hos medarbejderne ofte undgås.

Supervisions modellen som jeg har valgt at beskrive er den samme som beskrevet i forhold til klient behandling: dvs. som kan bruges både som supervisionsmodel samt som model for klient interview/intervention. Evt. med brug af reflekterende team eller med Outsider Witness Group (se senere).

Efter ideer til spørgsmålstyper til brug i intervention vil jeg vende tilbage til, hvorfor jeg tror overbelastning ofte rammer kommende forældre og kan være medvirkende årsag til at udløse en reaktion.

Jeg vil derfor starte med:

FORSLAG TIL ORGANISERING AF DET PROFESSIONELLE ARBEJDE MED DISSE FAMILIER.

Organisering af team arbejde.

Succes kriterier for team arbejde:

- Hver enkelt deltager kender sin rolle
- Hver enkelt deltager, værdsætter teamet og føler, at de har noget at bidrage med.
- Hver enkelt deltagers opfattelse af de andre, som en der trækker sin del af læsset.
- Teamets medlemmer har en fælles professionel ideologi og fælles professionelle mål, individuelle specialer og arbejds måde inden for teamet.
- Deltagerne kompletterer hinanden snarere end at være i modstrid med hinanden.
- Den enkelte deltager er villig til at se bort fra personlig modsætning til fordel for teamet som helhed.
- Team normerne er tilstrækkeligt fleksible, åbne til at give mulighed for udvikling og en kreativ vej til problemløsning.

Baggrunden for den valgte arbejds metode i min praksis.

Efter oprettelse af distriktspsykiatrien i Thy/Mors i firserne, blev de opmærksom på, at der dengang i vores område var et påfaldende stort antal af de henviste sager, ca., 20%, hvor det drejede sig om enten:

1. En psykisk lidelse i forbindelse med en fødsel.

2. En psykisk lidelse hvor det ved nærmere undersøgelse viste sig, at den psykiske lidelse havde sit udspring eller kunne henføres til et barns fødsel. Henvisningerne af disse brugere kunne være fra 5-10 år efter barnets fødsel. Dette er et stort antal, hvor jeg vil formode, at noget kunne have været gjort anderledes på et tidligere tidspunkt.

Begrundelser for:

Hvorfor forebygge?

Forebyggelse af fødselsreaktioner er speciel vigtig for mor og barn, familierelationer og deres fremtidige psykiske velvære. Hvis der kommer en efterfødselsreaktion, griber det forstyrrende ind i mor/barn, familie/barn relationen. Dette kan få stor betydning for spædbarnets udvikling, altså næste generation.

Mange kvinder kommer efter en depression aldrig helt over skyldfølelsen, over i en periode ikke at have elsket deres barn. Mange har det også dårligt med ikke at have opfyldt barnets behov. Reaktionen på dette kan være, at barnet følelsesmæssigt bliver påvirket, og at moderen senere får svært ved at sætte grænser for sit barn, da hun hele tiden prøver at kompensere for det tidligere svigt. Barnet reagerer på dette.

Forældrenes indbyrdes forhold påvirkes også. Der ses mange skilsmissebrud under og specielt efter en kraftig fødselsreaktion. Mange kvinder forsøger at skjule deres tilstand, da de er meget bange for at være blevet sindssyge, og at andre skal opdage det. Samme reaktion kan manden have (Villumsen,2002,2004,2013).

Det er i hvert fald meget vigtigt, at de vordende forældre under familieforbereelse bliver bekendt med forebyggelse, evt. reaktioner samt symptomer og behandling af efterfødselsreaktion og depression, så de professionelle og familien i fællesskab kan forebygge og tidligt opspore reaktioner/depressioner se afsnit om familieforbereelse samt bilag9).

Ved at blive bedre til at opspore og undervise, ses det, at mange problemer forebygges i graviditetsbesøg og på et udvidet familieforbereelseskursus. Det vil sige, det har vist sig, at det hjælper med opkvalificering af det faglige personale og tidlige indsats. Det viser sig, at det hjælper at gøre noget for børnene, der har en forælder med efterfødselsreaktion samt for ægtefællen(Villumsen, 2002; Villumsen et al, 2004; Villumsen, 2013).

I det hele taget kan denne form for tidlig start og forebyggelse smitte af på alle gravide småbørnsfamilier også ved at sætte målet på at styrke forældreevnen. Det vil sige, vi som professionelle kan gøre noget for disse familier og gennem tidlig indsats sikre mor/barn forholdet og medvirke til at skabe optimale vilkår for børnefamiliens trivsel og sundhed, specielt familie med helt små børn. Vi kan forebygge, at kvinder og deres familie med problemer i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode bliver behandlingskrævende i forbindelse med efterfødselsreaktioner eller manglende forældreevner.

Hvis vi vil reducere antallet af behandlingskrævende efterfødselsreaktioner, må vi nødvendigvis optimere det professionelle netværk, så vi bliver klogere for, at kunne handle anderledes. Det bliver derfor en vigtig vej til hjælp til disse familier at styrke samarbejdet om tidlig indsats og forebyggelse. Det er nødvendigt at udvikle samarbejdsmodeller mellem jordemødre og sundhedsplejersker, kultur/socialforvaltningen, sygehuspersonale, psykolog, terapeut, egen læge, socialcentre, distriktpspsykiatri mv., således at signaler hos kvinden/familien før og efter fødslen kan opfanges, og at der derefter kan gives et relevant tilbud om støtte. Det vil sige en støtte, der svarer til det behov, familien har (og ikke som det ofte er i dag - at tilbyde det, vi professionelle lige har at tilbyde).

Det vil sige en model kunne være gennem distriktssammenfald; at tilbyde alle faggrupper fælles samarbejdsmodeller, undervisning og tværfagligt supervision. Det bliver vigtigt at sikre samarbejdet omkring behandling og opfølgning. Det er vigtigt at udvikle samarbejdsprocedure i det tilfælde, hvor kvinden/familien får en efterfødselsreaktion, depression eller mangler forældreevne. Det er vigtigt at sikre relevant indgriben, opfølgning, således, at der ikke opstår varige skader, og at forebygge efterfødselsreaktioner.

Ud af 6000 graviditeter oplever 33% selv, at det var kompliceret. 10-12% har reelle problemer, der bliver ved, hvis de professionelle ikke støtter op (Madsen, 1995).

Ud af 1600 familier (3200 personer) der fik udleveret spørgeskema, følte mellem 33- 39 % at de havde en reaktion, der var værre, end de selv kunne magte. Det var langt flere end sundhedsplejerskerne vurderede havde en reaktion (Villumsen, L.; m.fl. 2004). Dette er stof til eftertanke, da vi i Danmark har ca. 60.000 fødsler om året (se alle resultater på www.Livviadialog.dk).

Det giver derfor mening, at jeg kort beskrive den model, jeg som projektleder forsøgte at bygge op.

Organisation – Konkret Intervention.

Beskrivelse af en samarbejdsmodel (Thisted Modellen) (1989-2004).

- Sundhedsplejersker og jordemødre i tæt samarbejde under fælles tag.
- Tværfagligt familieforbereðelseskursus, mødregrupper og fælles distrikter og netværksarbejde giver familien mulighed for at holde kontakt gennem hele barnets opvækst. Ideen er vellykket, indlysende, men desværre sjælden (Bilag 10).

Mange faggrupper arbejder under fælles tag i de samme distriktsgrupper i kommunen.

Valg af metode: Tværfagligt efteruddannelse af alle faggrupper, fælles tværfagligt supervision, udbygning af tværfaglige distrikts grupper, teams, udvikling af tværfaglig undervisning af de ældste klassestrin om forældreskab, familiedannelse m.v. Udvidet familieforbereðelse i distriktsgrupper, hyppige hjemmebesøg af relevante fagpersoner til de udsatte familier, bestående af besøg:

- 1) - til hele familien.
- 2) - til den der har reaktionen
- 3) - til begge forældre
- 4) - til barnet (der har en forælder, der har en reaktion) for at forebygge tidlige skader (se afsnittet om tilknytning).

Det har vist sig, at når alle faggrupper tilrettelægger en praksis, hvor forældrene får hurtig og effektiv hjælp, reduceres problemerne og skadernes omfang betydeligt. Dette er også på det mindst omkostningstunge niveau, når familien har en efterføðselsreaktion. Det betyder samtidig, at den gravide og familien oplever en sammenhæng i tilbuddene. Samtidig tilbydes familien via denne tilrettelæggelse en bedre udnyttelse af deres sociale netværk. Det tværfaglige og det tværsektorielle samarbejde er herigennem blevet langt bedre, også ved alle andre forhold end efterføðselsreaktionerne. En del af metoden var, at prøve at undersøge, om gravide kvinders parathed til at knytte sig til barnet kan afdækkes og i tilfælde af at kvinden ser ud til at få vanskeligheder med tilknytning til barnet, at afhjælpe disse før barnet er født.

Der findes en samlet projektbeskrivelse i Thisted rapporterne (Villumsen, 2002, samt i evalueringsrapport af ”Styrkelse af nære relationer” projektet, (Villumsen, et al, 2004).

Metode til intervention i familien (Interviewer – supervisant – team).

Som tidligere nævnt er det vigtigt at afklare med sig selv og med familien, hvad disse har brug for. Er det mesterlæren fra sundhedsplejersken/den professionelle, eller rådgivning eller er det konsultation eller supervision? Det er meget vigtigt, at etablere en gensidig kontrakt. Kontekst afklaring: Hvad skal der ske? Hvem deltager i hvor lang tid? Hvad er vi sammen om?

Herefter følger problemformulering: Hvad drejer det sig om? Hvad ønsker de hjælp til? Præcisere og afgrænse og prioritere.

Udforskning: Hvad har familien gjort indtil nu? Hvorfor har de vanskeligheder netop nu? Har de søgt rådgivning andre steder? Har der været nogen effekt af dette? Hvad vil de gerne gøre anderledes? Hvad er de mest i tvivl om? Har de nogen ideer til, hvad de fremover vil gøre?

Herefter kan sundhedsplejersken/andre professionelle eller evt. et reflekterende team (se beskrivelse senere), som har lyttet til seancen, komme med anerkendelse for det, de synes er gået godt indtil nu. Der kan opstilles hypoteser om, hvad der ligger til grund for den nuværende situation og dilemmaer i sagen. Herefter får moderen/familien tid til refleksion: Hvad har sagt dem noget? Er der kommet nye synsvinkler eller ny undren?

Sundhedsplejersken/den professionelle eller det reflekterende team/OW gruppen kan, hvis familien ønsker det, komme med gode råd eller forslag til handling/ideer om hvad der har hjulpet dem i lignende situationer. Herefter evalueres i samarbejde med familien om, hvad de kan bruge, om der er kommet nye tanker, synsvinkler eller ideer til handling, eller om der på nuværende tidspunkt er en læring til at komme videre.

Herefter aftales næste møde eller opfølgning, hvis familien fortsat ønsker hjælp.

Til hjælp i samtalen er det vigtigt at fokusere på:

Spørgsmålsniveauer.

Ligesom der er forskellige former for spørgsmål, er der også forskel på niveauer i spørgsmålene. De kan beskrives på følgende måde:

1) Det beskrivende niveau:

- Hvad drejer det sig om? Hvad er du optaget af? Hvem? Hvad? Hvor? Beskriv sagen, problemstilling (f.eks. en fødselsreaktion)

2) Det forklarende niveau:

- Hvordan forklarer du, hvad din forståelse af, at du for tiden er ramt af en efterfødselsreaktion?
- Hvordan forstår eller forklarer din mand, at der er opstået en efterfødselsreaktion eller andre implicerede, at der er opstået en efterfødselsreaktion?
- Hvad er de forskellige personers forklaringer vedr. efterfødselsreaktionen?
- Hvem forstår hvad og hvorfor gør de det?

3) Det vurderende niveau:

- Hvad synes du om...?
- hvad synes din mand om...?
- hvad synes din mor om? osv.

Hvis man skal arbejde efter denne model, er det vigtigt at indstille sig på, at ingen har patent på visioner og mål; at man skal forsøge at forstå den andens synspunkt og ikke argumentere imod; at man skal forsøge at være nysgerrig og ikke fordømmende. At jo flere synspunkter, der kommer frem, jo bedre; at man ikke øver kritik, hverken af den andens handlemotiver eller tanker, og at man hele tiden er interesseret i at undersøge de andres version af historien. Det vil sige at her luftes utraditionelle ideer og nye handlemåder.

Samtidig er det vigtigt at huske, at der er brug for pauser under en samtale, der er lange og at man kan tænke over selve samtaleprocessen. Det vil sige, at familien får tid til at overveje, hvilket af det sagte, de har lyst til at gå videre med. Ligeledes er det vigtigt, at opgive ideen om, at man kan bestemme, hvad andre skal tænke; at man må udvise tålmodighed, at man har tiden og prioriterer besøget i familien. Være indfølelse og gøre, hvad man kan for at den anden skal føle sig hørt og set og forstået. (Se afsnittet om systemisk teori).

De forskellige spørgemåder skal tilpasses den enkelte familie og situation.

Resumé af resultater for familierne af projekt 'Forebyggelse og behandling af efterfødselsreaktioner'.

Via de projekter om efterfødselsreaktioner og deres følger, som jeg har været projektleder for, har det væsentlige været at vise, at intervention nytter. Statistikkerne bekræfter dette. Jordemødrene, sundhedsplejersker samt andre faggrupper kan ved forholdsvis beskednen uddannelsesaktivitet og fælles tværfaglig supervision lære at afhjælpe efterfødselsreaktioner med en øget indsats og gennem supervision. Det har vist sig efter intervention, at sundhedsplejerskerne finder mødrene langt tidligere end før, at familien ofte kan nøjes med samtaler i hjemmet med sundhedsplejersken, (nogle suppleret med psykologisk, terapeutisk bistand - grupper eller individuel terapi), få vælger konsultation hos egen læge med medicin. Meget få har brug for indlæggelse. Men det, der er det væsentlige ved tidlig indsats og evt. behandling er, at det betyder færre psykiske problemer senere i livet hos disse familier, også for børnene, der har fået tilbuddet (Villumsen, 2002, 2004, 2012).

I det næste afsnit, vil jeg beskrive hvilken del af tilknytningsteoriene, der via projektet – samt i sin nuværende form, har været og er brugt. Når vi skal arbejde i familier, der for tiden er ramt af en efterfødselsreaktion, og når vi skal forsøge at forebygge tilstanden bl.a. gennem intervention i graviditeten, må vi også lige se på tilknytningsadfærd set i lyset af Sterns teorier om 'en mor bliver til' (2001)

Den større tværfaglige samarbejdsmodel vil tit føre yderligere viden og interventionsmuligheder i problemfeltet; kvinder, der har vanskeligheder med at knytte sig til deres barn. Moderens egen tilknytning og erfaring betyder som beskrevet noget. Forskningen viser, at der er forskellige måder at møde sit barns tilknytningsadfærd på. Moderens vurdering, hendes egen tidligere tilknytningsrelationer korrelerer signifikant med den type tilknytning hendes barn nu har til hende (Main, Kaplan m.fl., 1985; Villumsen, 2004, 2012). Disse kategoriserer mødre i 4 kategorier

1) Anonyme mødre.

Mødre til de trygt tilknyttede barn. Hun er tilgængelig og nærværende.

2) Distræte mødre.

Moderen til det ængstelige ambivalente barn er upålidelig i sin

følelsesmæssige tilgængelighed. Der er ikke tale om, at moderen afviser, men snarere at hun misforstår eller ikke reagerer adækvat på barnets signaler.

3) Afvisende mødre.

Moderen til det ængstelig - undgående tilknyttende barn, en generel ufølsomhed over for barnets tilknytningsadfærd, hvis hun ikke er direkte afvisende.

4) Mødre med uløste traumer..

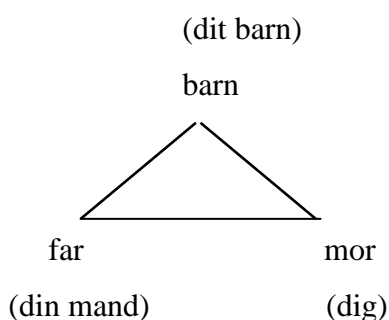
Moderen til det desorganiserede og desorienterende tilknyttede barn udviser meget uforudsigelig adfærd samtidig med, at hun virker både skræmt og skræmmende på barnet (Main, 1985; Stern,2001;Villumsen,L.;m.fl.2004; Diderichsen, 2007).

Almindeligt forløb.

Mange nybagte mødre bliver mindre interesserede i mænd, mere optaget af deres egen mor og mindre af deres far.

På dette tidspunkt, hvor hun får barn, er det mere rigtigt at se hendes relationer til andre kvinder, som er uafhængige af mænd. Kvinden bliver mere interesseret i sin mands identitet som far end som ægtefælle. Ægtemanden har ofte svært ved at forstå den forklaring. (Fig. 31)

Fig. 31



Se brug af Livscirklen©, Familiecirklen©(bilag13). En ny ansvarlighed, absolut ansvarlighed, søger støtte, netværk, at elske og blive elsket bliver et meget aktuelt tema. Har de aldrig givet sig selv lov til det før, kan det blive svært nu.

Andre former for følsomhed kan blive fremherskende. (hyperfølsom, f.eks. forbyde). Anerkendelse af ens intuition. Der er uventede reservoir af intuition, reaktioner og adfærdsformer, som de ikke tidligere har haft adgang til.

Som tidligere nævnt, skal der findes en balance mellem barn og arbejde, en ny plads i samfundet, en ny rolle i familien.

Der tales om en ny kalender - før og efter dit barns fødsel, (måske livets største bedrift), at vedkende sig opgaverne. Vi er inderligt tavse om de dramatiske og overvældende forandringer, der finder sted i en mors indre verden. Nogle erfaringer blev og bliver overleveret fra kvinde til kvinde, men for mange kvinder vil der være meget, der ikke bliver det.(Villumsen,2012; Asen, 2012).

Alle kan skabe fantasier i hverdagen; det hjælper os til at overleve.

Fra tredje til ottende graviditets måned udvikles fantasibarnet i bevidstheden, og i ottende og niende graviditetsmåned nedbrydes fantasibarnet. Under fødslen mødes det virkelige barn og fantasibarnet for første gang, og det bliver svært, hvis der er stor forskel på disse to. Hun må begynde at se det virkelige barn.(Kvinder der føder for tidligt, har måske ikke tid nok til denne proces.) De fleste mødre bliver mødre igen og igen i løbet af de første måneder, det sker igennem en række faser. Men har kvinden selv et atypisk tilknytningsmønster, kan det forstyrre denne proces(Villumsen,2004;Villumsen,L.;m.fl.2004;Diderichsen,2007).

Sterns teorier (2001)

At blive mor - en tredelt proces

Forberedelse til at blive mor:

Kvindens forestillingsliv

Håb, drømme, frygt, fantasier

Hvordan bliver jeg som mor?

Hvordan bliver min mand som far?

Hvordan bliver vores barn?

(Den psykologiske fødsel af sit eget moderskab. De projicerer personlighedstræk over på barnet, der foretages gætteri om barnet før og efter fødslen, der styres af håb, frygt, ens egne

normer og værdier.) Forslag: Spørg ind til dette i besøget ved brug af Livscirklen ©,Familiecircelen© (bilag 13).

En mor bliver til.

Det virker som om der er 3 graviditeter i gang samtidig.

Det fysiske foster vokser i maven. Moderskabsindstillingen, der udvikles i psyken og fantasibarnet, der tager form i bevidstheden. (Se forslag til graviditetsbesøg Villumsen, 2013).

En mor tilpasser sig.

Mønstre.

Afvisende tilknytnings mønster.

Det første mønster ses hos kvinder, der er tilbøjelige til at holde en vis afstand til deres moderskabsoplevelse for at kunne have med det at gøre. Uanset om de er meget eller kun lidt emotionelt engagerede i at blive mor, vil de ikke fuldt ud se problemet i øjnene og vil i hvert fald ikke tale med en anden. Ofte vil de gerne arbejde igen tidligt efter fødslen.

Overinvolverede tilknytningsmønster.

Kvinder går så meget op i moderskabsoplevelsen, at hun ikke træder så meget som et skridt tilbage for at få lidt perspektiv på processen. De er lige så over involverede i deres forhold til deres mødre, som de sandsynligvis vil blive i deres relation til deres ventede barn.

Autonomt tilknytningsmønster.

Dette mønster befinder sig midt i mellem. Kvinden relaterer sig til barnet og bliver også engageret i sin mor nu og her, men ikke så tydeligt. Hendes oplevelser som barn sammen med hendes mor fremkalder mange tanker og følelser, men hun kan også træde et skridt tilbage og reflektere over sine oplevelser som mor og datter.

Selvfølger er en mor aldrig "rendyrket", det ene eller andet, men tendensen til ,at se sig selv i en af kategorierne vil være der. De fleste kvinder har mentalt bearbejdet mange ting i løbet af graviditeten. De er næsten overfølsomme, har overnaturlig skønhed, føler sig også sådan indeni, hvis fødslen er vellykket, og giver selvtillid fra starten. Succes i en situation, hun ikke

havde kontrol over. Hvis følelsen ikke er ok ,føler kvinden sig snydt. Dette kan være en udløsende faktor for en efterfødselsreaktion.

I fantasien har kvinder ofte mange planer for fremtiden, ikke bare for sig selv og barnet, men også for manden. Det, at blive mor, giver en tabt fortid og ny fremtid. Hvis kvinden ikke kan bevare kontinuiteten i det, hun tidligere har kendt, kan det give problemer.(se brug af Livscirklen©, familiecirklen©(Bilag13,14)

De første uger efter fødslen er gennemtrængt af en følelse af at afslutte fortiden ,og fremkalder næsten altid en understrøm af tristhed, der blander sig med overflod af glæde. De roller og identiteter, der etableres nu, angiver retninger for de kommende begivenheder.

Hvilke selvopfyldende profetier har de opstillet for familien, hvilke fordele og ulemper er der for alle familiemedlemmer?(22,23,26,27).

De fleste nye mødre har et billede af sig selv som mor, der ofte er forskelligt fra virkeligheden - bekymring og ønsker - virkelighed og fantasi følges ad. Kan forventningerne indfries i virkeligheden i forhold til barn, mand, forældre - andre....?

Mange føler ikke, de har fået ubetinget kærlighed som barn, og kan have svært ved, at tilgive egen forældre, og måske giver moren barnet den rolle, at det skal elske hende uanset hvad. Det kan være svært for barnet at leve op til. Hvis mor har mistet en kær, kan barnet også få den rolle. Det kan være meget belastende at være erstatning.

Barnet brugt som antidepressivt middel.

Stern (2001) beskriver, at mødre med livsvarig tilbøjelighed til depression, også har det, selv om barnet kommer til verden. Tidligere kan hun have brugt veninder eller sin mand som ”antidepressivt middel”. Hvis barnet skal overtage den rolle, kan det blive tungt for barnet. Eksempelvis: Stedfortrædende barn; barnet som ægteskabelig lim; eller ægteskabelig trussel; barnet som konkurrence; forestilling om den perfekte familie; barnet som mangelvare (skal eksempelvis være mors fejl); barnet som gave.

At mislykkes på arbejde er svært, at mislykkes som mor er ubærligt. Den vigtigste og vanskeligste opgave er at lade barnet blive sig selv. Nogle spædbørn forventes måske at fastholde familietraditionen (f.eks. at du skal overtage gården).

Barnet som fredsstifter. Det er derfor vigtigt at afdække: Hvilken rolle/roller "tildeles" barnet.

En mor bliver til.

Det at blive mor kræver handling hele tiden, beskyttelse, bekymring, træthed, uforudsigelighed, (at sørge for at fanger ingen søvn får, bliver som bekendt brugt i verden som torturmiddel). Det at blive mor gør, at de må forholde sig til, hvordan de klarer at elske, tale, relatere, give og modtage. Det kan være svært at få tid til at reflektere, og dermed måske også at få tid til at ændre det, de evt. synes de bør ændre.

Moderintuition, " Du må læse dit barns signaler, fornemme, hvad der skal gøres og hvornår, og finde ud af hvordan. Skabe intimitet og kærlighed mellem jer. Det tager tid at lære hinanden at kende.

Bestemmer barnets adfærd mors adfærd, (eller er de hinandens årsager?)

Legen bruges som dannelse af tilknytning.

Hun skal genopfinde sig selv som menneske. Vi må observere om mor har evne til, at identificere sig med sit barn(bilag20)

Det støttende netværk.

Før havde kvinder mange kontakter. Nu har de måske for få. Hvem er der, hvem hjælper? Erindringskontekst - vi bruger fortiden, for at kunne huske nutiden. "Bliver jeg som min egen mor?"Forskningen viser, at det i det store og hele bliver som det tilknytningsmønster du og din mor havde. Bestemte træk kan springe generationer over i familien.

En kvinde der er i stand til at rekonstruere historien om sin relation til sin mor med åbenhed og perspektiv vil i høj grad have frigjort sig fra fortiden. Hvis mor holder for stor emotionel afstand til sine egne oplevelser som barn, forhindre det hende i at medføre denne form for selvreflekterende arbejde(bilag 28,29).

Sterns skiftende trekanter (Fig. 32)

Fig. 32



Den nye familie kræver meget tid, men det kræver også megen tid, at forholde sig til forholdet mor – barn - mormor.

Hendes mand er den mest betydningsfulde anden person for kvinden, men forholdet til hendes mor skal måske omvurderes på et dybere niveau, end hun nogen sinde før har gjort. Dette kræver meget psykisk energi(Villumsen,2002,2004,2013).

Efterfødselsreaktion? Er man syg eller sund, når man reagerer på overbelastning?

En mor i denne situation er ikke et psykiatrisk tilfælde, men på overvældende måde et normalt menneske, belastet af ekstreme omstændigheder. Moderskabets tilpasning drejer sig om, at skabe balance mellem hendes mange identiteter og hendes liv som mor(Villumsen,2012)

Problemer opstår også, når der ikke er enighed mellem manden og kvinden om ægteskabets karakter og deres forskellige roller - ligestilling i forældreskab. Nogle forældre konkurrerer om deres børn. Manden er som regel lige så uvidende om, hvorfor barnet græder som kvinden er. Hvordan tilpasser han sine roller som støtteperson, far, ægtemand og omsorgsperson m.m.? Opnår forældrene følelsen af solidaritet, så de kan udvikle deres forhold til hinanden, er meget vundet.(Villumsen,2012,Asen,2012)

ANDRE FORSLAG TIL INTERVENTION.

Teoretisk grundlag.

Det teoretiske grundlag for denne model, der både kan bruges som supervisionsmodel og interventionsmodel er det systemiske paradigme, som er udviklet af Bateson, Maturana og Milano skolen: Den professionelle anerkender det, der er gået godt indtil nu, opstiller hypoteser og dilemmaer i sagen, evt. forslag til handling, hvis det ønskes.

Hjælpen omfatter/afdækker hvilke støttemuligheder/netværk er der i hjemmet. Den professionelle bekræfter mor i, at hun ikke er ved at blive sindssyg og fortæller, at andre også har det sådan. Der drøftes tilbud om ekstra besøg, psykolog, psykoterapeut og/eller gruppe. Den professionelle fortæller kvinden, at kroppen reagerer langsommere end vores forstand. Den har brug for tid til at bearbejde det, den oplever.

At der må bruges tid på angsten og på, hvad der kan gøres. Hvis kvinden oplever en somatisk angstreaktion, f.eks. forvrænget høreopfattelse på grund af hypersensibilitet, bliver hun igen angst (for sindssyge), bliver angst for angsten, der forstærker angsten (Cooper, 2012; Villumsen, 2012).

Oftest angst for barnet, angst for at gøre barnet skade, somatisering, angst for at miste kontrol, som næsten kan være tankeforstyrrelser. De fleste kvinder i denne situation er bange for, at gøre barnet skade, altså noget der er helt forskellig fra almindelig depressioner, hvor andre symptomer fylder mest. Vi skal stadig huske, at fædre kan reagerer med lignende tilstand.

Det er vigtigt med hjælp og, at man forklarer kvinden, hvad der sker. Det er vigtigt at tage hende alvorligt, så hun føler sig anerkendt, set, hørt og forstået.

Forholdet til hendes egen mor er som sagt ofte kompliceret. Hvilke erfaringer har hun med relationer; følelse af forladthed, mangel på indlevelse, isolation, manglende følelsesudveksling? Spørger den professionelle om kvinden kender disse følelser andre steder fra, siger hun: F.eks. ”Ja. De minder mig om forladthed mm i barndomsforhold til mine egne forældre.”

Andre fokus punkter i arbejdet med den depressive mor kan være: At spørge, hvordan oplever hun det, hvilke billeder har hun af sig selv som mor. Relation til barnet, egen mor som mor, egen far, som far, sig selv som barn. Barnet som barn.

Hvad skal den professionelle observerer i forhold til barnet:

Børns tilknytningsformer.

Er barnet glad for mor. Ser barnet fremmede an. (Tryk/sikker tilknytning)

Ser barnet væk, når mor går, og når hun kommer igen. Forsøger barnet at holde på sig selv uden at reagere.(Undgående tilknytning)

Er barnet forberedt på, at det går galt, finder ikke ro ved genforeningen, når mor kommer igen. (Ambivalent tilknytning)

Børn af psykotiske mødre. (Får ofte en desorganiseret, desorienteret tilknytning)

(Se afsnit om tilknytning).

Andre faktorer der har indflydelse.

Mænd har den højeste fraværsfrekvens fra hjemmet på grund af arbejde lige i den tid, hvor de får små børn. Forældrenes tilknytnings erfaring er vigtige, som tidligere beskrevet overføres tilknytnings mønstre til næste generation.

Tilknytningssamtale:

Forslag til hovedpunkter i tilknytningssamtaler:

Adjektiver til beskrivelse af relationer, erfaringer der underbygger adjektiver .Til eksempel:

Kan du beskrive, hvordan din mor er?

Du siger hun var kærlig?

Kan du beskrive en situation, hvor hun var det?

Har du en erfaring?

Er der stærkere tilknytning til den ene forældre? Kan mor få plads til at reflektere over, at det måske var et unuanceret forhold. De spørges også, om de har oplevet deres forældre være truende, har følt sig afvist, eller været udsat for andre alvorlige tab.(Se beskrivelse af AAI tidligere, samt forslag til graviditetssamtale, og brug af Livscirklerne ©,Familiecirklerne©).

Men hvordan er hendes tilknytning?

Hvad skal sundhedsplejersken observerer i forhold til mors tilknytningsadfærd:

Sikker autonom.

Her kan kvinden frembringe konkrete eksempler på givne bedømmelser af relationer.

Kvinden kan tilgive og kan indrømme, at der er mangler både hos sig selv og forældrene. De bruger meget ordet, jeg. Der er villighed til en genundersøgelse af bevis for en påstand. Der er

villighed til at kunne se, om en omtalt person kunne have en anden forståelse. Kvinden skal være parat til at acceptere og kunne huske forkert. At være i stand til at fortolke og tillægge andres sindstilstande, ønsker og holdninger og motiver.

Afvisning af tilknytning.

Som barn var kvindens tilknytningsmønster undgående. Hun har nu minimal adgang til relationsorienterede erfaring, kvinden idealisere forældrene. Hun bruger det ene adjektiv til at belyse det andet. Der er blokering af kvindens hukommelse om barndommen. Hun er modsætningsfuld i forhold til idealisering, når eksempler på situationen kommer frem.

Overvældende tilknytning.

Kvinden afviser straks hele sin barndom. Kvinden er ofte konfus, vred, passiv. Hun har optagethed af og fortælling om tilknytnings figurer. Det er "tom snak" om relation om alt, hvad der er foregået, hun giver irrelevante svar.

Virker den hjælp vi yder?

Behandling virker, hvis behandleren kan opbygge en relation til den, der skal hjælpes. Altså at behandleren er en tryk base, hvorfra familien kan prøve noget nyt. Det er godt at kende forskellige indgangsvinkler og metoder. Det er vigtigt, at det er familien, der bestemmer, hvad der virker for dem. At den professionelle er fleksibel.

Kommer familien styrket videre i livet? - Det kommer an på, hvordan de har bearbejdet det, de har været udsat for.

Altså om de kan bearbejde og reflektere over, hvad de har været udsat for, så deres eget barn kan score anderledes. De vil herigennem kunne bryde den psykologiske arv. Det nytter at de bearbejder relationer til deres egen forældre. At de kan se sig selv, som et aktiv led i samspillet, så de ikke hele tiden ser sig selv som offer. Det handler derfor ikke om, hvad familien har været udsat for, men hvordan de bearbejder det, de har været udsat for (13,14,17,24,28,29,30).

Det er vigtigt som professionel hjælper at vide, at vi kan støtte og hjælpe, men at vi ikke kan overtage forældrenes arbejde.

Resumé

Efterfødselsreaktioner.

Ofte viser moderen først tegn på/fortæller om, at der er noget galt måneder efter fødslen, men hun har oplevet tilstanden, måske allerede i graviditeten, eller siden kort efter barnets fødsel, så derfor: "You have to ask." Der ses hjertebanken, humørsvingninger fra dag til dag. Hun har det ofte værre, når hun er alene. Mødre som har alvorlige problemer er i risikogruppen. Det der hjælper er faglig rådgivning og opkvalificering af det tværfaglige personale, så tilstanden opspores tidligere, eller forebygges.

Forebyggelse.

Med den praksis, der findes nogle steder i Danmark generelt på nuværende tidspunkt, er det næsten umuligt at forebygge de sværeste efterfødselsreaktioner, svær efterfødselsdepression og fødselspsykose, især når det gælder førstegangsfødende. Men vi kunne gøre meget for, at forebygge og udpege kvinder, som hører til risikogruppen på baggrund af den viden, vi har. Samt bruge de oplysninger, vi har, om tidligere tilfælde af psykisk sygdom i familien eller hos kvinden selv. Vi kan gøre sundhedspersonale, kvinderne og familierne opmærksomme på risikoen for at sikre, at eventuel psykiske problemer hurtigt opdages og afhjælpes. Også når det gælder de lettere grader som efterfødselsreaktioner, kan der gøres meget for at gøre mødre mindre modtagelige overfor tilstanden. Vi kan tilbyde udvidet førfødselskurser, familieforbereelse, som skitseret og faglig vejledning (counselling) før fødslen, hvor vi forbereder de vordende forældre på, hvad det vil sige, at blive forældre. Det kan hjælpe mødre til, at undgå ekstra stress før og efter fødslen, og vi kan udvide kvinders viden om behovet for social og følelsesmæssig støtte. Vi kan tilbyde faglig rådgivning og praktisk hjælp til kvinder, som vi ved har haft problemer under graviditeten og efter fødslen. Vi kan bruge den viden, vi har om, hvem det oftest rammer til at målrette vores sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Vi ved, at ved at tilbyde graviditetsbesøg med et ganske bestemt indhold på et bestemt tidspunkt i graviditeten kan halvdelen af alle behandlingskrævende efterfødselsreaktioner/ depressioner forebygges. (Villumsen, L.; m.fl. 2004)

ANDRE METODER TIL AT OPSPORE EFTERFØDSELSREAKTIONER:

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Spørgeskemaer over en kvindes psykiske velbefindende).

En af metoderne til at opspore kvinderne er screeningsundersøgelse med EPDS -skalaen (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Spørgeskemaet om kvindernes velbefindende (EPDS) er et enkelt redskab, som kan bruges til at opdage kvinder med nedtrykt stemning før og efter fødselsperioden, og på den måde opdage kvinder med stor risiko for en fødselsdepression eller fødselsreaktion. Spørgeskemaet "checker" for symptomer om depression og uro. Det er nemt, at udfylde for kvinden. Endnu vigtigere er det, at spørgeskemaet giver mødre mulighed for at udtrykke deres følelser, og det kan også virke beroligende på dem, at få at vide, at de ikke er alene med deres følelser. Selv om spørgeskemaet er meget godt til at udpege, hvem der muligvis lider eller kommer til at lide af en efterfødselsreaktion, er det ikke et diagnostisk redskab. At en mor scorer højt på spørgeskemaet betyder ikke nødvendigvis, at hun lider af en depression. Det kunne godt være, at hun har en midlertidig nedtrykt stemning og har brug for støtte, men alle mødre som scorer højt har alligevel brug for, at tale om deres følelser, så vi sammen kan afgøre, om der er behov for hjælp og støtte i fremtiden. Det vigtige er at gentage spørgeskemaet nogen gange i forløbet, et forslag kunne være, i andet trimester af graviditeten, 3 uger efter fødslen, 6-8 uger efter fødslen, 3-4 måneder eller 6-8 måneder efter fødslen, alt efter hvordan kvinden har scoret i første omgang.

I forhold til opsporing er der forskellige erfaring i Danmark med brug af skalaen til screening i graviditeten. Sammen med brug af Gotlandskalaen(bilag12, 25). I Thisted kommune i 2001 hvor jeg dengang var leder, startede vi screening af alle de kvinder, der havde lyst. I England og Skotland havde de erfaring for, at rutinemæssig brug af EPDS -spørgeskema gør sundhedspersonalet mere opmærksom på mødrenes følelser, og mødre lærer hurtigt fra hinanden, at de bruger spørgeskemaet. Jeg kan bekræfte denne erfaring. Den nyeste undersøgelse af sin art herhjemme viser, at ved rutinemæssig brug af EPDS findes kvinderne tidligere end i områder, hvor der ikke tilbydes EPDS (Villumsen, et al, 2004).

Det at vide, at det er i orden at tale om sine følelser, kan også hjælpe til at forebygge følelsesmæssige forstyrrelser. Det er dog utrolig vigtigt at holde sig for øje, at vi kun kan

bruge sådan et skema, hvis der er mulighed for opfølgning bagefter, det vil sige faglig rådgivning, f.eks. ved ekstra hjemmebesøg. Samt at vi har ”styr på vores sundhedssystem”, det vil sige at vi har en mulighed for, at henvise kvinderne eller tilbyde dem hjælp, hvor de er. At spørgeskemaet kun bruges som en del af en drøftelse, hvor moderen har mulighed for, at tale om sine svar på spørgeskemaet. Hvis moderen scorer højt, hvor hun får bekræftet, at hun lider af efterfødselsreaktion eller depression, gentages spørgeskemaet 2 gange med 2 ugers mellemrum. Det at blive betegnet som deprimeret kan have den stik modsatte virkning af det tilsigtede for nogen mødre. Selv om de fleste mødre med depression er lettede over at blive spurgt om deres følelser, vil nogen af dem finde spørgeskemaet skræmmende, eventuel som et overvågningsskema. Det er derfor vigtigt, at det bruges med omhu. Den professionelle kan efterfølgende sammen med moderen, når hun kigger på sit udfyldte skema, spørge hende, om hun føler sig deprimeret eller ej. Spørge hende om hun synes, hendes scoring antyder, at hun har en depression. F.eks. kan sundhedsplejersken spørge sig selv, om hun synes moderen virker deprimeret eller ej, og hvis der er forskel mellem moderens vurdering og scoringen og sundhedsplejerskens vurdering, kan sundhedsplejersken så spørge sig selv, hvorfor hun tror, det er tilfældet. Samt spørge kvinden om hvad hendes forklaring kan være på ,at det er sådan?

Forslag til vejledning i brug af EPDS i en kommune.

Screening som standardprocedure i anden trimester i graviditeten, samt ca. to måneder efter barnets fødsel. Scoringsvejledning:

0 - 8 point: Sundhedsplejersken uddyber svarene med moderen.

8 -12 point: Sundhedsplejersken uddyber svarene og EPDS gentages efter 14 dage. Der tilbydes lyttebesøg eller anden indsats. Tilbyd lyttebesøg med 5-14 dages interval efter familiens behov. Gentag EPDS ved afslutning af forløbet. Overvej i samarbejde med familien, hvor mange besøg der tilbydes. Vær opmærksom på, om kontraktens kontekst for besøgene er i orden.

12 point og derover: Der henvises til tværfagligt samarbejde, f.eks. i distriktsteam: (evt. socialcenter/region, evt. sagsbehandler, evt. egen læge, terapeut, evt. psykolog, evt. privat praktiserende psykolog, privatpraktiserende terapeut med speciale i emnet.)

Sundhedsplejerskens besøg vil i disse tilfælde primært være samtaler vedr. mor/far/barn relationer. Specielt uddannede sundhedsplejersker kan tilbyde terapeutisk intervention(Et forslag til et brev til mødre om EPDS -spørgeskemaet kan ses i bilag 4).

EPDS -spørgeskemaet kan ses som bilag 5, og bilag 6 viser et forslag til analyse af resultaterne af EPDS i en kommune i en given periode. Brug af Gotlandskalaen som supplement specielt til mænd har stor effekt(Villumsen ,2012)(bilag12).

SAMTALEN SOM REDSKAB.

Samtalen som redskab beskrives i bogen flere gange fra flere vinkler. Men den professionelle skal hele tiden have fokus på og overvejelser om, hvad samtalen skal bruges til ,og hvad vi som professionelle gør for at hjælpe familien bedst.

Bateson (1985) siger: Terapi = udvikling af præmisser (leveregler)

Bateson beskriver, at Witgensten taler om sprogspil:

Taler vi i et helbredende sprog?

Taler vi i et anerkendende sprog?

Taler vi i et diagnosticerende sprog?

Taler vi i et patologisk sprog?

Det tror jeg, kan være særdeles vigtigt at gøre sig klart, inden samtalen indledes.

Det er også vigtigt som udgangspunkt, som forberedelse til en samtale at tænke:

Jeg er som professionel leder af samtalen. Det er mit ansvar, at vi overholder de regler og aftaler, vi har lavet.

Start samtalen på produktionsdomænet med:

- Kontekstafklaring
- Hvem er sammen med hvem hvor længe?
- Hvorfor?
- Hvad handler det om?
- Hvad skal der komme ud af det? En overskrift for samtalen. Evt. et arbejds punkt.

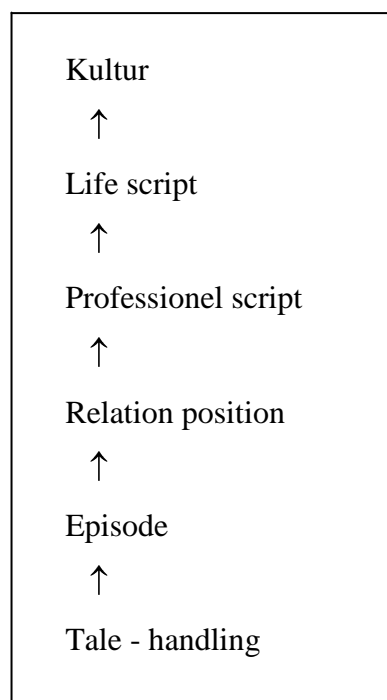
Spørg klienten, om vedkommende sammen med dig vil være nysgerrig på ,at se nye vinkler og muligheder på problemstillingen. At I sammen går på opdagelse (refleksionsdomænet). (Se også afsnit om spørgsmålstyper/niveauer).

Når nye vinkler og muligheder er undersøgt, slutter samtalen på produktionsdomænet igen med: Har vi nået det vi skulle? Er aftalen overholdt? Skal vi have en ny aftale? (Se også teoriafsnit om domæner).

Flere forslag til interventionsformer og spørgsmål der kan stilles:

Der kan stilles spørgsmål på mange niveauer, se Fig. 33.

Fig. 33



Spørgsmål kan stilles på mange niveauer (se også spørgsmålstyper).

Her følger nogle eksempler på en skabelon til en samtale.

Eksempel nr. 1:

Hvordan går det her hos os? Det er godt fordi? Hvad er det bedste, du har lagt mærke til, at jeg har hørt?

Så hvordan kunne du mærke, at du blev elsket hjemme?

På hvilke andre måder kunne dette give mening?

Tegn noget, der betyder noget nu for dig → tegn hvordan du gerne vil have det skal ende, eller være i fremtiden(Brug af Livscirklen © Familiecirklen © bilag 13, 14).

Eksempel nr.2

Hvad er du bedst til?

Hvad tror andre, du er god til?

Hvad er vigtigst for dig (livsmål, håb, drømme, leveregler, værdier, intentioner)?(bilag 22)

Hvad er det, du ønsker?

Hvorfor?

Hvad hvis du ikke får det?

Fortid?

Erfaring?

Hvad er du bange for?

Hvad du virkelig ønsker?

En anden måde at bruge den visuelle tilgang kunne være:

Eksempel nr. 3.

Tegn din fortid

Tegn din nutid (lige nu)

Tegn når du er fastlåst

Tegn din fremtid

Hvad skal der til for at nå den fremtid?

Hvad er dit tidligste billede eller drøm du kan huske?

Via en tegneserie med 6 billeder (fantasi)

Du kan give billederne overskrifter bagefter

Hvor er I lige nu i jeres liv (i de her billeder)?

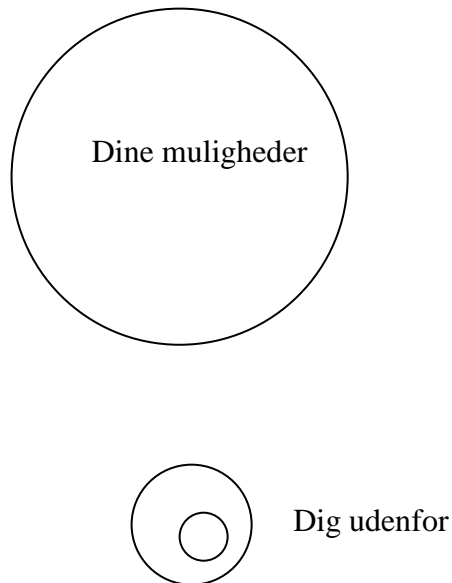
Sammen forholder vi os til:

Being Doing

(være) (gøre)

Cirklen symboliserer dig og din mulighed lige nu (Fig. 34).

Fig. 34



Marker hvor du er lige nu i dit liv. Marker, hvor du i øjeblikket placerer dine nærmeste i cirklen/eller uden for cirklen i forhold til dig. Markér alt det der betyder noget. Arbejdet, sport, læsning, gå ture o. s. v. (se den udvidede model, brug af Livscirklen©, bilag 13,14). Tal med klienten ud fra det hun tegner og stil nysgerrige og interesserede spørgsmål til det. Man skal have lov til at have sin egen stilart.

Supervision af de professionelle.

Her følger et udvidet forslag til "opskrift" til brug ved supervision. Den samme opskrift kan bruges i interview med familier med efterfødselsreaktioner.(Denne opskrift er tidligere i bogen omtalt i en kort form)

Eksempler på reflekterende spørgsmål fra interviewer/den professionelle.

1. Beskrivende niveau.

Hvad drejer det sig om, hvad er du optaget af?

Hvem, hvad, hvor?

Beskriv sagen, problemstillingen.

2. Forklarende niveau.

Hvordan forklarer du, hvad er din forståelse af, at det er blevet et problem?

Hvordan forstår eller forklarer, hver af de implicerede, det opståede problem?

Hvad er de forskellige forklaringer i systemet vedr. dette problem?

Hvem forstår hvad, og hvorfor gør de det?

3. Vurderende niveau.

Hvad synes du om ?

Hvad synes mor, far, skoleinspektør, lærer, kammerat om ?

Spørgsmål, som følger, stilles fra de forskellige niveauer (ikke i rækkefølge)

Er det en fordel/ulempe?

Hvad bekymrer dig mest?

Hvad er det, som er svært?

Hvad kan det hænge sammen med?

Hvorfor tror du, det hænger sammen på den måde?

Hvad sker der - når du gør sådan?

Det var dog interessant.

Jeg undrer mig. Jeg er nysgerrig på. Jeg vil gerne forstå.

Hvordan kan det være at:

Hvilken situation vil du gerne tale mere om?

Hvad er der sket i sagen?

Hvornår skete det?

Hvem var involveret?

Er der andre end dig, der er bekymret?

Hvem er mest bekymret?

Hvordan viser bekymringen sig?

Hvem er mindst bekymret?

Når du farer op over ikke at kunne få en klar melding, hvad gør din leder så?

Når hun gør sådan, hvad gør din chef så?

Hvad synes din leder er mest rigtigt i denne situation?

Hvad tror du klientens mand ville ønske, du ville sige eller gøre?

Brug af de refleksive spørgsmål.

Det har til hensigt at bringe superviseren/klienten i observatørposition til sig selv, vække til eftertanke, blive klogere på sig selv.

Hvad er nødvendigt for dig at gøre for at føle dig som en god sundhedsplejerske i denne situation? Hvorfor?

Hvad kunne du se dig selv gøre, som ville få dig til at føle dig som en elendig sundhedsplejerske? Hvorfor?

Hvad er din forklaring på, at din kollega gør, som hun gør?

Hvis miraklet skete og I ikke mere havde samarbejdsproblemer på afdeling i morgen, hvad ville jeg så se dig gøre anderledes i forhold til dine kolleger, som du ikke gør i dag?

Hvad ville jeg høre dig sige til hvem?

Hvor påvirket var du af sagen i går?

På en skala fra 1-10 - hvor påvirket er du af situationen lige nu?

Hvis denne vejledning viser sig at være gavnlig for dig – hvor på skalaen, tror du så, du er, når du er færdig.

Hvad er det så, de er blevet klogere på, eller mangler at blive klogere på?

Hvis jeg skulle være en elendig vejleder - hvilke råd skulle jeg så give dig for at sikre, at dette problem ikke ændrer sig?

Hvordan er de andres forventninger til dig?

Hvad er dine egne forventninger?

Er det en fordel eller en ulempe for dig - det du nu ved?

Hvilke personlige professionelle egenskaber tror du, at din leder værdsætter hos dig. Hvorfor netop disse?

Hvis hun var her nu, og jeg kunne spørge hende, hvad tror du så, hun ville pege på, at du med fordel kunne gøre mere eller mindre ud af i den kommende tid?

Hvad skal du bruge af dig selv?

Hvad skal du passe på at bruge af dig selv?

Refleksionsspørgsmål kan forenkles:

Jeg vil foreslå et "Peter Plys" spørgsmål:

Hvordan kan det være at---?

Det var dog interessant.

Jeg undrer mig over ?.

Jeg vil gerne forstå.

Spørg til praktiske erfaringer.

Hvad har været sværest?

Hvad har I gjort?

Med hvilken effekt?

Resumé af systemisk familierapi.

Systemisk familierapi tager udgangspunkt i, at familien opfattes som et system, der stræber efter at opnå indbyrdes balance mellem familiens medlemmer, en faglig eller tværfaglig personalegruppe gør det samme.

Intervention tilstræber at påvirke familiesystemet til ændring og derved gøre "symptomet" unødvendigt. (Det forudsætter normalt, at alle familiens medlemmer deltager).

Cirkulær tankegang - man undgår at en får skylden. Påvirkninger går begge veje.

Fokus flyttes fra det enkelte familiemedlem til den sammenhæng, hvor problemet er opstået.

Det vil sige familien er for tiden invaderet af en efterfødselsreaktion.

I systemisk familierapi føres der samtale om samtalen.

Ingen får skylden for problemet og terapeuten er neutral.

Man forsøger at gøre en forskel, der gør en forskel.

Kontekst er, at lytte til familien på en måde, som løfter familiemedlemmerne mentalt. Være ydmyg og have en nysgerrig holdning overfor klientens fremlagte problem.

Systemisk supervision/faglig vejledning bruges til at hente hjælp og opbakning til at komme videre med vanskelige eller fastlåste problemstillinger - lufte sine tvivl og sine dilemmaer fra arbejdet.

Man kan udvikle nye ideer, skabe nye muligheder for behandling, samtidig med, at man kan

udfordre gamle mønstre, ønsket om at lære og vilje til at undersøge, være nysgerrig i forhold til egne handlinger er vigtigt. Samtalen gør, at man kan tale om hele problemsættet - drøfte og fordybe sig uden at skulle handle samtidigt.

Give tid til feed - back og feed - forward.

Tænke i helheder og spiraltankegang. Et fænomen kan kun forstås ud fra den sammenhæng, det indgår i eller er en del af. Intet kan forstås isoleret fra sin kontekst. Fokus sættes på effekten af handlingen.

En supervisor etablerer en konstruktiv og givende dialog, der bringer den anden videre.

At der spørges om, hvad der virkede, hvad gjorde en forskel.

Supervisionen/den systemiske samtales aspekter bliver:

- at lytte til hinanden på en måde, der fremmer dialogen
- at afprøve alternative synspunkter og forklaringsmodeller
- at kunne acceptere og tolerere både/og i stedet for enten/eller positioner
- at kunne leve med og handle i livets mange paradokser.

Cirkulære spørgsmål i eksempler (Et cirkulært spørgsmål kan samtidig være refleksivt).

Når du farer op over ikke at kunne få en klar melding, hvad gør din mand så?

Når han gør sådan, hvad gør jeres søn så?

Hvad synes din mand er mest rigtigt i denne situation?

Hvad tror du, din veninde ville ønske/foreslå, du ville sige eller gøre?

At være professionel sammen.

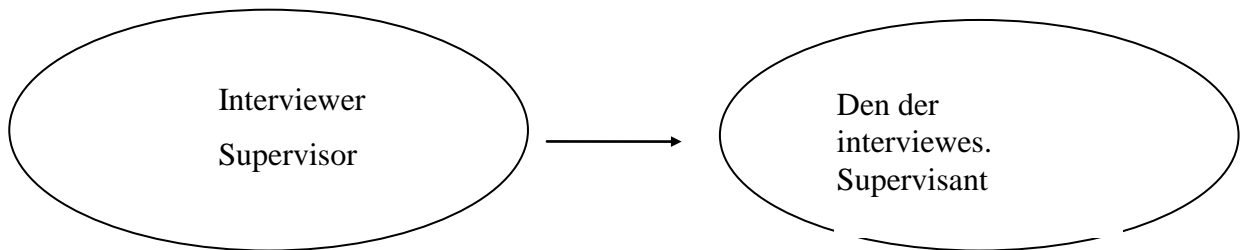
Hvad forventer du af mig?

Norske Tom Andersen var en af mine gode samarbejdspartnere: Han tilførte psykiatrien (og mange andre områder) en anden tilgang til behandling. Her følger en beskrivelse af mit forslag til supervisionsmodel inspireret af Tom Andersen - "Reflekterende processer"(1996).

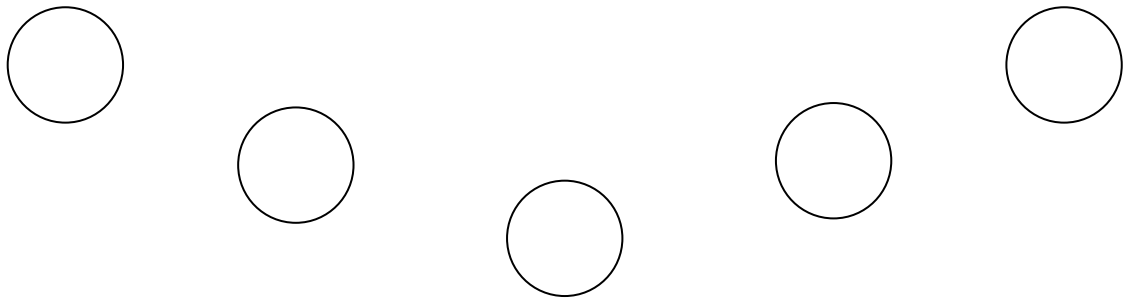
Kort beskrivelse af supervisions moduler (Fig. 35).

Fig. 35

En beskrivelse af supervision



Reflekerende team



Samme model kan bruges i samtalen som ved supervision.

Intervieweren stiller spørgsmål

- Aftaler, rammer, hvad er vi sammen om?
- Hvem kan tale med hvem, om hvad, hvornår?

Beskrivelse niveau.

- Hvad er historien om at komme her?
- Hvordan vil du gerne bruge dette møde?
- Hvad drejer det sig om, hvad er du optaget af?
- Hvem.....hvad.... - beskriv problemstillingen

Forklare niveau.

- Hvordan forklarer du, hvad er din forståelse af, at det er blevet et problem?
- Hvordan forklarer din samarbejdspartner problemet?
- Hvordan kan det være at.....? (Peter Plys)

Vurdere niveau.

- Hvad synes du om?
- Hvad synes dine kolleger om?
- Hvordan tror du din bedste kollega ville forholde sig til.....?
- Er det vi taler om meningsfuldt for dig?

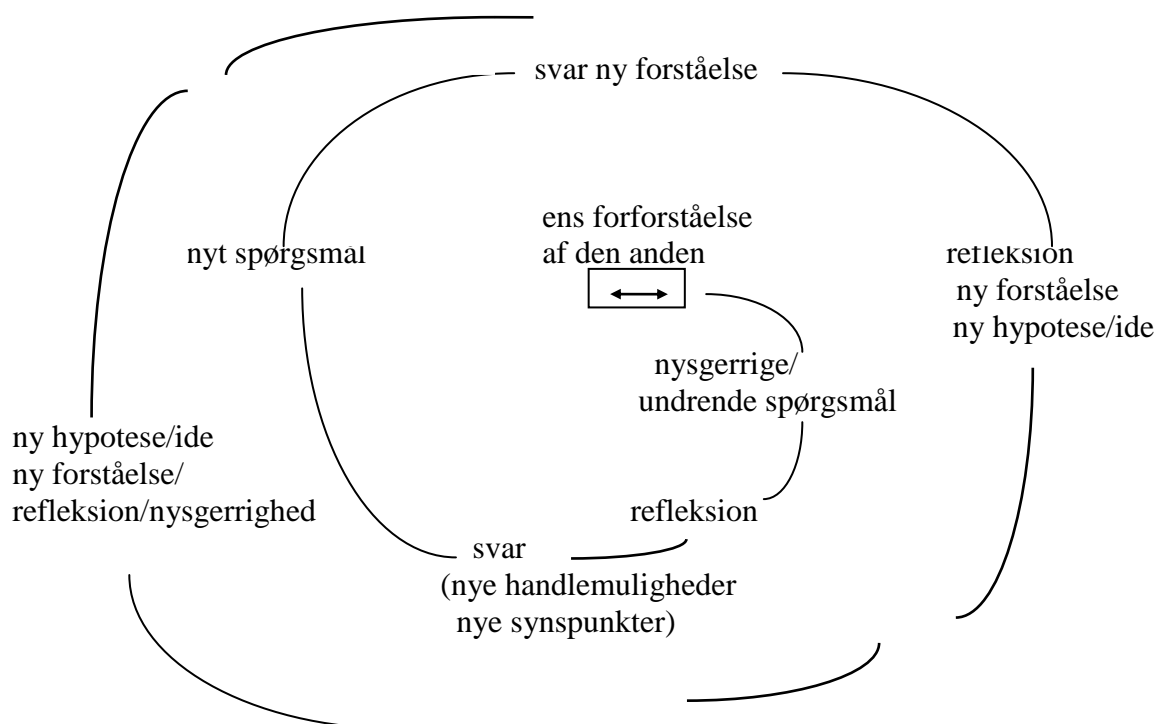
Spørgsmål, hvor der søges efter forskelle, der gør en forskel, er dem, der fokuserer på forandring.

Spørgsmål til mig selv som supervisor (intervieweren).

- Er det vi taler om og måden vi taler på tilpas forstyrrende?
- Nysgerrighed over, hvad den anden hørte og så i situationen ,som han/hun ikke selv lagde mærke til
- Hvad er det sagte, vil jeg koble mig på?
- Hvad ville der ske, hvis jeg stillede de spørgsmål, jeg ikke har stillet?
- Hvad ser ud til, at være vigtigt at tale om lige nu (af alle åbninger, retninger, der er).

Fig. 36

Hermeneutisk cirkel



Det, at forforståelsen influerer på forståelsen, og forståelsen virker tilbage på og nuancerer forforståelsen, kaldes den Hermeneutiske cirkel.

Virker som spiral tankegang.

Uddybning af Maturanas model :Vilkår for læring.

Maturana siger der skal tre ting til forandring / udvikling/ læring.

1.Kærlighed (det er sådan et stort skrummel ord på nordjysk, så jeg tillader mig at oversætte det til:) Anerkendelse, at blive set og hørt. At ville den anden noget. At være engageret. Interesseret. Skabe et helende rum. Respekten for den andens ret til at eksistere, som selvstændigt individ. At anerkende den anden.

2 Forstyrrelse(en tilpas forstyrrelse)

At stille usædvanlige spørgsmål. Undrende spørgsmål. Peter Plys spørgsmål

E At gøre en forskel, der gør en forskel.

3. Ensomhed (en tid alene)

At give den indre refleksion tid. At forstå før man handler. At have tid til den mentale si.

Her følger nu en :Skabelon til supervision(kan også bruges som skabelon til en samtale)

Faser i supervision:

1. Etablering af en gensidig kontrakt (foregår på produktionsdomænet)

Kontekst afklaring. Hvad skal der ske? Hvem deltager? I hvor lang tid?

Hvor? Hvornår?

Tidspræcision, hvem styrer det?

2. Problemformulering (superviseren inviteres på refleksionsdomænet)

Hvad drejer det sig om?

Hvad ønsker superviseren hjælp til?

Præcisere, afgrænse og prioritere.

3. Udforskningen

Hvad har superviseren gjort indtil nu?

Hvorfor har han/hun vanskeligheder netop nu?

Har han/hun søgt supervision/rådgivning andre steder. Med hvilken effekt?

Sagen udfoldes via systemiske, narrative spørgsmål (se tidligere beskrivelser)

Hvad ville superviseren gerne gøre anderledes?

Hvad er superviseren mest i tvivl om?

Har superviseren nogle ideer til hvad han/hun vil gøre?

4. Reflekterende team

Her skiftes position. Det reflekterende team udtaler sig. Superviseren sidder i fred (evt. med ryggen til), kan evt. skrive det ned, der siger superviseren noget.

Teamet: Anerkendelse af det, der er gået godt indtil nu. Opstille hypoteser, dilemmaer i sagen, som team medlemmerne ser det.

5. Refleksion

Der skiftes position igen.

Hvad har sagt supervisanten noget?

Nye synsvinkler, refleksioner, undren?

Supervisanten tager det hun kan bruge, uden at forsvare hvorfor og hvorfor ikke

Teamet kan evt. ”komme på” igen. Hvis det ønsker skiftes position (som beskrevet) tilbage igen

6. Reflekterende team

Råd, forslag til handling, hvis supervisanten ønsker det.

Der skiftes position igen.

7. Evaluering

Hvad kan supervisanten bruge?

Nye tanke, synsvinkler eller ideer til handling?

Er der på nuværende tidspunkt en læring for supervisanten?

8. Aftale om næste supervision eller opfølgning. (Supervisionen slutter på produktionsdomænet)

9. Evt. observerende team (træningsteam) kan observere processen

Således at vi ser på reflekterende processer, samtaler om samtaler om samtalerne.

Det etiske rum – regler for adfærd på refleksionsdomænet.

1. uenighed er velkommen – mange hypoteser
2. supervisanten skal tage det, der kan bruges og behøver ikke kommentere det, vedkommende ikke kan bruge
3. der kritiseres ikke
4. anerkende det, der er gjort godt
5. kun forslag til handling, hvis supervisanten ønsker det

Bed om det, du vil have.

Afsæt den aftalte tid (f.eks. 1. time pr. gang). (Tiden overholdes af alle - kom til tiden - gå til tiden). Det er supervisors ansvar, at supervisionen planlægges, så det kan nås inden for den planlagte tid.

Det reflekterende teams opgaver.

Gruppen lytter opmærksomt. De afbryder ikke. Intervieweren(supervisor) styrer samtalen, helt uafhængig af de andre teammedlemmer.

Først når intervieweren og supervisanten ønsker det, spørges teamet om deres refleksioner, dvs. der byttes positioner, og supervisor og supervisant lytter nu til, hvad resten af gruppens medlemmer taler om indbyrdes.

Her fremkommer tanker og overvejelser; man tænker højt.

Anerkendelse (ingen kritik, ingen dømmer, ingen konklusioner) - søge at forstå logik og kompleksitet (enhver gør sit bedste), at være sensitiv og respektfuld, komme med visioner, der ikke er nævnt.

Hvad er meningsfyldt i det ,vi ser, hører, lige nu?

Leg med hypoteser, der er mange, hvad kan jeg forestille mig, usædvanlige ideer, evt. positiv omformulering, forskellige løsningsforslag eller eksperimenter. Hvis hypoteser og ideer er for usædvanlige, virker de ikke tilpas forstyrrende. Hvis hypoteserne ligner det supervisanten kender, er forstyrrelsen for lille, så sker der heller ingen forandring.

Hvilke dilemmaer og modsætningsforhold kan eventuelt ses i historien, hvilke ideer giver det, de andre siger, mig?

Hvilke ressourcer og muligheder ses der?

Hvad af det sagte vil jeg koble mig på og prøve at reflektere videre over?

Se på mangfoldigheden af synsvinkler, måske formuleret som 'Peter Plys' spørgsmål: Gad vide hvis...? jeg er nysgerrig på...? jeg undrer mig...?, måske kunne det også se således ud...?

Herefter skiftes igen position, når interviewereren og supervisanten synes, de har hørt nok. Det giver mulighed for, at se problemet ude fra et metaperspektiv.

Supervisanten kan nu komme med overvejelser og ideer på baggrund af teamets refleksioner, (ud fra hvad der er brugbart og nyttigt for supervisanten). Det der måske er den forskel, der er tilpas forstyrrende, til at gøre en forskel. Et skift mellem indre og ydre samtaler, der hele tiden flytter sig. Det er også vigtigt, at supervisanten føler sig set, hørt og forstået.

Hvad var overskriften for samtalen? Hvad var det supervisanten gerne ville blive klogere på?

Teamet holder øje med arbejds punktet - hvad blev vi bedt om at gøre?

Måske opnår man en synliggørelse af egne tanker og ideer, som man måske ikke vidste, man havde.

Når supervisionen er slut, ophører al samtale om det indholdsmæssige.

Forslag til spørgsmål som supervisor kan stille supervisanten:

- Hvad er nødvendigt for jer at gøre nu for at komme videre?
- Hvad er du blevet klogere på?
- Hvad mangler du at blive klogere på?
- Hvad kunne ha' gjort en forskel?
- Hvad synes I om det, hinanden gør?
- Hvorfor gør han/hun det, tror du?
- Var der noget af det, der hjalp?
- Du siger I bøvler, hvordan kan det være, at I bøvler sådan med det?
- Hvordan forklarer du, at det er et problem for din samarbejdspartner?
- Når du gjorde sådan, hvad gjorde din samarbejdspartner så?
- Hvad er din forklaring på, at hun gjorde, som hun gjorde?
- Hvad kunne have været gjort anderledes?
- Hvad så du?
- Hvad oplevede du?
- Hvad lagde du mærke til?
- Hvad er der sket?
- Hvornår?
- Hvem er involveret?

- Hvem er bekymret?
- Hvordan viser bekymringen sig?
- Hvilken af dine samarbejdspartnere, bliver du gladest for at se?
- Når du farer op - hvad gør din samarbejdspartner så?

Det reflekterende team (reflekterende position).

Refleksion er: at bøje - kaste tilbage - at overveje - grunde over - tage i betragtning.

Anvendelsen af reflekterende team er inspireret af Tom Andersens bog: *Reflekterende processer. Samtale og samtaler om samtalerne.* (1996) Intervieweren styrer samtaler helt uafhængig af de andre teammedlemmer. Det betyder, at det reflekterende team aldrig afbryder for at komme med forslag til spørgsmål eller ”gode råd” undervejs. Først når intervieweren og supervisanten ønsker det, spørges teamet om deres refleksioner.

Min kloge gamle mormor, (var en af datidens gode ”psykologer”, hun havde bare ikke papir på det), sagde altid ” Hvis folk da bare kunne nøjes med at give ”råd”, så skulle jeg nok selv bestemme, om rådene var ” gode”).

Refleksioner omfatter to niveauer.

Først indtrykkene, og så det tænkte på grundlag af indtrykkene. Derefter giver man som reflekterende sine ideer om de sammenhænge, det bevægelige billede, der har dannet sig af det omtalte. Der må ikke være diskussion om, hvad der er rigtigt og forkert, men derimod en anerkendelse af problemet. Reglen om at være sensitiv og respektfuld gælder såvel for det reflekterende team, som for supervisor.

Ved brug af det reflekterende team gives der den, der får supervision, mulighed for via andre øjne at se problemet - det omtalte - ude fra i et metaperspektiv. Det er en hjælp både til supervisor og den, der modtager supervision. Det giver mulighed for, at opdage den forskel, som måske kan medvirke til at skabe forandringer. (Den forstyrrelse (der er tilpas) ,til at gøre en forskel.

Man kan også udtrykke det på den måde, at den, der modtager supervision, kommer i en observationsposition til sig selv, da supervisanten ofte opnår en synliggørelse af egne tanker og ideer. Ideer og tanker, der er ens egne, men som man ikke helt har været klar over, at man havde. Vær påpasselig med i refleksionerne ikke at inddrage stof, som ikke har relation til det

sagte. Ej heller noget som du fornemmer, den der får supervision ikke selv ønsker skal frem. Hvad er det for en åbning, som lige nu virker mest vigtigt at gå videre med?

Refleksionerne må gerne tage form af en dialog. Kom med kommentar til hinanden og spørg hinanden, om de andre har tænkt noget uddybende eller noget andet. Når man starter med at arbejde med reflekterende team, kan samtalen i teamet ofte tage form af lange enetaler, men efterhånden får man større øvelse i, at kunne koble sig på hinandens ideer, stille nye spørgsmål til de spørgsmål, som allerede er stillet, konstruere metaforer og historier, og samtalen i det reflekterende team kan således udvikle sig til samtaler fulde af overvejelser. Det de andre siger, giver mig ideen om...

Hvert enkeltmedlem af det reflekterende team er konstant opmærksomt på, at der findes mange versioner af de spørgsmål, som er blevet diskuteret. Og at hvert medlem har sin version, som er anderledes end de andres. Spørgsmålene i det reflekterende team er personlige og i vid forstand usikre. Start eventuelt med at gøre en sætning personlig, ved at sige "jeg" og understreg usikkerheden med "måske", "jeg er ikke sikker på", eller "jeg får den ide, at man kan forestille sig" osv.

Vær opmærksom på eventuelle dilemmaer, som du hører i det fremlagte, men formuler også her "jeg kunne se et dilemma" sådan, at det klart fremstår som ens egen måde at anskue dilemmaet på.

På samme måde er det vigtigt, at være opmærksom på, når man hører meninger og synspunkter. Der kan der formuleres: F.eks. "Jeg kan se både dette og dette", eller en anden i det reflekterende team kan få en oplevelse, af et helt andet billede og f.eks. supplere med, "at for mig kan det både se sådan ud..." eller "ud over, hvad du har bemærket, så bed jeg mærke i...", eller "jeg hørte nogle overbevisende forklaringer, og måske kan følgende forklaring føjes til de tidligere...".

Overvej grundigt, hvad du synes, er den vigtigste ide, du hører, og som efterlader et indtryk hos dig. Måske hører du et team, og hvilke tanker får du om dette team?

Hypoteser kan lige som spørgsmål være så provokerende, at de ikke virker som værdifulde forstyrrelser.

Medlemmerne i det reflekterende team har ansvar for hinanden. Hjælp hinanden med at udforske forskellige ideer. Det er vigtigt at koble sig på hinandens ideer, før man eventuelt kommer med nye. Det er også vigtigt, at alle mærker, de bliver hørt, og at det materiale, man lægger frem, på en eller anden måde er brugbart for de andre, måske netop på den måde, at det opstår som en både/og fremstilling.

Den norske afdøde psykiater Tom Andersen lagde i sin bog (1996) vægt på, at de reflekterende processer i hovedsagen er et skift mellem menneskets indre og ydre samtaler. Når den, der modtager supervision, fremlægger sit materiale via netop en ydre samtale, modtager de reflekterende nogle indtryk, der i første omgang bliver til indre samtaler, hvorefter der i processen hvor der lukkes op for det reflekterende team, igen sker et skift mellem indre og ydre samtale. Idet vi følger en supervision, er det også vigtigt at bemærke, at der i hele processen hos den superviserede sker et skift til stadighed mellem de indre og de ydre samtaler. Det er tydeligt, at den superviserede er placeret i "forskellige rum", og at skiftet imellem den indre og den ydre samtale hele tiden flytter sig. På denne måde omfatter samtalen også noget, som kan ses ud over det sagte.

Det kan være givende at få en større opmærksomhed på egne indre samtaler. Vi kender alle til, når vi går hjem fra arbejde, eller pludselig når vi står i et praktisk gøremål i hjemmet, at der samtidig foregår en samtale med en selv eller andre inden i os. Der er oplevelser fra dagen, som er uafsluttede, og som via en indre samtale har en mulighed for at blive bearbejdet.

Tom Andersen nævner tre slags indre samtaler. Den ene er den, som vi har i drømme, hvor vi oplever voldsomt skiftende scener, og hvor næsten alt kan foregå på en gang. Den anden er den, der her er omtalt, hvor vi dels taler med os selv, men også ofte fører lange samtaler med andre. Den tredje er den, som vi automatisk fører med os selv, når vi er i gang i en skriveproces. Når vi skriver, fører vi samtidig lange samtaler med os selv, men denne proces tvinger os også til at skabe sammenhænge og stramme stoffet. Ofte kan skriveprocessen

hjælpe os til at få afleveret vore indre samtaler på en måde, så de ikke til stadighed virker forstyrrende for os.

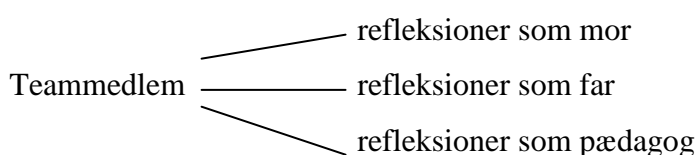
Når den superviserede efterfølgende bliver opfordret til at kommentere brugbarheden af det reflekterende team, lægges der ofte vægt på åbenheden - den tryghed, det netop giver, at der bliver tænkt højt, hvilket betyder, at man helt undgår fantasier på, hvad de andre mon tænker, når de fortæller deres historie. Det at mærke respekt, omsorg og accept på ens beskrivelser giver måske i sig selv mod på at tænke og dermed handle anderledes. At føle sig set, hørt og forstået.

Stikord til hjælp for det reflekterende team:

- ingen kritik - anerkend problemet
- komme med versioner, der er forskellige fra det fremstillede
- find evt. mønstre i fremstillingen
- find dilemmaer - er der tab ved ændring?
- brug evt. positiv omformulering
- ingen diskussion om rigtigt og forkert
- du kan evt. starte dine sætninger på denne måde:
 - det, du siger, får mig til at tænke på, at...
 - jeg undrer mig over, at.....
 - gad vide, hvad/om....
 - jeg bliver nysgerrig på....
 - hvad mon der ville ske, hvis....
- Hvis supervisanten konkret har bedt om hjælp til dette, er det vigtigt at reflektere over det, og komme med sin mening, hjælp, råd m.m. om netop dette (Villumsen,2000).

Teammedlemmerne kan også hver især prøve at sætte sig i en af de involveredes sted og udtale sig fra disse forskellige positioner. Her vist skematisk.

1. refleksioner (gruppen)



osv.

Vi giver på denne måde alle involverede i sagen en stemme.

Det er også vigtigt at have plads til refleksioner over processen.

Hvem reflekterer man for og for hvad?

Det er værd at reflektere (være neutral) over for noget, man er kritisk over for. Kritik smitter. Det kan give mening, at høre de forskellige holdninger. Det kan blive lysende klart, hvor forskelligt de forskellige perspektiver ser ting på.

Vi kan kun forstå, det vi forstår. Maturana siger, at alle perspektiver har lige stor gyldighed.

Giv udtryk for:

Hvordan kan den/det bruges videre. Prøv at modtage det, der bliver sagt, uden at det forstås som kritik.

Regler for reflekterende team.

Start med noget anerkendende, for det klienten allerede har gjort.

Fra ros til anerkendelse. I stedet for at sige, ”det er godt, flot, fint”, kan det formuleres på følgende måde:

→Jeg blev optaget af, hvordan hver især prøver at bidrage med hver sin måde til fællesskabet.

→Jeg blev optaget af, at Jonna gør....

→Jeg hører hvordan....

→Jeg ser hvordan.... (karakter) er feed - back og ikke anerkendelse.

Eksempel: Ros: ”Jonna siger fra, hun er stærk.”

Anerkendelse: ”Så når Jonna gør sådan, er det måske et udtryk for ,at hun er en stærkere kvinde, end hun selv tror?”

Ros:” Jonna kæmper flot.”

Anerkendelse: ”Måske Jonna kæmper meget mere for sin sag, end hun måske selv tror? ”

Jonna: ”Forbandelse er for stærkt et ord” .

Interviewer: ”Så hvilket udtryk ville du bruge?”

Det skal være anerkendelse og ikke forskellige bedømmelser af klienten. Brug af metaforer inviterer til et andet sprog, og derfor også til en anden måde, at tale om tingene på.

Så når Jonna siger: "citat" ...
så kunne min hypotese være ...
eller måske betyder det at...

Anerkendelse (hun bliver set og hørt)

Jeg kan se...
Jeg kan høre...
Jeg noterer...
Jeg bliver optaget af...
Jeg genkender...

Nogen har haft øje for "min" (klientens) indsats.

Men det kan være svært at undgå råd/handle anvisninger.

Når et råd trænger sig på, så tænk over, hvad er det for en hypotese, der ligger bag ved, siden jeg har lyst til at sende dette råd.

Eks: "Andre kunne måske hjælpe Jonna."

Hypotese bag rådet: "Måske er det ikke gået op for Jonna, at der er..."

"Måske har det været sådan, at Jonna har været vant til at klare sig selv - så det kan være svært overhovedet, at andre kan hjælpe - selv om, der måske står nogen der gerne vil."

Hvad er det for en hypotese der ligger bag? - at man gerne vil stille spørgsmål til f.eks. genogram (familiekort)(se artikler om brug af narrative kort, familiekort på

www.livviadialog.dk, samt bilag 22,23,26,27).

Der kan være andre leveregler, værdier(brug af Livscirkel© Familiecirkel© Bilag 13-14).

Bag et hvert spørgsmål, gemmer der sig en hypotese/ide.

Vi kan som professionelle også tænke over: Hvilke grunde der er til, at der er nogle spørgsmål vi ikke stiller?

Teamarbejde indbyrdes.

En i teamet siger: ”Jeg får lyst til at få svar på...”

En anden i teamet kan spørge...: ”Så hvad er det for en idé, der ligger bag det spørgsmål?”

”Det ved jeg ikke rigtig, men mit spørgsmål trænger sig på.”

De andre i teamet siger: ” OK - er der nogle af I andre, der vil gætte på hvilken idé der kunne ligge bag spørgsmålet. ”

Tænk over som interviewer → Når jeg har en hypotese → hvordan kan jeg så omdanne det til et spørgsmål i stedet .

Tænk over som team → Når jeg får lyst til at stille et spørgsmål - hvilken hypotese ligger så bag?

Teamet skal ind i samtalen, når intervieweren har haft tid til at spørge grundigt ind til problemstillingen?

Hvis der ikke har været stillet cirkulære spørgsmål - er der ofte ingenting for teamet at arbejde med.

Intervieweren spør bagefter klienten/supervisor:

Hvad for nogle idéer fik du undervejs - hvorfor fik det dig til at tænke---?

Hvis vi skulle begynde samtalen nu - hvad ville overskriften så være? Stilles i slutningen af interviewet. Lade klient og interviewer holde 5 min. pause. ”Så hvilke tanker har du gjort dig i pausen?” Intervieweren kan sige: ”Jeg har også gjort mig nogle tanker, har du lyst til at høre dem? ”

lyst til at høre dem? ”

Kører intervieweren fast, så hold en pause.

Reflekterende team i klientarbejde:

Man kan også med stort held arbejde med reflekterende team i klientarbejde, også selv om man kun er to professionelle i et team.

Interview regler:

- Opgaven er at stille spørgsmål, så din makker bliver lidt klogere, får klargjort sine tanker og selv udvikler nogle nye vinkler, ideer og overvejelser, dvs. kommer videre i sine egne overvejelser.
- Indtag en neutral og nysgerrig rolle, der vil sige en aktiv, lyttende, udfordrende og konstruktiv holdning.
- Du må udelukkende stille spørgsmål.
- Hold dine meninger, synspunkter, kæpheste, gode råd og konklusioner tilbage.
- Prøv ikke at få den anden et bestemt sted hen.
- Undgå specielt negativt ladede ord og vendinger.
- Stil nye spørgsmål med udgangspunkt i de svar, du får.
- Vær nysgerrig og ”dum”! Det vil sige, at du ikke skal tro, at du ved, hvad der menes/hvordan der tænkes. Tag intet for givet, men udfordre ”objektiviteten” i det sagte gennem spørgsmål.
- Give tid til at spørgsmålene kan overvejes.
- Refleksionsformer der understreger, at det ikke er ekspert råd, men en tanke – fra anden side, der måske kan bruges. Klienten er eksperten på sit liv. Familien er ekspert på deres liv. Eksempel:

”Lære at leve med det og få det bedste ud af det! Hvor meget magt har du over dit eget liv, og hvor meget magt har depressionen ranet til sig? Hvad kunne de positive relationer være i forhold til angst?”

At blande metoder.

Ved supervision i en større personalegruppe, kan man med fordel mikse brug af reflekterende team og Outsider Witness Group.

Find ud af, hvad er mest relevant for superviseren.

Outsider Witness Group (OW) (Udenforstående bevidner gruppe) Michael White.

Instruktion til OW:

- 1) I skal undervejs have fokus på, hvilke tiltag og forståelsesmåder den interviewede allerede har foretaget i retning af at bringe sig videre. (anerkendelse). Samt hvad I tror, er vigtigt for den anden. Hvad står frem i det I har hørt.
- 2) Hvad tror I er vigtigt for den anden?
- 3) I skal undervejs desuden have fokus på, hvilke af jeres personlige eller professionelle historier eller begivenheder, der bliver aktiveret ved at høre den interviewedes beretning.
- 4) Samt hvilke ting I er kommet til at tænke på er vigtigt fremover for jer, at have øje for, efter at i nu har hørt den interviewedes historie. (personlige involvering)

Retningslinier til interviewereren:

Start med at høre, hvad de kan anerkende, at den interviewede allerede har øje for eller har fortaget sig.

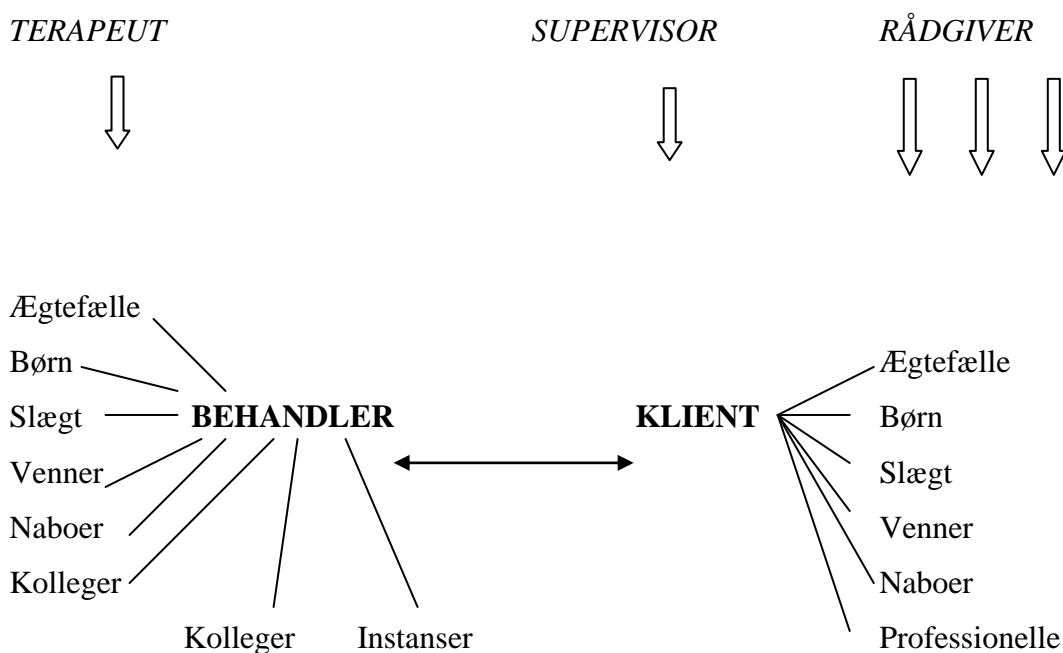
Interview dem individuelt om:

1. Hvilke historie eller begivenhed fra dit liv, blev aktiveret ved at høre den interviewedes beretning?
2. Hvad gjorde du for at komme videre?
3. Hvad var det den interviewede sagde, der aktiverede din historie?
4. Hvad har du lært af den interviewede i forhold til din egen historie?

Terapi – supervision – råd og vejledning.

Supervision er en faglig og personlig læreproces, der støtter supervisantens overblik og kontekstafklaring i forhold til: institutionen – sagens aspekter – involverede personer – relationer – ideer om ”udfordringen” – kompetencer – ansvarsfordeling – handlemuligheder til forskel fra terapi, råd eller vejledning(Fig. 37)

Fig. 37



Forudsætninger for at samarbejde/udvikling lykkes og at læring kan finde sted .

De samme forudsætninger gælder her som ved intervention, nemlig.

- Respekt (at blive set, hørt og forstået, og ikke diskvalificeret)
- En tilpas forstyrrelse (gennem spørgsmål, gennem at høre andres synsvinkler)
- En tid alene (tænke sig om, afprøve nyt)(Maturana)

Om at lytte til den anden mere end til sig selv.

- For at forstå en anden mand, må man gå i hans mokkasiner i 10 dage (Indiansk ordsprog)
- Man kan ikke lytte, når man har munden fuld af egne ord
- Koncentration på den andens opfattelse af situationen, dvs.:

- Hvad er det, der optager den anden?
- Hvad der bekymrer den anden?
- Hvad den anden evt. føler ved at være i den her situation?

- Hvad der ikke er godt at gøre:
 - Moralsk forargelse.
 - Bagatellisering.
 - Fortælle en masse om sine egne tilsvarende erfaringer.
 - Enighed eller uenighed.
 - Belærende.
 - For mange og for hurtige gode råd og løsningsforslag.

- Hvad der er godt at gøre:
 - Høre ordentligt efter.
 - Vise, at du forstår den andens trængsler eller tvivl.
 - Repetere ind i mellem, hvad du har hørt, at den anden tænker og føler om sin situation.

Supervision er for mig:

Vi får det, vi beder om.

Vær opmærksom på hvilke signaler, vi sender.

Vi får ”fyldt koppen op” igen på arbejde.

Vores egne familier kan blive trætt af at fylde det op – de andre (arbejdet) har brugt.

Hvis personalegruppen er stor, kan den også deles i reflekterende team og metodeteam.

Det reflekterende teams opgaver: (Se også tidligere afsnit).

- Anerkendelse af alles indsats, hvordan alle bidrager til systemer løsning, alle gør deres bedste ud fra egne præmisser (leveregler - værdier - ideer som man er loyal over for).
- Hypoteser
- Alternative historier?
- Metaforer (billeder på det der foregår)
- (÷kritik, ÷gode råd, ÷spørgsmål).

I en personalegruppe kan det være en fordel også i supervisionssager, at have et metodeteam. Det giver supervisoren lejlighed til at få noget feed - back på processen.

Metodeteams opgaver.

Hvad gør supervisor - og effekt af det?

Opskriften til metodeteam kunne være:

- Skriv spørgsmål ned, der bliver stillet, særligt dem med effekt (verbalt + nonverbalt).
- Opstart (kontekst afklaring). Hvordan gik det?
- Tid - rettigheder – instruks. Hvordan gik det?
- (Fælles ramme).
- Opstartsspørgsmål.
- Hypoteser (hvilke hypoteser har interviewer, tror du, siden han stiller de spørgsmål)?
- Cirkularitet.
- Udfolde og udforskning af “problemets” system.
- Neutralitet.
- Faser i interview.
- Pauser.
- Måden at bruge det reflekterende team.
- Måden at bruge det, som er kommet frem, og som supervisanten ønsker at gå videre med.
- Afslutning.
- Ser det ud til, at supervisanten har følt sig godt behandlet?

Forslag til øvelse i personalegruppen:

Tænk på en familie/en person, som du har haft kontakt med i dit arbejde, som har påvirket dig personligt, krævet mest af dig.

Hvad ved denne sag gjorde den specielt krævende?

Hvilke elementer i sagen gjorde den krævende?

Hvorfor var det netop disse elementer, der gjorde sagen krævende for dig?

Hvordan påvirkede kontakten dig personligt?

Hvorfor blev du påvirket personligt, hvad var det ved sagen, som gjorde den krævende for dig?

Hentede du støtte, supervision eller rådgivning hos andre?

- i givet fald hos hvem?
- hvilken effekt havde det?

Hvis du ikke hentede støtte, hvad er så din forklaring på, at du ikke gjorde det?

Hvilken effekt tror du, det ville have haft på din behandling af sagen, hvis du havde fået supervision?

Hvad synes du, du lærte om dig selv som professionel og person gennem denne oplevelse?

Hvilke forventninger har du til samarbejde og supervision i relation til din arbejdsplads i fremtiden?

En supervision kan se således ud:

Spørgsmål

Vurderende følelser

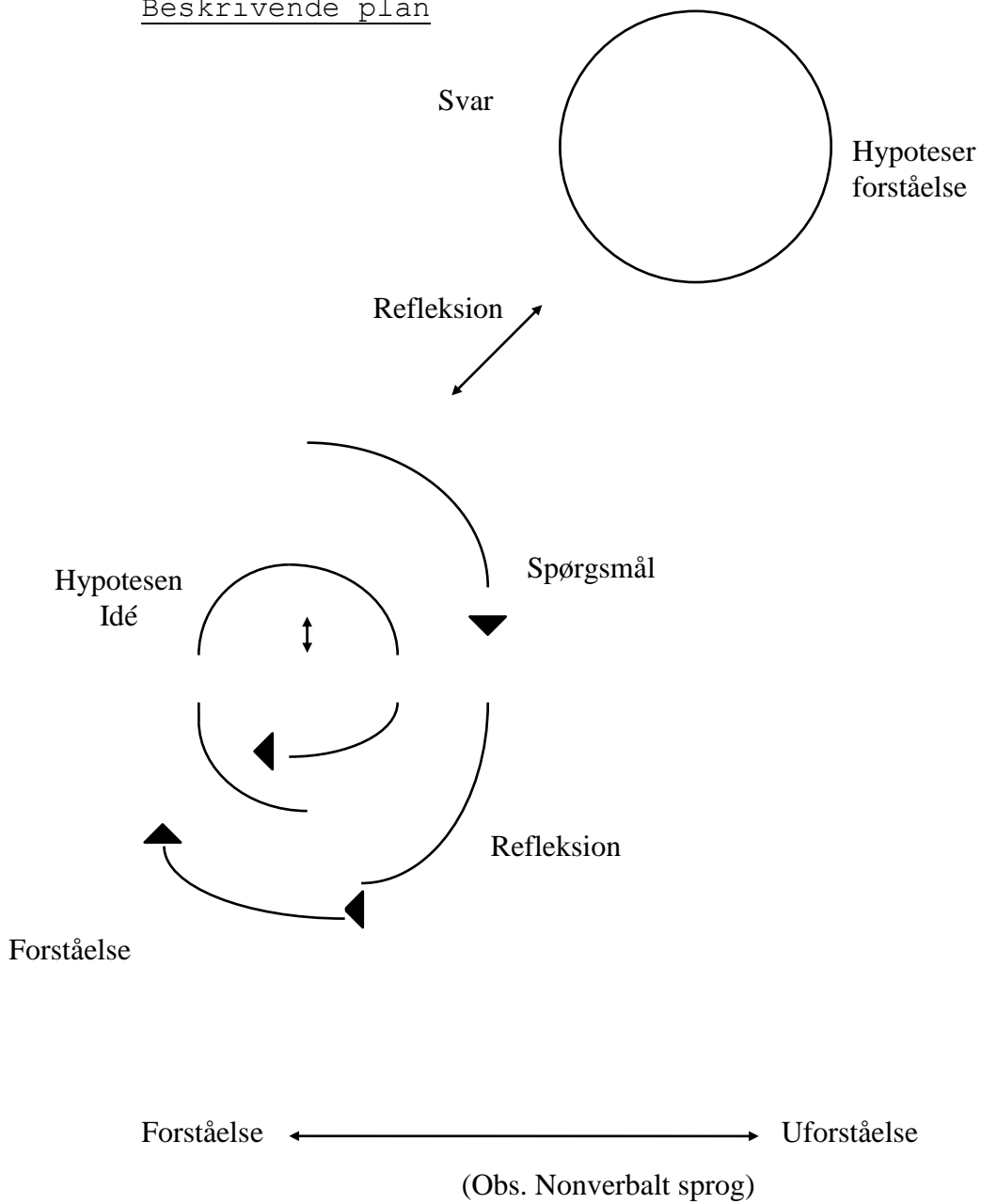
(hvad synes du om det?)

Sammenhæng

(hvordan forklarer du, det er sådan?)

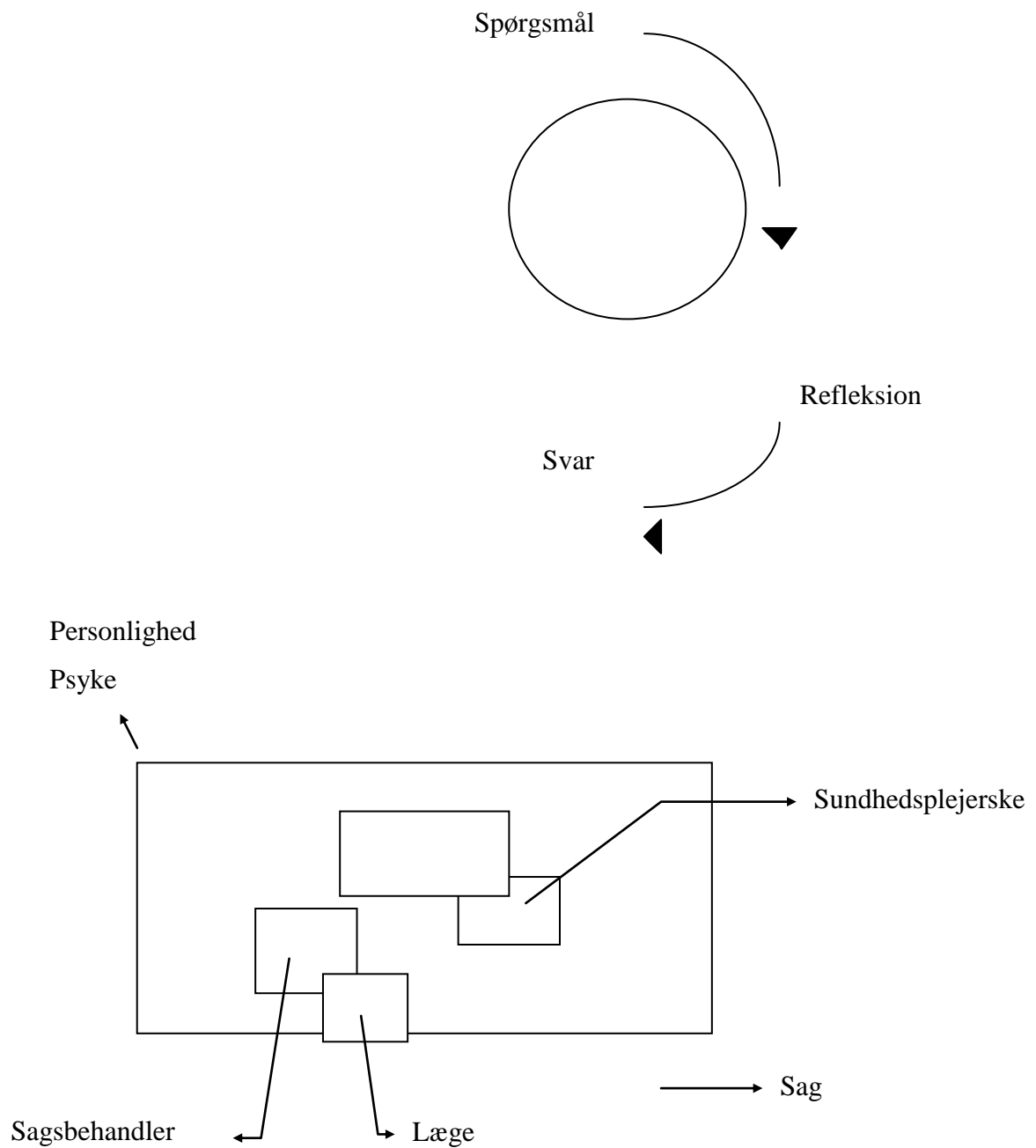
Fig. 38

Beskrivende plan



Vi har som professionelle kun små hjørner i en sag, som vi ser ens på/oplever ens. Se figur 39.

Fig. 39
Supervision



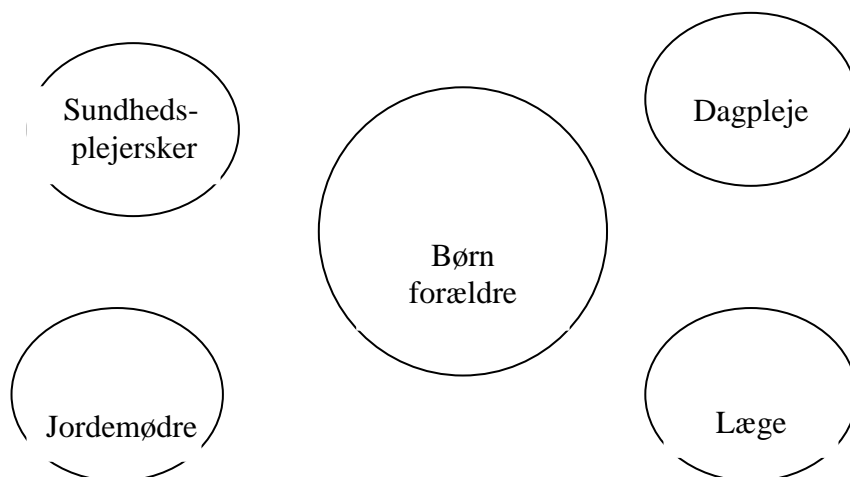
Hvis uenighed er velkommen, så bliver vi klogere. Vi ser mere og noget nyt.

Problemer skaber systemer omkring sig.

Det problemskabte system.

Historien om ideen om problemet (Fig. 40).

Fig. 40



Alle er optaget af deres egne syn på problemstillingen - så man hører måske ikke, hvad de andre siger (slet ikke forældrene), så man burde sige at:

“Tro aldrig på”, hvad der står i journaler - det er kun et udtryk for, hvad andre har set, og ikke hvordan forældrene opfatter det.

Prøv at skille person fra adfærd.

Stille spørgsmål med udgangspunkt i interesse for at finde familiens forståelse af efterfødselsreaktionen.

Anerkendelse af, hvad familierne har gjort godt.

Alle gør som udgangspunkt sit bedste, ud fra de forudsætninger og præmisser de har.

Prøv at arbejde med at observere mødesprog, der er problemfikseret og

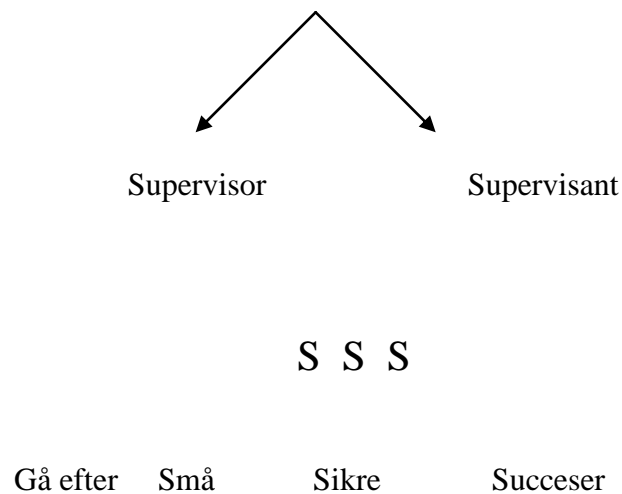
prøv i stedet at arbejde med et sprog, der er problemopløsende.

Vi spørger ikke for at løse problemer, men for at opløse dem.

Supervision ansvar/kontrol
professionel omsorg/kontrol

Husk at opstille regler for at opretholde den etiske ramme for supervision (Fig. 41)

Fig. 41



Se også afsnittet om organisering af arbejdet.

Andre overvejelser i forbindelse med supervision.

Kontekstafklaring ved supervision.

Etablering: Kontekst - tid, sted, deltagelse, kompetence

Problemformulering: - Hvad vil supervisanten arbejde med?

Udforskning: - Hvad er gjort? Hvorfor nu?

Evaluering indeholder:

- Hvad er der gjort
- Proces i forløbet
- Hvordan ser fremtiden ud

- Hvilken læring har der været.

Spørgsmålenes betydning og fordele i en supervision:

1. Fremkalder argumenter, holdninger og synspunkter hos supervisanten!
2. Samtalen bliver centreret om supervisanten.
3. Påvirker supervisanten til at blive engageret i supervisionen.
4. Vækker en social betinget forventning om et svar.
5. Inddrager supervisanten i en aktiv dialog.
6. Inddrager supervisanten til at være ”aktivtænkende” i forhold til ”problemet” (skaber selvstændighed).
7. Åbner op for nye muligheder for alternative historier!
8. Kan skabe ”tilpas” forstyrrelse i den vante tænkning!

Grundlæggende spørgsmål

Hvem gjorde hvad?

Hvor?

Hvornår?

Hvorfor?

Hvad?

Overvejelser i forhold til etik og moral i forhold til den professionelle supervision.

1. Kontekst afklaring med supervisanten!
2. Viden (ikke vidende position).
3. Gør sig klart, hvordan magtforholdet ser ud/asymmetrisk forhold!
4. Spørgsmål (valget), hvilke slags spørgsmål stilles.
5. Emner (det vi bringer frem i samtalen) minus terapi.
6. Dialog (frem for monologer).
7. Minus ideer.
8. Minus selvmodsigelser.
9. Ikke søge efter problemer, m.m., men efter ressourcer hos supervisanten.
10. Lære supervisantens sproglige kultur at kende!
10. Ønske om at forstå sammenhængen mellem supervisantens verden og de ting som

påvirker den!

12. Tillad at supervisanten reagerer.
13. Vær direkte og konkret, når du stiller spørgsmål.
14. Tro på at supervisanten kan klare at leve sit liv og selv tage ansvar herfor!
15. Tavshedspligt!

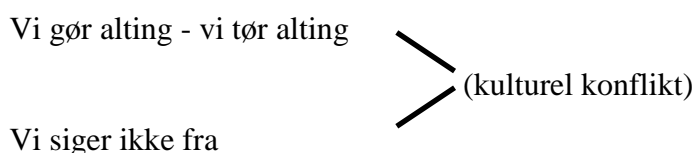
Overvejelser når vi ønsker at hjælpe familierne:

I dag skal alt gå stærkt, der er nye normer.

Sorg må heller ikke rigtigt tage tid, alt skal gå hurtigt. Eller også forventer vi ,at vi kan tage en pille, så det går over. Følelser tager tid - lige så lang tid, som de altid har gjort. Følelser er tid og ikke styring. Når en kvinde får veer, er det måske første gang, hun ikke kan styre tingene. Alt det, der er uden for vores kontrol, er angst provokerende. Det hænger sammen med ens egen familie - egen mor - indre opslagsbog skiftes ud med egne følelser. Derfor kan et problematisk forhold til sin egen mor være en udløsende faktor for en efterfødselsreaktion. Til sidst kan man måske ikke "høre", hvad man selv føler.

Den, der ikke kan klare det, har tabt, for hvis det står i bogen vi lige har læst, at vi kan klare at føde og komme hjem med det samme - så tror vi, det skal være sådan (Fig. 42).

Fig. 42



Derfor er det vigtigt i familien at drøfte:

Hvad er det, vi udsætter os selv for. Hvad synes vi om det?

Hvis det kommende forældrepar får mulighed for at drøfte forventninger/krav fra samfundet, familien og dem selv, er det med til at styrke dem i at tage stilling til, hvad de vil, hvad de ønsker, hvad de mangler, at gøre noget ved, inden der opstår evt. problemer (Villumsen, 2004,2013) Bilag 13,14)

Det er jo kun en lille, men vigtig del af forberedelsen. Se i øvrigt afsnittet om forslag til familieforbereelse.

I min praksis har jeg arbejdet med personalegrupper, forberedt dem (f.eks. også gennem diskussionen om tid) og planlagt undervisningen på familieforbereðelseskurset, så denne slags overvejelser kan diskuteres netop på disse kurser.

Fremtid.

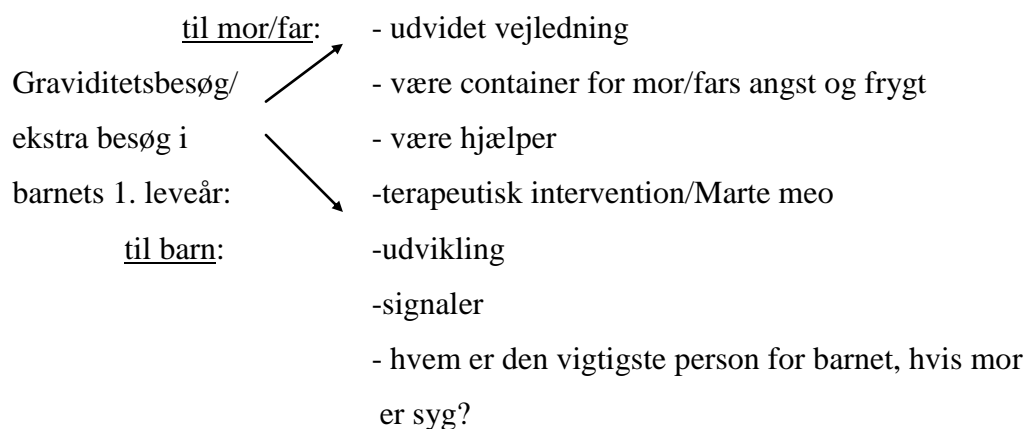
Sundhedsstyrelsen har barslet med flere nye retningslinjer for svangerprofylaksen gennem årene. Den nyeste bygger ikke så meget på fejlfindermetoden, apparatfejlsmetoden, men nu på:

Fælles forløb: teamfunktion: jordemødre, sundhedsplejersker, psykologer, sygeplejersker, læger, sagsbehandlere, (hvor den model der er beskrevet her i bogen er nævnt som inspiration, se mere på www.Livviadialog.dk). Jeg forestiller mig denne udvidede model som den ideelle model. (Tæt samarbejde i distriktsteam, også i alle andre egne af landet).

Forslag til tilbud også om terapeutisk intervention til familier med efterfødselsreaktioner.

A) Tilbud om et graviditetsbesøg til alle gravide samt ekstra besøg ved behov, samt mange ekstra besøg (op til 25) til familien i barnets 1. leveår ved reaktion, alt efter behov (Fig. 43). (Afklaring med familien om, hvad de enkelte besøg indeholder, og hvad det skal gøre godt for.

Fig. 43



- B) Ekstra besøg: Samarbejde med andre, egen læge, sagsbehandler, sygehus, psykoterapeut, psykolog, 'hjemmehos' pædagog, psykiatri.
- C) Gruppeterapi 1 gang hver 14. dag, i alt ca. 10 gange (sundhedsplejerske eller sundhedsplejerske/terapeut deltager hver gang) Men med faste individuelle samtaler mellem hver gruppe gang.
- D) Ekstra jordemoderbesøg/samtaler
- E) Ekstra besøg/samtale med barselsgangen
- F) Individuel krisebehandling til mor og/eller til far (af sundhedsplejersken og/eller terapeut der ved noget om reaktioner)
- F) "Individuel" terapi kan være par terapi eller individuel terapi.

Et eksempel med et par i terapi.

Her interviewer jeg den ene. Reflekterer med den anden.

Derefter omvendt.

"Hvad kan du anerkende af det, du har hørt din ægtefælle har sagt?"

Også her kan man med held gøre brug af reflekterende team.

Der er fordele og ulemper ved det meste her i verden også ved individuel eller gruppeterapi.

Individuel terapi:

Det er intimt, der er ro og tid, kun klientens hensyn at tage, men klienten mangler at se andre der har det "lige som jeg."

Løbende gruppe: (Nogle klienter kommer til, andre går ud, efterhånden som de får det bedre)

Det kan være meget helbredende at se, at andre har det som jeg, at nogle har det værre, at nogle er kommet videre. Det kan i en gruppe være svært at opfylde alles behov. Nogle putter sig bag de andre. Det kan være hårdt at se, at andre har det dårligt.

Fast gruppe: (Fast aftale over f.eks. seks gange med fire til seks kvinder)

Det er godt, at se andre, ”der har det som jeg”. Der er tryghed, de kommer til at kende hinanden.

Vær opmærksom på:

- Problemer i parforhold.
- Traumatiske hændelser før/under graviditet/fødsel og spædbarnstiden (eventuel særlig vanskelig fødsel).
- Misbrug.
- Uønsket graviditet, eller tidligere ønskede eller uønskede aborter eller fertilitets problemer.
- Eventuelle problemer ved oprettelse af mor - barn relationer, (særlig observation ved problemer i forhold til andre børn i familien).
- Generelt manglende omsorgsevne i familien.
- Forholdet til klienter.
- Gamle traumer.
- Forholdet til egen mor.
- Eventuelt tidligere psykiatriløb.

Jo mere kompleks familiens problemstilling er, jo vigtigere er tværfagligheden.

Jeg mener ikke, at vi som professionelle nødvendigvis skal være flere/mange på banen.

Måske snarest tværtimod. Men det er vigtigt ,at lægge en plan tværfagligt (og give løbende supervision), så de forhåbentlig få personer, der hjælper familien, kan magte opgaven.

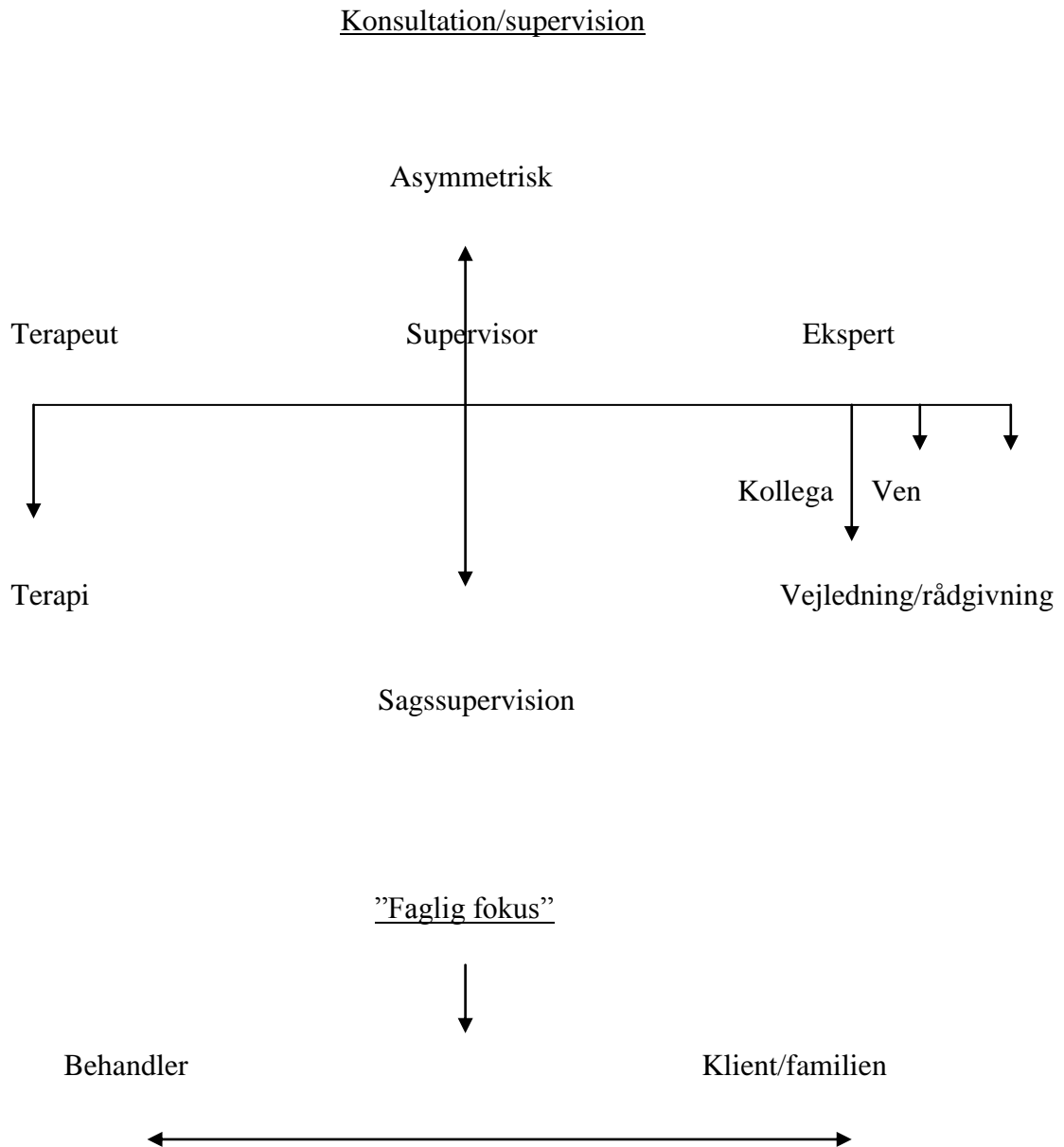
Der bør tilbydes fast supervision til sundhedsplejerskerne/terapeuter. Muligheden for at tage en sag op i tværfagligt team, bør også altid være til stede.

Vi må forsøge, at forebygge i bredeste forstand. Derfor er det ikke kun problemer, der følges op, men:

Oplysning/ forberedelse/ hjælp til det at blive mor og familie. ”At bruge den tid det tager”:

Det er vigtigt at kontekstafklare, hvilke rum man er budt ind i- i terapi/intervention eller i supervision. Figur 44 illustrerer forskel på supervision, der har fagligt fokus, og terapi, der har personligt fokus.

Figur 44



Inden et interview med en klient, er det vigtigt at gøre sig klart om, man har en kunde i butikken.

En nyttig model til analyse af klientens holdning og position i samtalen er fremsat af den amerikanske løsningsfokuserede korttids - terapeut, Insoo Kim Berg. (Se Fig. 45)

Fig. 45

Besøgende	Klagende	Kunde
"Min mand har sendt mig - han synes det ville være godt for mig at se dig!"	"Jeg kan ikke sove. Mit barn er uroligt. Du må gøre noget."	"Jeg har problemer med min psyke. Jeg vil gerne vide, hvad der kan gøres, som du ser det, og hvad jeg selv kan gøre for at få det bedre."
Klientens position:	Klientens position:	Klientens position:
÷ problem	+ problem	+ problem
÷ ansvar	÷ ansvar	+ ansvar

Hvis sundhedsplejersken/jordemoderen/sygeplejersken udelukkende mødte den sidste klient kategori, som er motiveret til selv, at gøre en aktiv indsats for et bedre liv, ville opgaven om at medvirke til livsstilsændringer være meget mere ligetil. Men da klienterne fordeler sig på alle tre kategorier, følger her en række anvisninger og redskaber for den professionelle.

Vi har mødre, familier, klienter, patienter. I det følgende vil den samlede betegnelse for alle kategorier være 'klienten'. Vi er sundhedsplejersker/jordemødre/sygeplejersker m.fl. Vi betegnes i den følgende som 'den professionelle'.

Besøgende

Anerkend at klienten henvender sig.

Jeg undersøger de gode grunde til, at klientens mand har sendt hende.

Spørger hende, om hun har interesse i at tale. Ellers afslutter jeg med en invitation til at komme igen, hvis hun får brug for det.

Klagende

Her synes klienten helt klart, at den professionelle (eksperten) skal løse problemet.

Jeg anvende skalaspørgsmål i forhold til problemstillingen.

På en skala fra 0-10, hvor vil du placere efterfødselsreaktionen, når den er værst, bedst, lige nu for tiden? (Undersøge forskelle, bevægelser, effekt) .Jeg prøver at finde frem til de tidspunkter, hvor klienten har magten over EFR, hvor EFR, ikke fylder, ikke plager. Hvad gør klienten i de situationer? Var der yderligere handlinger klienten kan gøre?

Den dag EFR er væk, hvad har du da gjort i mellemtiden? Hvad vil det sætte dig i stand til at gøre, som du ikke kan nu?

Jeg kan komme med faglig viden/ vejledning om, at klienten kan gøre noget mod EFR. (Er du interesseret i at høre, hvad jeg ved? Pres ikke klienten).

Tal om hvad hun selv kan gøre, hvilken hjælp der findes.

At jeg gerne vil følge op på samtalen.

I mellemtiden kan jeg foreslå klienten at skrive ned, hver gang der sker ændring vedr. EFR, og hvad klienten gjorde på det tidspunkt. (Klienten kommer selv til at levere de sammenhænge, hvor hun selv eller hendes netværk har indflydelse på EFR.)

Kunde

Her kan vi fra starten se på, hvad der findes af viden om EFR, og hvad der evt. kan gøres. Jeg kan bevidstgøre og motivere. Sige noget om hvad klienten selv kan gøre mere/mindre af . (Undervisning ved O. Nygaard DISPUK 2002 samt ved Insoo Kim Berg 2007).

Jeg har tilladt mig, at tilføje en fjerde kategori til Insoo Kim Bergs model nemlig: At være oser(Villumsen,2000).

Oser

Vi kender vel alle til det, at klienter lige skal orientere sig om, hvad der findes af hjælp i byen, hvad vi som professionelle har på hylderne. Eller at kommende forældre kan spørge på familieforbereleseskursus.

Oser
Hvis situationen skulle opstå hvad kan vi så selv gøre og hvad kan vi få hjælp til?
Klientens position:
÷ problem
+ ansvar

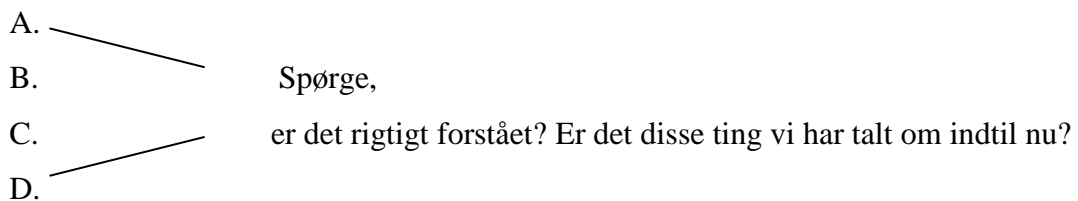
Mine overvejelser generelt om interview i familien.

Interviewet kræver meget lidt forberedelse, da de hypoteser man har dannet sig oftest er spild af tid. Klienten/familien/supervisanten kommer som regel med noget helt andet.

Være den ikke vidende person. En metafor kunne være at tænke - vi går ind i en skov, der er 100 ”stier”, vi kan gå hen ad. Lad os gå lidt frem og tilbage for at finde ud af hvilken vej, vi skal prøve at gå ud af. Det gælder om at være til stede og give tid til at fornemme, hvad hun

og jeg kan være sammen om her. Kærlig styring af interviewet: Terapeuten følger klienten, hvor er energien? Hvor brænder det? Indfølelse, nærvær, fingerspidsfølelse. Hvad er det for en dans vi kan danse sammen? Afklare kontekst af igen: Af alt det, vi har talt om her i begyndelsen, hvad af det vil du gerne, vi gør mere ud af eller taler mere om? Ofte kommer der mange emner op (Fig. 46).

Fig. 46



Hvilke af dem er vigtigst for dig, at forfølge i dag? Gå ud af ”stien”. Sker der noget interessant der? Hvad har der ikke været lys på indtil nu? Vi taler om, hvad vi ser og oplever sammen. Få familien til at føle sig bedre tilpas, når jeg går, end da jeg kom i besøget.

Det er vigtigt at anerkende deres problematik, lade dem fortælle, inden jeg f eks begynder at positiv reformulere. At jeg lægger mine egne gode ideer på hylden.

”Hvordan har det været at prøve at opgive at forstå din mand?”

At se på at være det sted, hvor hun lige nu oplever, at hendes mand ikke elsker hende. Følge efter hende, være der, hvor hun er, gå rundt om, hvor hun er. Være der hvor energien er. Stille åbne korte spørgsmål. Hvad tror du, din mand føler for dig? (Bliver der, tage afsæt i det). Tror du nogen sinde, han har elsket dig? Hvordan er det at vide det? Gråd er intenst. Det er vigtigt at have respekt for. Hvis personer prøver at holde tårerne tilbage, er det vigtigt at respektere det. Men det kan også være vigtigt at spørge:

Jeg kan se på dit ansigt, at der er stærke følelser på spil, hvad handler det om?

Så klienten kan komme til at tale igen. Hvis klienten græder: Hvad handler tårerne om? Hvad er tårerne et udtryk for? Hvad siger tårerne om, hvad der bliver tråd på eller om hvad der ikke bliver set, eller gjort?(være Ordtilbyder© eller måske Ordafgrænser ©(bilag 22,23,26,27).

Forslag til hvad der kan gøres, hvis man går i stå i interviewet.

Hvad kan jeg bruge? Cirkulære, reflektive spørgsmål, skala spørgsmål (på en skala fra 1 til 10), mirakel spørgsmål? "Er der noget tidspunkt i dit liv, hvor det har lignet dette bare en lille smule?" ("Ja, når vi har ferie"). "Hvad siger det om jeres familie, at det går godt, når I er på ferie?" (Mirakel ressource arkæologi). Forskellige stemmer der taler til en. Den terapeutiske samtale går ind i et problem. Eller bruge det narrative kort til at spørge ud fra (bilag 22,23,26, 27).

Problemet: Ideen om problemet i dette tilfælde depressionen. Hvad holder depressionen i live, hvad giver depressionen næring? Vi udvælger en historie i forhold til det, vi ser. Så sproglig set: tilbyde andre ord til at tale om ideen om problemet på. Hvad er klientens overskrift for samtalen? Jeg kan bruge overskriften aktivt rundt i systemet.

Hvad er klientens foretrukne historie? Hvad ville de hellere? Hvad er vigtigt for dem i livet? Hvad står de for? Hvilke erfaringer og know-how har de som evt. er brugbare nu? (være Ordtilbyder© eller måske Ordafgrænser © (bilag 22,23).

Klientens overskrift: Hvad er det hos mig, der gør, at jeg kommer til at føle mig mindre værdig? Terapeuten: Hvis jeg havde spurgt din mand? Hvis jeg havde spurgt din mor? Hvordan ville de forklare det?

Skabe et samarbejde mellem terapeuten og familien mod problemet. Ridse op hele tiden, at jeg har hørt, hvad du har sagt, jeg er med. Hvad er vi sammen om? Overskriften for samtalen er altid til forhandling.

Målet med samtalens indhold. Forskelle, også forskelle over tid. "Jeg er egoist" Positiv omformulering/reformulering : "Kunne man sige kærlig egoist?" "Hvordan kan du blive gode venner med din indre kærlige egoist?"

Der skal ikke bringes hypoteser ind om noget, der ikke har været talt om i samtalen. Hvad var det i samtalen som får mig til at tænke på.....? Er der bestemte ting, du gerne vil have, at jeg spørger dig om?

Det at invitere til nye ord være Ordtilbyder©:

"Han er dominerende, og du tilpasser dig?"

"Du er bange for ham? Fordi har han slået dig?"

”Du tør ikke have det sjovt, fordi du synes, du skal være fornuftig?”

”Hvem vil sige, det er fornuftigt at have det sjovt?” (At lave en fusion mellem hendes dilemmaer, mellem at være fornuftig og at have det sjovt). Bruge hendes dilemma som ven. Bruge hendes ensomhed som ven. Invitation til nye ord, være ordtilbyder.

Være ordafgrænsner.

Nogle gange kan det modsatte være tilfældet. Her er der brug for at præcisere eller afgrænse alle de ord der er i spil(bilag 22,23).

At eksternalisere problemet.

Klanten siger: “Jeg er deprimeret”.

Eksternaliseres ved at sige: Depressionen har tag i dig. Depressionen viser sig ved?

Hvad er det, vi kan gøre, så vi (terapeuten sammen med familien i mod depressionen) får magten over depressionen? (Se uddybelse i afsnittet om eksternalisering.)

Systemiske og Narrative ideer til spørgsmål i en samtale:

Kontekst: Ideen om at komme her .Klientens overskrift for samtalen, bruges aktivt.

Hvad vil klienten gerne tale om? Hvad vil klienten gerne have ud af det, blive klogere på i løbet af samtalen? Spørgsmålstyper: Cirkulære, skala, reflektive, forklare, vurdere, ønsker, mirakler (alle spørges til i systemet). Udvides med: Narrative spørgsmål.

- Historien om efterfødselsreaktionen? Hvad betyder det for klienten?
- Effekt og virkning af efterfødselsreaktionen på klienten, dennes omgivelser.
- Hvad nærer efterfødselsreaktionen?
- Hvad hæmmer efterfødselsreaktionen?
- Kortlægning af efterfødselsreaktionen. Er det ok ikke ok ,det EFR gør?
- Tale om efterfødselsreaktionen i et eksternaliserende sprog.
- De – konstruktion.
- Undtagelser (hvornår hænger efterfødselsreaktionen ikke?)
- Hvorfor er det ok ikke ok ,det EFR gør?
- Ny historie (hvilke nye historier kan der skabes?)
- Hypotetiske spørgsmål
- Positiv omformulering
- Hvordan blev du forberedt?
- Hvordan blev du parat?

- "Hækkeløb" over forhindringer. (Stil spørgsmål om, hvordan det gerne må se ud i fremtiden, når efterfødselsreaktionen ikke længere hærger familien).
- Hvad siger det dig om, hvilke værdier du står for som mor?
- Hvad forhindrer dig?
- Hvad skulle der til?
- Hvad ville du ønske?
- På hvilken måde?
- Hvad skete forud for det unikke resultat? (at efterfødselsreaktionen forsvandt?)
- Hvilke mennesker har betydet?
- Fokus på det familien mestrer
- Problemet lever sit eget liv
- Kortlægning af efterfødselsreaktionens virkning, efterfødselsreaktionen kan være en hjælper til hvad? (f.eks. få mere tid sammen.)

Alternativ historie

- Hvilken indflydelse har familien selv på efterfødselsreaktionen?
- Undtagelserne - Hvad gjorde du da?
- Hvad spænder ben for familien?

Andre overvejelser i forbindelse med interview/samtale i en familie/eller hvis familien kommer i en konsultation.

En tavle kan bruges til at skrive/skabe overblik over, hvem der er involveret, hvordan. Genogram eller oversigt over familien og de involverede parter kan benyttes. Brug af narrative kort (Villumsen, 2002,2004, 2013)(bilag22,23,27,28).

Det skal respekteres: At være indenfor rammen af det acceptable uvanlige (usædvanlige). Vi skal være opmærksomme nok, til at finde frem til passende usædvanlig spørgsmål, samt sensitive nok til at forstå ,om vi er indenfor rammen af det for usædvanlige eller ikke. De fleste har både lyst til at forandre den problematiske situation ,og at undgå den. (dilemma). Hvem er mest reserveret i familien for at forandre?

Nyttige spørgsmål når hele familien kommer til mig i konsultation:

- Hvem fik ideen til at komme her?
- Hvem snakkede du først med om ideen?
- Hvordan var reaktionen på ideen?
- Hvem af jer syntes ideen var god?
- Hvem var betænkelige?
- Hvilke forventninger har I til samtalen her?
- Hvad håber I hver især vil ske?

Den der er meget reserveret skal også med i fællesskabet.

Jeg kan derfor spørge vedkommende:

- Har det betydning ,at snakke om ...?
- Ville det være bedre at tale om det senere?
- Hvem er interesseret i problemet?
- Og på hvilken måde?

Når et problem er præsenteret - spørg om de andre i familien/eller de der deltager i samtalen, er enige.

- Er der flere problemer - hvad er naturligt at starte med?
- Hvornår begyndte det?
- Har der været perioder hvor problemet var mindre? - eller endda væk?
- Hvem kender til problemet?
- Hvad har der været vendt og gjort ved problemet indtil nu?
- Af hvem?

Tegn på tavlen:(Viser tydeligt - hvem der er involveret (engageret)).

Hvordan kan det være, at nogle er mere involveret i problemet end andre?

Er der, eller har der været professionelle inde i billedet?

Tegn på tavlen: Tiltag der ikke bidrager til at reducere problemet - bidrager til at holde det ved lige.

Tavlen kan bruge aktivt til at skrive problemhistorien på den ene side, og den foretrukne historie med leveregler, værdier, egenskaber og ressourcer på den anden side(bilag22,23,27,28).

Det er vanskeligt for alle - (også de professionelle) at opgive den forståelse de har af problemet. (At opgive at have ret). Når ens forståelse ligget til grund for handling, er det derfor naturligt at gøre mere af det, der har været gjort hidtil. (Hvis mor gøre mere af det, der ikke virker = øges problemet).

Kan problemet forstås på en anden måde?" Når du handler sådan, hvad siger det så om, hvad der er vigtigt for dig i livet? Hvad er det EFR står i vejen for? Hvad bliver trådt på af det som er vigtigt i livet for dig?" (bilag22,23,27,28).

I interview/samtale er det vigtigt at skille ad:

Hvad folk ser - (hvad de oplever ved situationen).

Hvad de forklarer - (hvilken forklaring de giver på det, de ser).

Hvordan de vurderer, synes om det, der sker og det de ser.

- Hvordan virker problemet ind på andres liv?
- Hvordan varierer symptomet?
- Hvad er forklaringerne?

(Giver bevægelse i problemet ~ over tid).

- Hvem opdager sædvanligvis ,at mor oplever panikangst? Hvem opdager det ikke?
- Hvem er mest bekymret?
- Hvem er mindst bekymret?

Alle spørgsmål, der får forskelle frem, vil tendere til at lave nye nuancer i de enkeltes opfattelse af situationen og giver mulighed for at møde problemet på en ny måde.

Ved at skifte spørgsmål mellem:

- Hvad personen ser
- Hvad personen forklarer

vil man bidrage til, at den man taler med, i mindre grad blander beskrivelse og forklaring af beskrivelse sammen.

Spørgsmål der begynder med “HVIS” (alternative/hypotetiske spørgsmål), har en særlig tendens til at udvide og forandre folks opfattelse, især når spørgsmålene relaterer sig til fremtiden.

Fremtidsrettede spørgsmål deles i:

- Hvis nu ...?
- Når ...?
- Hvad ville ...?
- Hvad kunne ...?
- Hvad måtte ...?

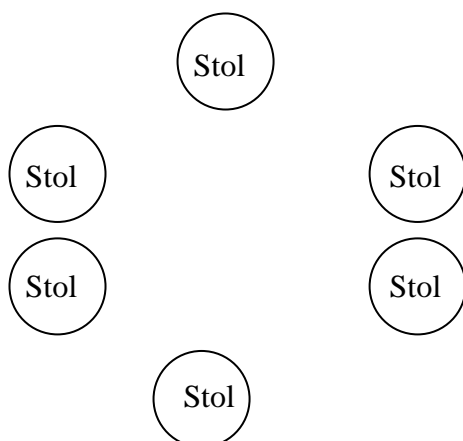
- Hvis panikangsten, du nu har, pludseligt forsvandt - hvad ville du så kunne gøre, som du ikke kan i dag?
- Hvem ville blive mest begejstret for det?
- Ville noget af det, du ønsker at gøre, skabe nogen bekymringer?
- Hvis panikangsten viser sig, at være vanskeligt, at gøre noget ved,
 - hvem ville holde det længst ud?
 - hvem ville holde det ud kortest?

- Hvordan ville det vise sig, at nogen ikke holdt det ud længere?

Hvis familien inviteres ind til samtale, er det vigtigt at være opmærksom på, at:

Der skal være flere stole end antallet af personer i et møde (se Fig. 47).

Fig. 47



Den der kommer sidst får også flere stole valg(i forhold til hvilken placering vedkommende ønsker i rummet, i forhold til de andre tilstedeværende).

Dem der sidder hos hinanden, er oftest tættest forbundne.

Dem der sidder i opposition til hinanden, er oftest længst (følelsesmæssigt) fra hinanden.

Læg mærke til:

Skifter nogen plads - fra gang til gang?

Kropssprog?

Øjenkontakt?

Refleksioner

Indtryk

Grundlag for indtryk

Jeg fik indtryk af. Det fik mig til at tænke på... Jeg funderer over... Det er mulig, jeg tager fejl...

Vis usikkerhed

Ideer om evt. sammenhæng:

F.eks. ”Mor siger, at far ofte er tavs...det ser også ud til at være tilfældet i dag.”

Før standpunktet enten/eller/bør diskuteres er det vigtigt, at diskussionen indeholder både/og og hverken/eller.

”Det kan tænkes, at far taler så lidt, fordi det er gammel vane for ham, og fordi de andre er blevet vant til det?”

”Eller det kan også tænkes, at han syntes samtalen fungerer bedre, når han lytter?”

”Eller det kan tænkes, at han mærker, at det han har på hjertet bliver sagt af en anden?”

Refleksioner og diskussion af temaet kan bruges til sætte fokus på det alternative niveau.

”Hvis det blev naturligt for far, at begynde at tale mere, lurder jeg på, hvem der ville kunne lide det mest?”

”Eller hvem ville det føles mest uvant for?”

(Notater til artikel ’Gjennem speilet og tilbaka’ (Hårtveit, 1988) fra undervisning 2001)

Den terapeutiske samtale går ind i et problem.

Hvad er det hos Ole - der gør, at han handler sådan?

Hvad tænker Marias mor om hendes forhold til ekskæresterne?

Hvis nu problemet var løst og Maria har et superforhold til en fyr (sådan som hun gerne vil have), hvad er der så sket i mellemtiden?

Dig kan man regne med?

Er du enig med Ole i det, han syntes om dig?

Kan du bede om det, du mangler?

Stiller store krav til sig selv.

Kunne du bruge din far mere?

Hvem søgte du hjælp hos dengang?

Hvad ville der ske, hvis du bruger dine kollegaer?

Hvad skulle du gøre anderledes, for at vise du ikke har styr på det?

Hvad kunne du lære af ikke at have styr på det?

1) Problemet \Rightarrow Ideen om problemet.

2) Hvad holder ideen i live - hvad giver ideen næring?

Vi udvælger en historie i forhold til det, vi ser.

Sprogligt set tilbyder vi andre ord, til at tale om ideen om problemet på.

Være ordtilbyder(bilag 22,23,26,27).

Et eksempel:

Mor: ”Der er ingen kærlighed tilbage.”

Terapeut: ”Hvad betyder kærlighed for dig?”

Mor: ”At vi har tid til andet end børn, at han elsker mig og påskønner alt det jeg gør her hjemme.”

Terapeut: ”Kunne vi også dele ordet i kær – og – lighed? Eller Kær – Lige – Hed”

Mor: (*Tænker længe*). ”Det er lige det der mangler hos os nu, der er ingen lighed.”

Terapeut: ”Hvordan ville det se ud, hvis I havde det?”

Det at dele ord på en ny måde, eller tilbyde et andet ord ,eller en anden betydning af et ord, kan sommetider gøre en forskel, der gør, at vedkommende nu kan tænke anderledes om det fremover(bilag 22,23).

Efter disse overvejelser vil jeg nu gennemgå en af de narrative metoder, som jeg med held ofte anvender.

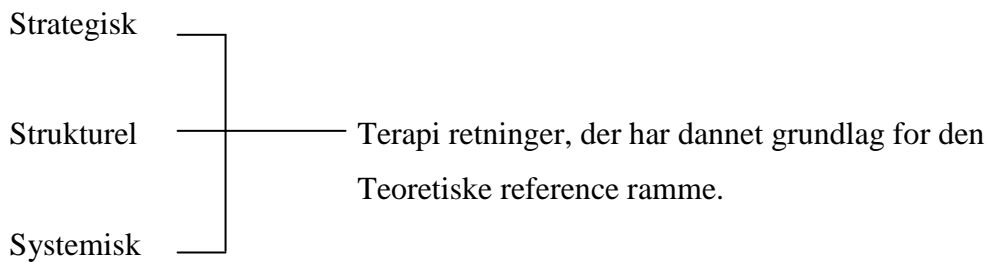
Positionskort 1: eksternalisering:

Eksternalisering af problemet – en metode

Ophavspersonen til ”eksternaliseringsbegrebet” er socialrådgiver Michael White, i samarbejde med David Epston(1989).

Figur 48 viser hvilke terapiretninger der har dannet grundlag:

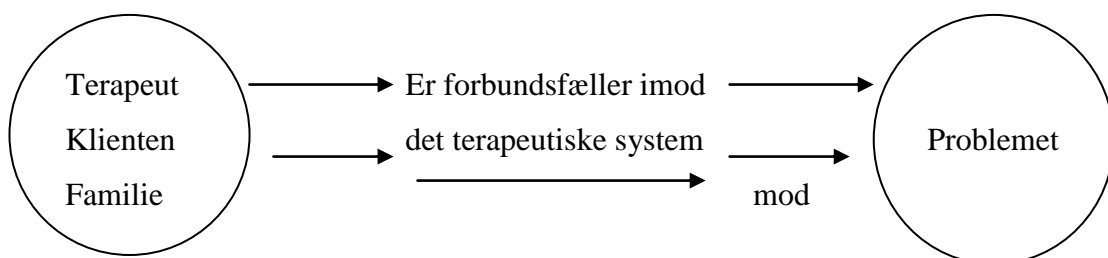
Fig. 48



Tanken bag eksternalisering i et terapeutisk forløb er, at tilstræbe en stor ligeværdighed mellem klienten og terapeuten ved, at terapeuten alliere sig med klienten og de pårørende imod problemet (Fig. 49)

Personen er ikke problemet – problemet er problemet!

Fig. 49



Hvordan kan ”Det terapeutiske system” få magten over problemet?

Magten skal ses som noget positiv!

Terapeuten danner alliance sammen med mor/familien mod → depression.

Interview kvinden/manden om følgende spørgsmål.

1. Hvilken personlig egenskab/tilbøjelighed, problemstilling eller vane, som forfølger dig, irriterer dig mest, vil du gerne være fri for/ gerne have fylder mindre? (Svaret er f.eks. efterfødselsreaktion).
2. Hvilken effekt har efterfødselsreaktionen på relationen til dine nærmeste, eller de andre mennesker du omgås?
3. I hvor høj grad styrer efterfødselsreaktionen dig (i %), og i hvor høj grad styrer du den?
4. I hvilke situationer optræder efterfødselsreaktionen ikke?
5. Hvad gør du – eller hvad siger du til dig selv i disse situationer – der gør, at efterfødselsreaktionen ikke optræder?
6. Hvilken effekt har det på relationen til dine nærmeste, når du tager magten over efterfødselsreaktionen, i stedet for at lade den styre dig?
7. Hvad skal jeg især holde øje med hos dig i fremtiden, der viser at du prøver med forskellige ændringer og på at få mere kontrol over reaktionen?

Det er vigtigt, at klienten selv navngiver problemet/tilbøjeligheden/egenskaben. At vi som professionelle bruger klientens ord. F.eks. efterfødselsreaktion. Eks. angst. Eks. panikangst.

Der er forskellige måder at tænke om problemet på (Fig. 50).

Fig. 50

Jeg er deprimeret

(Det ligger i personens personlighed, gener, struktur m.m.)



Jeg har en depression

(Det er noget jeg bærer rundt på – sygdom osv.)



Jeg er fortiden blevet ramt af en depression

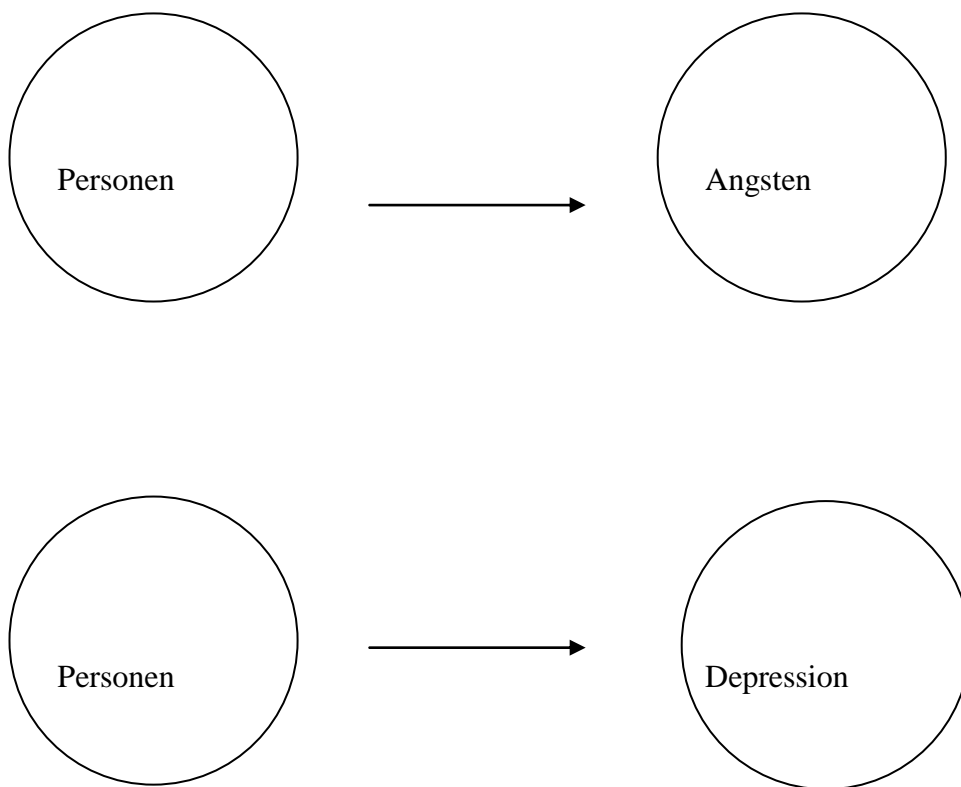
(Ramt af en plageånd/dæmon/monster/osv.)

Lad os for et sekund tage depressionen uden for dig selv: En dæmon (eller andet ord kvinden kan identificere sig med) der har taget magten fra en, som man gerne vil befries for.

Se efter undtagelser, hvor efterfødselsreaktionen ikke styrer. Hvad sker der dér? Hvordan kan kvinden/familien gøre mere af det, der virker? Der, hvor de styrer? (Fig. 51)

Fig. 51

Eksternalisering af problemet – en metode



Se også brug af Narrative kort (Villumsen, 2013) på www.livviadialog.dk, samt bilag 13, 22,23)

Give ”monstret”/”dæmonen” / problemet stemme. Bed klienten om ,for en stund, at være ”dæmonen” (f.eks. efterfødselsreaktionen EFR).

Den professionelle kan herefter interviewe problemet, her eksemplificeret ved EFR.

Vi må sammen med familien se på:

- Historien om EFR. Dens stærke/svage sider? EFR strategier og tricks til at få magten over familien?
- Hvilken kontekst optræder EFR i? Undersøge EFR natur, f.eks. gir den angst for at være alene? Har EFR nogen sinde gjort dig noget godt?
- Hvilken indflydelse får den på kvinden, hendes omgivelser og på håb og drømme?

Eksternalisering – Michael White & David Epston (1989).

Her følger nogle punkter som kan indgå i en eksternaliserende samtale:

Det som plager klienten, det hun gerne vil af med, f.eks. EFR

Hvad skal vi kalde plageånden/ problemet/det der noget?

1. Plageåndens/problemets navn (det klienten selv kalder det)
Historien om problemet. Kontekst problemet operere i. Tricks problemet bruger.
Diskurser. Hvordan kan terapeuten alliere sig med klienten og familien mod problemet (der er lusket, snedig og bruger strategier, så den har invaderet klienten og dennes omgivelser)?
2. Problemets effekt på personen, omgivelserne og personens håb og drømme.(på det den har invaderet)
3. Position er det ok, ikke ok, eller lidt begge dele at det er sådan?
4. Hvorfor er det ok, ikke ok, lidt begge dele? Hvad foretrækker personen i stedet? Hvad står problemet evt. i vejen for? Af det der betyder noget i livet for personen og denne handlinger.
Vi kan lede efter: Personens indflydelse på eller effekt på problemet(Undtagelser hvor problemet ikke optræder (bilag13, 22,23,27,28).

Til eksempel kan der også arbejdes med skalaer – der kan give et konkret indtryk af, hvor meget det fylder. På en skala fra 1 til 10 (se Fig. 52).

Fig. 52



0 = har det
dårligt

10 = har det super godt

Til eksempel: En kvinde svarer 4 før og 8 nu. Denne kvindes præmisser (værdi, målestok) var, at intet under 10 er godt nok. Vi kan spørge:

Hvad er det, de forskellige i familien har gjort, som har gjort det muligt for kvinden at bevæge sig helt op på 8?

Hvad er det, kvinden selv har gjort, der har gjort det muligt at bevæge sig helt op på 8?

Hvad er det terapeuten/andre har gjort, for at bevæge hende her op?

(Hvad har alle i systemet gjort?) (Systemet = alle der har indflydelse på, er en del af problemet). Fremtid: Med den viden du har nu, hvad tænker du så, du kan gøre i fremtiden (for at få magt over eget liv)? Hvordan har I selv skabt mening omkring de handlinger, du/I foretog i denne periode? Brug af Livscirklen© Familiecirklen© er også meget brugbart (bilag 13,14)

Hvis noget virker i familien, eller hvis det vi som professionelle gør, for at hjælpe familien virker, så gør mere af det. Som professionel kan det være godt at vide, hvordan metoder virker. Derfor er det her et eksempel på eksternalisering som de professionelle kan afprøve på hinanden, inden metoden tilbydes i familierne.

Forslag til øvelse i eksternalisering til brug i en personalegruppe (to og to).

Formål: at identificere ideer, egenskaber eller vaner, der kan eksternaliseres.

1. Hvilken personlig tilbøjelighed, som forfølger dig i dit arbejde, irriterer dig mest? Så hvad kan vi kalde den (plageånden), monstret? (Det kunne f.eks. være ofte at komme for sent, lide af præstationsangst, og meget mere.)
2. Lad os antage i dette eksempel, det var præstationsangst. Hvilken effekt har præstationsangsten på relationen til dine nærmeste?
3. I hvor høj grad styrer præstationsangsten dig (i %), og i hvor høj grad styrer du den?
4. I hvilke situationer optræder præstationsangsten ikke?
5. Hvad gør du – eller hvad siger du til dig selv i disse situationer, der gør, at præstationsangsten ikke optræder?
6. Hvilken effekt har det på relationen til dine kolleger eller klienter, når du tager magten over denne irriterende egenskab/tilbøjelighed/vane, i stedet for at lade den styre dig?
7. Hvad fortæller det dig om dig selv, at du er i stand til at tage magten over præstationsangsten, i stedet for at lade den styre dig?
8. Hvad tror du, denne viden om dig selv vil sætte dig i stand til yderligere at gøre?
9. Hvad skal jeg især holde øje med hos dig fremover, der viser, at du eksperimenterer med ændringer?

David Epston har ofte arbejdet sammen med Michael White. Her følger et eksempel på Epstons forslag til en øvelse: (Denne kan bruges i personalegruppen om forskellige problemer, men kan også bruges som metode i intervention mod efterfødselsreaktioner.

(Interviewe det internaliserede eksternaliserede problem!)

Start: Den der interviewer introducerer den lidt ”skøre ide, at interviewe problemet”, f.eks. efterfødselsreaktion. Så spørge mor i dette eksempel Eva, om hun kunne tænke sig, for en stund at give efterfødselsreaktionen stemme.

Interview af problemet: Jeg vil så interviewe efterfødselsreaktionen. Altså interview af problemet/efterfødselsreaktionen.

1. Problemets indflydelse på personerne, deres liv og relationer, håb og drømme.

Interview for at lære problemets kultur og praksis at kende. Forsøg ikke at gøre noget ved problemet. Forsøg at lære problemet at kende, dets modus operandi. Få detaljerede beskrivelser frem om, hvad problemet gør, hvordan det gør det, dets relationer til og indflydelse på sin ”vært” og andre, og hvad konsekvenserne er.

Her er eksempler til inspiration/forslag til afsæt, f.eks., efterfødselsreaktion. Jeg vil gerne interviewe dig - efterfødselsreaktionen - (Eva giver dig stemme):

- a. Hvornår introducerede du dig selv for Eva?
- b. Hvordan? Hvorfor lige dengang?
- c. Hvad opdagede du dengang hos Eva, der gjorde det muligt for dig at tiltrække Evas opmærksomhed/at overtale Eva til at ...?
- d. Hvilken effekt havde det på Eva?
- e. Hvilken effekt havde det på hendes mand/andre, at Eva...?
- f. Hvordan kan du forstærke din indflydelse?
- g. Hvilke områder af Evas liv påvirker du nu? (familien, forhold til... selvopfattelse..., håb og drømme...?)
- h. Hvordan gør du det?
- i. Hvem lytter mest til dig?

j. Hvis liv har du mest kontrol over?

Og lidt mere fantasifulde:

k. Hvad er egentlig din hensigt ved at gøre det her?

l. Kamouflerer du dine hensigter eller tror du, at Eva har gennemskuet dig?

m. Når du har nået, hvad du ville, hvad gør du så?

n. Hvis du godt kunne tænke dig at få endnu mere indflydelse, hvor ville du så sætte ind, og overfor hvem og hvornår? Hvad ville blive tilbage af Evas og andres liv?

2. Undtagelser og de involverede personers indflydelse på problemet:

Problemet interviewes (Eva giver fortsat problemet stemme) om de problemer og den modstand, det støder på for fuldstændig at kunne tage magten. Der spørges, så der kommer detaljerede beskrivelser af effekten på problemet af de specifikke ideer, tanker, handlinger, holdninger, følelser, hensigter, som personerne omkring problemet har.

Forslag til spørgsmål:

- På hvilke områder af livet har Eva/familien/andre/ stadig overtaget?
- Er der områder, som du (efterfødselsreaktion) før havde kontrollen over?
- Hvad gjorde Eva/familien/behandleren/andre, der gjorde dig svag og fik dette til at ske?
- Er der noget, som Eva/familien/behandleren/andre gør, som gør dig nervøs?
- Hvad? Hvornår begyndte det? Hvorfor?
- Hvad gør dig mest i tvivl om din kompetence som problem?
- Hvad gør du så for at rette op på det?
- Hvem går du til for at få støtte?
- Hvad kendetegner de personer, som du ikke har fået kontrol over?
- Hvad har Eva/familien/behandleren m.fl. opdaget om sig selv, som gør, at du ikke kan kontrollere dem helt?
- Tror du, at Eva/familien m.fl. har hemmeligheder for dig?
- Hvordan tror du, at denne hemmelighed påvirker dit liv?
- Hvad er dit største problem lige nu i forhold til henholdsvis Eva/familien/behandleren?
- Hvad er det værste Eva/familien/behandleren kan gøre nu over for dig?

- Når Eva har mere indflydelse end du har, gør det dig svagere eller stærkere fremover?

3. Problemet og de involveredes fremtidige indflydelse på problemets liv:

Problemet interviewes om dets egen og de andres indflydelse på dets fremtidige liv.

Forslag til afsæt:

- Hvad mangler du endnu at gøre, for at have den indflydelse på Evas/familiens/behaviorerens liv, som du ønsker dig?
- Hvad vil være det første du gør?
- Hvordan vil du gøre det?
- Hvordan vil du opdage, at det er lykkedes?
- Hvad vil være den største hindring?
- Hvordan vil du prøve at rydde den af vejen?
- Hvad frygter du, kunne hjælpe Eva i denne situation?
- Hvem tror du, ville være den første til at gennemskue dig?
- Hvad ville han/hun se?
- Tror du, han/hun vil benytte denne indsigt til at lave numre med dig?
- Hvad ville være det værste nummer, han/hun kunne finde på? Hvorfor?
- Hvordan ville du kunne forudse det?
- Har Eva/familien/behavioreren allerede en kamp eller modstand i gang mod dig?
- Hvordan mærker du det?
- Hvordan vil de prøve at modstå dit næste angreb?
- Hvis Eva/familien/behavioreren ikke lagde mærke til dig mere/holdt op med at lade dig bestemme over dem, ville du så hellere være arbejdsløs eller hjælpe Eva/familien/behavioreren nu de har brug for det?
- Hvilken hjælp kunne du tilbyde?

Til sidste siger interviewerens tak til "problemet" for at stille op til interview. Eva siges tak for at lægge stemme til problemet.

Derefter refleksioner over, hvad der skete:

Hvis man arbejder med grupper af kvinder/ mænd der for tiden er ramt af en efterfødselsreaktion kan en af kvinderne stille op til at spille efterfødselsreaktionens stemme. De andre i gruppen kan bagefter supplerer med flere ting de har oplevet, efterfødselsreaktioner forsøger at gøre. Samt effekter af at være ramt af en EFR.

Alle der deltager taler sammen om:

- Hvordan følte det at være problemet? At være interviewer?
- Hvordan var det anderledes?
- Hvad var effekten på personerne, der spillede problemet? Og på interviewerne og resten af gruppen?

Et andet eksempel på spørgsmål:

Eksternaliserende spørgsmål:

- Hvad er et godt navn til plageånden/det der noget /problemet?
- Hvor er den en plageånd?
- Hvor er den en hjælp/støtte?
- Hvornår er EFR kommet ind i dit liv?
- Hvad har du lavet lige op til, at EFR kom ind i dit liv?
- På en skala fra 1-10, hvor meget fylder EFR lige nu?
- På en skala fra 1-10, hvor vil du gerne have EFR?
- Hvad skal der til, for at EFR kommer ned på 2-tallet?
- Hvad skal der til for at EFR bliver på 2-tallet?
- Hvem har været en støtte for EFR?
- Hvem har været en provokatør for EFR?
- Hvad har kunnet skubbe EFR væk, eller reduceret den?
- Hvem kan støtte dig, så EFR ikke får så stor magt?
- Hvornår er EFR helt væk?

Nogle gange er angst også et problem når efterfødselsreaktionen raser. Eksempel: Mette som er ramt af en EFR dør også med angst. Yderligere undersøgelse af angsten blev lavet ved, at Mette her i eksemplet, lagde stemme til angsten.

Introduktionen er vigtig, så derfor siger jeg:

"OK, angst, jeg vil gerne have en samtale med dig."

- Hvornår kom du ind i Mettes liv?
- Hvad gjorde, at du kom ind i Mettes liv?
- Hvad er dit bedste våben?
- Hvem støtter dig?
- Hvad kan du mindst lide?
- Hvem kan få dig til at skrumpe ind?
- Hvem kan hjælpe dig med at være stærkere end Mette?
- Hvor mange timer i døgnnet er du stærkere end Mette?

Afslutningen er ligeledes vigtig, og derfor siger jeg:

"Tak for snakken, angst, nu vil jeg snakke med Mette igen..."

Her følger et andet eksempel på et interview. (Klientens svar er udeladt). Spørgsmålene skal virke som inspirationskilder til, hvordan de kan stilles på flere niveauer og "blandes" efter behov.

Samtalen med eksempler på spørgsmål set i et systemisk narrativt perspektiv:

Som interviewer må jeg prøve at:

Fortælle en ny historie, "Uanede muligheder"(Hertz ,2008)fokuser på undtagelser, fokuser på ressourcer, på

hvornår gik det godt for familien. Det modsatte ville være en stempling; du er deprimeret - du hjælpes - jeg er eksperten (lineær tænkning)

Jeg prøver at se på, hvilken kulturpræmisser der er i familien. Eksternalisering af det der er dårligt, internaliserer det, der er godt.

- Hvad drejer det sig om, hvad er du optaget af?
- Hvad optager dig mest af det du ser, og hvordan forklarer du det?
- Hvordan kan det være, at vi mødes her i dag?
- Hvad synes du selv at du gør godt, og hvilken effekt oplever du at det har på barnet?
- Er det noget nyt, noget du ikke tidligere har været opmærksom på?
- Hvad overrasker dig mest/mindst af det du ser?

- Hvad synes du hjælper mest af det, du gør?
- Hvad synes du, din mand gør godt, og hvad synes du, at han med fordel kunne gøre mere/mindre af?
- Hvordan betragter du forholdet mellem din mand og jeres barn?
- Hvad følte du, da han begyndte at blive så urolig, som du beskriver han var?
- Når jeres barn græder, hvad gør din mand så?
- Så når han går ind i den anden stue, hvad gør du så?
- Hvad tror du, din mand tror uroen skyldes?
- Så hvad tror du, er din mands forståelse af, at det er blevet et problem?
- Hvordan forklarer du, hvad er din forståelse af, at det er blevet et problem?
- Hvem tror du, forstår dine problemer bedst?
- Du siger din mand er bekymret over, at du er deprimeret. Hvad betyder begrebet “deprimeret” for din mand, tror du?
- Hvad betyder det for dig?
- Hvad er han bange for, skal ske, tror du?
- Hvad er kulturen i jeres familie, om at tale om det?
- Hvordan forklarer han, at du ikke er angst, når din mor er her?
- Har du erfaringer fra tidligere, der minder dig om det, der sker nu?
- Hvad kunne du lære af det?
- Hvor meget går det dig på? På en skala fra 1-10. Klienten siger 8(se figur 52)
- Hvad gør, at det ikke er 10, men kun 8, hvad gjorde du for, at opnå det?
- Hvordan forberedte du dig?
- Hvad spænder ben for dig, for at få mere tid til glæden?
- Hvilken betydning har det for dig, at du er kærlig, og at du tænker så meget på andre?
- Hvem kan du tale med? Hvilke relationer er rigtige for dig?
- Er depressionen også en ven eller udelukkende en fjende?
- Hvad gør du anderledes på de tidspunkter, hvor depressionen ikke griber dig?
- Hvordan ville du hellere have det?
- På hvilken måde vil det påvirke din mand?

- Hvis stemme fra dit liv var det, der talte der?
- Har du altid været et menneske med stor følsomhed?
- Hvad skal vi kalde den kvalitet hos dig, at du reagerer hurtigere end andre?
- Hvad kan du lære ud fra det, vi har talt om - om dine egne kvaliteter?
- På hvilke områder oplever du, at du lykkes i din hverdag?

Her følger mit forslag til ”disposition” til en samtale, hvor en mor for tiden er invaderet af en efterfødselsreaktion.

1. Kontekst afklaring (ideen med at komme her)
2. Overskrift (Hvad vil du gerne blive klogere på under samtalen?)
Overskriften kan bruges aktivt i interviewet.
3. Spørgsmålstyper, metoder til interview.

Hvilke spørgsmålstyper råder jeg over. Hvad har jeg i min ”værktøjskasse af metoder/spørgsmål ”, som jeg kan benytte i interviewet? F.eks. cirkulære skala, refleksive, mirakel spørgsmål.

Eksempel:

- Hvordan forklarer du din mand/andre, at dette er blevet et problem?
- Hvordan vurderer du/din mand/andre, dette problem?
- Hvad betyder det?
- Effekt af reaktionen?
- Virkning af reaktionen på alle i systemet?
- Hvad nærer problemet?
- Hvad hæmmer problemet?

Evt. benyt eksternalisering, samt dekonstruktion, se på forskellige elementer i mors historik.

Lede efter undtagelser, hvor problemet ikke hænger.

Hjælpe med at nyskrive, så klienten får en ny dominerende historie. Dette kan gøres via:

- Positiv omformulering
- Kortlægning af problemet
- Hvordan blev du forberedt?

- Hækkeløb over forhindringerne? (Hvordan ser det ud, når du får det godt? Lige som du gerne vil have det?)
- Hvad siger det dig om, hvilke værdier du står for?
- Hvad forhindrer dig?
- Hvad skulle der til?
- Hvad ville du ønske?
- På hvilken måde?
- Hypotetiske spørgsmål
- Hvis jeg havde set dig som yngre, hvad havde jeg så lagt mærke til?
- Hvad er der sket forud for det unikke resultat?
- Hvilke mennesker har betydet hvad for dig?
- Hvis klientens mor er død. Bring hende ind i samtalen ved at sige:” Hvis din mor kunne se dig nu, hvad ville hun så sige? gøre? råde til? håbe på?
- Fokus på det klienten mestrer.(bilag 22,23,26,27)

En ikke vidende tilgang i samtalen - dialogen er vigtigt.

Socialkonstruktion - man får en ny historie om sig selv, der udvikles og giver en ny forståelse, der giver en ny historie.

At nyskrive historier.

Problemet har sit eget liv.

Problemet er problemet.

Ideen med f.eks. at bruge eksternalisering i interview er:

Kortlægning af depressionens virkning, depressionen kan være en hjælper.

Alternativ historie, hvilken indflydelse har klienten selv på depression?

Hvor var det ikke sådan? (Undtagelser)

Hvad gjorde du da? Indgangsvinkel til at tegne ny historie.

Internaliserer det, der er godt i personen, der hvor det er gået godt, de egenskaber, og det know how hun har brugt.

Jeg er deprimeret. Kan omformuleres til: Jeg har en depression, der hærger mig.

(Jeg og problemet er adskilt).

Inviterer til et andet sprogbrug. Depressionen viser sig ved!

Hvordan hænger den?

Hvordan præger den?

Hvad mere gør den?

Hvordan har depressionen fået dig overbevist om det?

Er det sådan I vil have det?

Hvordan vil I hellere have det?

Hvad skal der til for, at du kan kæmpe i mod det?

Den historie vi alle har om os selv, er jo en reduceret version, og en redigeret version, om hvordan vi opfatter vores identitet.

En problemmåttet identitet giver en problemmåttet handling! Kan man bibringe klienten en rigere historie om dem selv, så har de mulighed for at handle anderledes.

Et eksempel mere fra praksis:

Det er vigtigt at høre på den problemmåttede historie først, så klienten føler sig set, hørt og forstået.

Sammen (klienten og jeg) undersøger vi effekten af efterfødselsreaktionen

Eksternalisering af efterfødselsreaktionen

Dekonstruktion (at få efterfødselsreaktionen delt op i mindre enheder øger ofte forståelsen for kompleksiteten i problemstillingen.)

Hvilken effekt har det/den på dig/din mand/ andre?

Hvordan er efterfødselsreaktionen kommet ind i dit liv?

Ideen om efterfødselsreaktionen.

Hvilke argumenter brugte reaktionen for at komme ind i dit liv?

Hvad fremmer reaktionen?

Hvad hæmmer reaktionen?

At gå på jagt efter undtagelser. Eks:

Er der nogle tidspunkter i dit liv, hvor reaktionen ikke hænger?

”Ja, i weekenden.”

Hvad er det, der sker i weekenden, der gør, at den ikke hænger?

Hvad er det, der er så vigtigt her, der gør at efterfødselsreaktionen ikke får lov til at hænge?

Så i den situation er det så mere i overensstemmelse med, hvordan du hellere vil være som mor?

Hvad kan dit barn se om dig der?

Så hvad kan I så gøre mere af?

Hvad gjorde du så som mor, der var så godt? Kan du gøre mere af det fremover?

Det vil sige, undtagelser → bliver til en ny historie. En historie, der måske kan dominere mere i kvindens liv end den gamle historie

Men for at gøre en ny historie levedygtig skal den:

A) Bevidnes (forstærker den nye historie så den bliver livskraftig).

B) Leves (hvad siger det om dig, at du kan tage det her skridt). Hvem i dine omgivelser ville sige, at du har disse færdigheder? Hvis din mor så dig gøre det her nu, ville hun så blive glad? Hvad ville hun ønske for dig? Ville I være enige om det?

(Re-memoring se bilag22,23).

C) Handleplan fremad.

Hvad er det, I hver især gør i weekenderne, der bliver så magtfuldt, at I styrer mere end efterfødselsreaktionen?

Hvad kan I mere gøre?

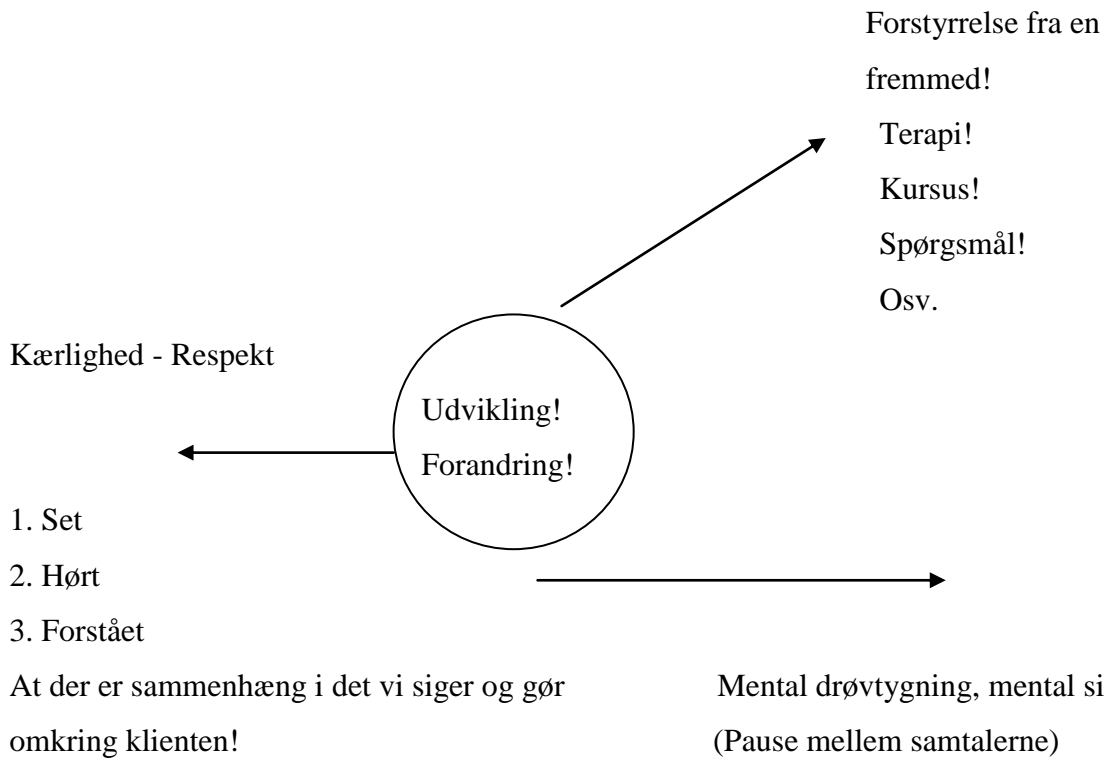
Brug skala spørgsmål (fra 1-10) for at tydeliggøre forskelle i hvornår efterfødselsreaktionen hænger. (figur 52)

Hvad er det ,vi sammen (den professionelle og familien) kan gøre, så vi får magten over reaktionen?

Jeg har nu beskrevet flere forskellige indfaldsvinkler, som inspiration til intervention i familier, der for tiden er ramt af en efterfødselsreaktion. Hvis jeg skal beskrive det i en metafor, kunne det se således ud: Når jeg er i teatret oplever jeg, at hvis scenen er oplyst, er det det, der er projektør på, der bliver opmærksomhed på. Det er vigtigt at udforske resten af

det, der er på scenen, for det er også en del af historien. Terapi er også at se det, der ikke er projektør på (se figur 53).

Fig. 53



Andre systemiske principper/læresætninger til brug i intervention.

- Al adfærd er KOMMUNIKATION. (Man kan ikke – ”ikke” kommunikere!)
- Information er baseret på forskelle – der gør en forskel!
- Vi er alle lukkede for al anden fornuft end den, vi selv skaber!
- Ord skaber, hvad det benævner! (Grundtvig)
- Vi siger ikke det, vi siger – men det, der bliver hørt! Eller – modtageren bestemmer budskabet!
- Virkeligheden er det, vi bliver ENIG om er, dvs. virkeligheden forhandler vi os frem til gennem DIALOG der bliver til nyt Liv via dialog
- Vi kan ikke forandre andre!
- Vi kan ikke lære andre noget!
- Al adfærd er styret af FORVENTNING!

- Alle udsagn er lige værdige/gyldige eller lige ”sande”!
- Mennesker kan kun udvikle sig, hvis de defineres positivt og oplever sig respekteret – dvs. oplevet sig set – hørt – forstået!
- Alle systemer er baseret på KÆRLIGHED, anerkendelse!
- Vi er alle observatører af os selv og hinanden! (se figur 53)

Maturanas tre forudsætninger for ændring og udvikling har jeg tidligere nævnt i forbindelse med supervision, men de gælder også i samtaler med klienterne. Jeg vil omsætte det på følgende måde:

1. Kærlighed:

Maturana siger kærlighed til klienten. Nu er kærlighed sådan ”et stort skrummel ord” på Nordjysk, så jeg vil tillade mig at oversætte hans læresætning til:

Lær at holde af jeres klienter – der er altid noget, den enkelte er god til, så find ud af hvad det er, du kan holde af, respektere hos dem , Anerkende dem for.

Respekt:

At respektere andres ret til at eksister. At respektere deres ”virkelighed”

At blive set – hørt – forstået. Anerkendt for den man er – at være i gode hænder. Mødt med omsorg. Dette indebærer: At indtage en neutral, nysgerrig og ikke (for)dømmende position, den ikke vidende position(not knowing position der stammer fra H. Goolishian).

Spørgsmål:

Syntes du, jeg forstår dig?

Hvad er det vigtigt for dig, at jeg kommer til at forstå? (se figur 53).

2. Tilpas forstyrrelse:

En tilpas forstyrrelse, sproglig gøre – udfordre de vante positioner og perspektiver, Indføre hypoteser/metaforer/alternative historier. Være ordtilbyder. © (bilag 17).

3. Tid til at være alene:

Mentalt drøvtyggeri, at være alene for en stund, som en mental si

Spørgsmål: ”Hvornår har du tid til at tænke?”

Brug positiv omformulering, fordi ingen ændrer adfærd af kritik!

Den vanskelige samtale omsat i praksis i andre sammenhænge:

F.eks., hvor en medarbejder søger hjælp/supervision hos lederen/hos kollega til at komme videre. Forberedelsen:

1. Præcist hvad består problemet i?
2. Det nøjagtige omfang af problemet?
3. Beskriv medarbejdernes styrke?
4. Hvad er løsningen på problemet?

Samtalen:

1. Indledende problemafklaring.
2. Løsningsorienterende del.
3. Konklusioner og afslutning.

Led efter nøgleord, positive/negative:

- Ord der er energi i
- Ord med "power" i
- Arbejde med positive ord til internalisering
- Arbejde med "negative" ord til eksternalisering
- Eller "negative" ord som "hjælper" for dig

Eksempel: Hvad vil din vejleder sige? (Hvad siger de rent faktisk?)

"10-15% af det jeg laver, kan jeg ikke finde ud af."

"De 85 % er godt, hvad er det, du gør her, der gør at det går godt?"(Gå efter de positive undtagelser.)

"Hvad er din forklaring på, at de 15 % får lov til at overskygge de 85%, der går godt?"

"Hvordan vil den/de forskellige, der kender dig, forklarer, at det er blevet sådan?"

(Tale om præmisser eller leveregler m.m. se bilag 17).

"Det at 15% fylder så meget, hvad betyder det for dig?"

Der kan bringes andre perspektiver ind, evt. bruge reflekterende team.

"Hvorfor tror du netop, du har fået denne svære opgave?"

”Kan du bruge noget, af det teamet sagde?”

Medarbejderen. ”Der er mange ting.”

Supervisor:” Nævn nogle af dem.”

Nøgleord, som klienten siger, skrives ned

- Jeg har stor erfaring
- Jeg kan arbejde alene
- Jeg kan lide forskellige arbejdsopgaver
- osv.
- osv.

Supervisor: ”Hvad vil du helst, vi går videre med?”

Det er vigtigt at stoppe interviewet, når supervisanten/ klienten er ”bygget op”, når de er kommet til at se deres foretrukne historie og ikke kun problemhistorien.(”når de kan svæve”).

Bilag 22,23,26,27)

Efter dette afsnit, om samtalen som redskab, vil jeg nævne en anden metode til brug i intervention, nemlig:

Marte meo metoden:

Marte meo er latin og betyder 'ved egen kraft'.

Marte meo er en metode, hvor man bruger videooptagelser af samspilssituationer. Man bruger videooptagelserne af samspillet i almindelige dagligdagssituationer, som f.eks. spisning eller badning, til systematisk at observere og analysere samspillet. Ved hjælp af videooptagelserne ser man på samspillet indhold af naturlige udviklingsstøttende kommunikations-potentialer. Dette begreb kommer fra den dialogform, der finder sted i det tidlige mor - barnesamspil. I det tidlige mor -barn samspil er moren sammen med barnet på en helt særlig måde, f.eks. taler hun med forhøjet stemmeleje, har tæt øjenkontakt med barnet og sætter ord på både spædbarnets og sine egne handlinger og følelser. Moren understøtter via sit stemmeleje og sit ansigtsudtryk spædbarnets stemninger.

Det er igennem et velfungerende mor -barn samspil, at det psykisk sunde barn udvikles og bliver et kompetent socialt og selvstændigt væsen. Kvaliteten af dette samspil har stor betydning for en persons måde, at være sammen med andre mennesker på.

Vi har alle elementer af naturlig udviklingsstøttende kommunikationspotentialer, og ved at blive opmærksom på disse kan samspillet kvalitet blive forbedret.

'Ved egen kraft' betyder, at samspilsændringerne kommer fra personen selv. Ved at blive opmærksom på, hvordan vi kommunikerer med andre, kan vi være med til at ændre uhensigtsmæssige samspil og forbedre den følelsesmæssige relation.

Marta meo metoden består af seks elementer.

- 1) Teknisk udstyr
- 2) Videoptagelse
- 3) Interaktionsanalyse
- 4) Professionel diagnoseliste ud fra Marte meo - principperne
- 5) Marte meo - billeder i samspillet
- 6) Tilbage melding på videoptagelserne til de involverede.

Teknisk udstyr: Et videokamera og en videoafspiller, der kan afspille i slowmotion er nødvendige.

Video-optagelser: Metoden praktiseres ved at videoptage almindelige samspilssituationer. Det er bedst at optage både et ustruktureret og et struktureret samspil. Det strukturerede samspil er "skal" opgaver som f.eks. at få tøj på, lave lektier eller at spise sammen. De voksne er lederne, som skaber rammerne og de følelsesmæssige stemninger, for hvordan opgaven løses. Det ustrukturerede samspil er "uforpligtende" samvær, f.eks. legesituationer eller at spille et spil sammen. Det ideelle er, at det er barnet, der tager initiativerne, og de voksne som følger og understøtter barnets initiativ.

Optagelser i ca. 10-15 minutter er nok til at observere og analysere samspillet. Interventionen tager udgangspunkt i, hvad familien ønsker hjælp til. Det er ikke nødvendigt at kende til familiens anamnese, før man begynder på videoptagelserne.

Interaktionsanalyse: Interaktionsanalysen vurderer samspillet dynamik. Hvem tager initiativ? Hvordan modtages initiativet af den anden?

Ved at anvende videoptagelser kan man, billede for billede, gennemgå samspillet. Herved får man mulighed for, at se på det, der faktisk forgår, i stedet for formodninger og antagelser om,

hvad man tror, der foregår. Et enkelt samspil går så hurtigt og indeholder så mange dele, at vi ikke kan nå, at se alle detaljerne med det blotte øje.

Professionel diagnoseliste ud fra Marte meo principperne: Er terapeutens arbejdsredskab i forbindelse med interventionen. Den viser, hvad samspillet rummer af udviklingsstøttende principper, og hvad det mangler at udvikle.

Udviklingsstøttende principper er det samme som kommunikationspotentialer og består af fem principper(se nedenfor).

- 1) Princip - AT FØLGE INITIATIV: På videooptagelserne er det muligt at se, hvem det tager initiativer og tælle antallet af initiativer.
- 2) Princip - POSITIV BEKRÆFTELSE AT INITIATIVET: Her observeres, hvordan initiativet modtages/bekræftes af modtageren. Hvor initiativet bliver bekræftet positivt.
- 3) Princip - AT SÆTTE ORD PÅ INITIATIVET: Her ses der på om initiativerne benævnes med ord. Bliver barnets handlinger og følelser verbaliseret, og sætter den voksne ord på egne initiativer.
- 4) Princip - TURTAGNING: Her iagttages om alle deltagere er aktive i samspillet, i hvilken omfang er de aktive og hvordan organiseres turtagningen i samspillet.
- 5) Princip - POSITIV LEDELSE: Her observeres hvordan de voksne organiserer de strukturerede situationer. Hvordan taler deltagerne til hinanden? Hvordan er den følelsesmæssige stemning i samspillet?

I interventionen arbejdes der kun med et princip ad gangen.

Ud fra interaktionsanalysen og diagnoselisten vurderes barnets udvikling.

Hvad kan barnet?

Hvad har barnet mere brug for, så barnets udvikling kan støttes optimalt?

Marte meo - billeder i samspillet: I observationen og analysen af videooptagelserne er det vigtigt, at fokusere på det der lykkes, mens det der ikke lykkes naturligvis ikke ignoreres. De sekvenser af videooptagelserne, hvor den voksne viser at han/hun rummer naturlige udviklingsstøttende kommunikationspotentialer kaldes Marte meo - billeder. Ved at styrke den voksne i at udvikle kommunikationspotentialerne yderligere, ændres og bedres samspillet gradvist.

Tilbage melding af videooptagelserne til de involverede: Efter hver videooptagelse gives der en tilbage melding. I tilbage meldingen vises forældrene sekvenser af videooptagelserne, hvor samspillet fungerer. Der arbejdes kun med et 'Marte meo' princip ad gangen. I en periode på 1-2 uger arbejder familien med arbejds punktet, hvorefter der optages en ny video. Ved kun at arbejde med et princip af gangen, bliver metoden overskuelig for de implicerede, og det bliver nemmere at vise fremskridt i samspillet.

Hvad kan Marte meo metoden betyde for arbejdet i familien?

Videooptagelserne giver en bedre mulighed for at iagttage og påvirke forældre/ børn samspillet:

- Samspillet's struktur og funktion bliver tydeligere.
- Skaber en ramme, hvor forældre/barnesamspillet foregår uden vores aktive deltagelse.
- Fastholder den professionelle i en observatørrolle.
- Den naturlige udviklingsstøttende kommunikation bliver en grundlæggende faktor, som må læres/beherskes.
- Er med til at ændre forældrenes egen opfattelse af dem som forældre ved at synliggøre de positive aspekter af samspillet.
- Skaber fokus på barnets adfærdsmæssige reaktioner, når kommunikationen lykkes, og derved påvirkes forældrenes repræsentation af barnet.
- Forældre og barn får flere positive handlemuligheder i samspillet, når repræsentationerne ændres.
- Giver mulighed for at arbejde med familiens aktuelle problemer, uden at den professionelle behøver et stort kendskab til familiens historie.
- Der skal være tid og mulighed for at uddanne sig i 'Marte meo' metoden (gerne til Marte meo terapeuter), samt tid til supervision.

Som nævnt tidligere er Marte meo bare en af mange metoder. Den er meget brugbar over for nogle problemstillinger, men må frarådes, som tidligere nævnt, over for personer med visse tilknytningsmønstre /forstyrrelser. Brug af Patricia Crittendens Care index(se tidligere)ligner meget Marte meo metoden. Eller er det omvendt? Pat. Crittenden påstår nemlig, at Marte meo metoden er kopieret(det vi på vestjysk kalder stjålet) ud fra P. Crittendens metode. Men P.

Crittendens metode kan i hvert fald anbefales efter de samme principper som brug af Marteo.

AFSLUTNING.

Som det fremgår er efterfødselsreaktion/depression et sammensat begreb med mange facetter. Forslagene til intervention har jeg derfor også forsøgt at gøre brede, så det forhåbentligt kan være med til at give inspiration til de mange forskellige måder, der er at arbejde på. Når jeg specielt har valgt at fokusere på den systemiske/ narrative tilgang, er det fordi seneste engelske forskning (Leff.2010) viser, at denne systemisk /narrativ familierapitilgang er mest effektiv målt i forhold til medicin og kognitiv terapi. Jeg håber, at denne bog kan blive en lille brik i den store viden professionelle har og får om tilknytningsmønstre/ forstyrrelser betydning, om hvordan efterfødselsreaktioner / depressioner kan ramme og hærge en families liv, samt om hvad der er at gøre, ikke mindst forebyggende . Det håber jeg er lykkedes.

Lisbeth Villumsen 2013

Tak.

At sige tak til alle de mennesker der har lært mig noget, og som har inspireret gennem tiden er umuligt. Dog vil jeg gerne sige tak til Dorte Ibsen Akademisk forlag for til en start, at bruge tid på at læse manus og komme med forslag. Sidst men ikke mindst, vil jeg takke alle de familier, jeg igennem årene har været i kontakt med, I har lært mig mest.

Engelsk sammenfatning:

Reactions in connection with pregnancy and birth. "Are you ill or well when you react to stress?"

The aim of this book is to describe the experience the author has gained on the subject of postnatal depression after working in the field for the past 15 years.

The book describes the condition of postnatal depression from a theoretical and a practical perspective. It suggests various forms of intervention which can be used by professionals (e.g. health visitors) in treating women (and in some cases men) suffering from postnatal depression.

Subjects included are: How to prevent postnatal depression occurring; children's reactions to having a parent suffering from postnatal depression; the importance of attachment theory (the

mother's attachment to her own mother); a model for interdisciplinary working; types of questions that can be used; how the work can be organised; and a description of the model of working used in the Thisted district in Denmark very successfully over the past 15 years. The forms of intervention/treatment described include: the use of EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), Gotland Scale, counselling, "Marte meo" and the narrative approach. Using externalisation.

LITTERATURLISTE.

Ainsworth, M.D.S., Behar, M.R., Waters, E., Wall, S *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*, Lawrence Erlbaum(1978).

Andersen, L. Z., (2011), *Vrede er mit mellemnavn*. Gyldendal.

Andersen, T. (1996), *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne* Dansk Psykologisk Forlag.

Anderson, H., Goolishian, H. (1996), *Från påverken til medverkan. Artikel udlevet på DISPUK 2000*.

Antonovsky, A. (2000), *Helbredets mysterium*, Hans Reitzels Forlag.

Asen, E.; m.fl.(2006), *Flerfamilieterapi*. Hans Reitzels Forlag.

Asen, E.; m.fl.(2008), *Flerfamilieterapi i praksis*. Hans Reitzels Forlag.

Asen, E.(2010) *Multi - Family Therapy*. E bog.

Asen, E.; m. fl.(2012), *Multipe Family Therapy* (En del af Systemic Thinking & Practice S serien).

Asen, E.; m. fl.(2012), *Ten Minutes for the Family*. E bog.

Bartholin, A.J., Erichsen, B. (red.) (1989), *Det muliges kunst. Forebyggelse af kriser, støtte til vækst i småbørnsfamilien*, Hans Reitzels Forlag.

Bateson, G. (1984) *Mind and Nature, A Necessary Unity*, London Fontana, Dansk udgave: *Ånd og natur*, Rosenante.

Bech, P. (1999), *Stress og livskvalitet*, Psykiatrifondens Forlag.

Berggren, G. (1992), *Fødselsdepression – en beretning*, Frydenlund.

Berggren, G. (1992), *Den skjulte lidelse*, Frydenlund.

Berth, I. (1989), "Freud og udviklingspsykologien", Psyke og Logos Vol 10, (Københavns Universitet).

Berth, I. (1989), "Hvis børnepsykologien var opstået i Japan", i Psykologi og kultur (red.

Berlinger, P., & Karpatschhof, B.), Københavns Universitet.

- Bertelsen, A., Munk - Jørgensen, P. (2000) *,De psykiatriske diagnoser,* Psykiatrifondens Forlag.
- Boscola, Luigi, Cecchin, Gianfranco; Hoffman, Lynn; Penn, Peggy (1991) *Systemisk familierapi, Milano metoden,* Hans Reitzels Forlag.
- Bowlby, J. (1994), *En sikker base.* Frederiksberg Det Lille Forlag.
- Bowlby, J. (1969/85), *Attachment and Loss, Vol 1-3,* London Hogarth Press.
- Bowlby, J. (2000), *At knytte og bryde nære bånd,* Frederiksberg Det Lille Forlag.
- Broberg, A.; m.fl.(2010), *Tilknytning i praksis.* Hans Reitzels Forlag.
- Brodèn, M.B. (1991), *Mor og barn i ingenmandsland.* København Hans Reitzels Forlag A/S, s. 46-73, 102-129, 232-264.
- Brodèn, M.B. (1992), *Barnet viser vejen – hvis det bliver set* Hans Reitzels Forlag.
- Brodèn, M.B. (1992), *Psykotераpeutiske interventioner under spædbarnsperioden,* Trelleborg, Förlagshuset Swedala.
- Brodèn, M.B. (2004) *,Graviditetens muligheder.* Akademisk forlag.
- Brudal, L.F. (1983) *,Fødselens psykologi,* Oslo Aschenhoug.
- Brudal, L.F. (2000), *Psykiske reaksjoner ved svangerskap,* Bergen Fagbokforlaget.
- Burnham, J. B. (1997), *Familierapi, en introduktion til systemisk teori og praksis,* Hans Reitzels Forlag.
- Carey ,M.(2004-2013), *Notater fra undervisning.*
- Cecchin, G. (1987), "Gensyn med hypotesedannelse" *Family Process* 26, 1987, 405-413, (oversat af Ellen Bläk og Per Kirk Jørgensen DISPUK).
- Chamberlain, D. (1992), *Babyer husker fødslen,* Kreatik.
- Christensen, E.(1980), *Første barn. Sociale og psykiske ændringer for kvinden, manden og parret,* Dansk Psykologisk Forlag.
- Cole, M. & Cole, S.(1996), *The Development of Children,* W.H. Freeman and Company, New York, s. 238-255.
- Cooper, P.J., Murray, L. (1995) *Causes and Recurrence of Postnatal Depression. Evidence of the Specificity of the Diagnostic Concept,* *British Journal of Psychiatry.*
- Crittenden, P.(2002-2013) *Notater fra undervisning.*
- Davidsen-Nielsen, M., Leick, N (1987), *Den nødvendige smerte,* Socialpædagogisk Bibliotek, Munksgaard.

- Diderichsen, A.(2007), *Den psykologiske arv*. Forskningsrapport(forskning om tilknytning, som en del af forskningsprojektet ” *Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn*” Villumsen,L.; m.fl.2004) Danmarks Pædagogiske Universitet.
- Egelund, M. (1997), *En forskel, der gør en forskel*, Hans Reitzels Forlag.
- Elkaün, M. (1990), *Hvis du elsker mig, så elsk mig ikke*, Politisk Revy.
- Esser et al (1989), *Longitudinell studie af de første 8 år(DPU)*.
- FOA Bladet (1999), ”*Det svære moderskab*” Månedssblad Nr 5, maj 1999.
- Fog, J. (1998), *Saglig medmenneskelighed*, Hans Reitzels Forlag.
- Fonagy P., Steel, H. og Steel. M. (1991) 10(2)*Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organisation of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. Child Development*. Forsknings - nyt fra psykologien 2001.
- Fonagy, P.(2006), *Tilknytningsteori og psykoanalyse*. Akademisk forlag.
- Frederiksson, M. (1993), *Evas bog* Lindhardt og Ringhof.
- Fredslund ,H.(2013), *Evaluering I et narrativt perspektiv*. Dansk psykologisk forlag.
- Galler, J.R. & Harrison, R.H. (2000) ,”*Maternal Depressive Symtoms Affect Infant Cognitive Development in Barbados.*” *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 747-757.
- Gergen, K.J.(2010), *Relationel tilblivelse*. Dansk psykologisk forlag
- Goldberg, S.; Muir, R.; Kerr, J. (red.) (1995), *Attachment Theory*, NY/London, The Analytic Press.
- Graf, J, Lund-Jacobsen, D & Wermer, A (2000), ”*X - files: De personlige historiers kraft*” Fokus på familien vol 3, s. 189-204, 2000.
- Gut, E. (1991), *Den gode depression*, Hans Reitzels Forlag.
- Haaland K.R.(2007), *Løft og narrativer i professionelle samtaler*. Akademisk forlag.
- Hammer, M.T. ;m.fl.(2013),*Narrativ ledelse*. Hans Reitzels Forlag.
- Hansen, J (2003),*Udviklingsrum*, Udviklings- og forvandlingscentret for Fyn og Sønderjylland.
- Hansen, J, Hammershøj og Bossi - Andersen, G. (2003), *Tidlig indsats overfor særligt sårbare gravide og spædbørnsfamilier*. Rapport fra UFC.
- Havnesköld, L.; Risholm Mothander, P. (1997) *Udviklingspsykologi. Psykodynamisk teori i nyt perspektiv*, Hans Reitzels Forlag.
- Hertz, S.(2008),*Nye perspektiver og uanede muligheder*. Akademisk forlag.
- Hesse, E. (1999), ’*The Adult Attachment Interview – Historical and Current Perspectives*’ i Cassidy, J. og Shaver, P.R. eds. *Handbook of Attachment*, New York/London.

- Hoff, B.(1992), *Peter Plys og hans tao*, Rhodos.
- Hoffmann, L. "La oss legge makt og kontroll bak oss: Mot en 2. ordens systemisk familierapi", Fokus på Familien Vol 15, 129-145, Oslo ISSN.
- Holme, M., Humle, A. (1996), *Fra problem til løsning*, Akademisk Forlag.
- Holmes, J (1993), *John Bowlby and Attachment Theory*, London/New York
- Hårtveit, H, Johnsen, A, Tømmerås, S (1988) ,*Gennem speilet og tilbake*, Tano A.S.
- Hårtveit, H, Jensen, P. (1999), *Familien plus en - innføring i familierapi*, Tano A.S.
- Jensen, K.S. (1985) ,*Rapport fra et glashus. Om opplevelsen af en fødselspsykose*, Gyldendal.
- Jensen, P. (1994), *Ansigt til ansikt - systemisk forståelse kap. 10 Ad notam*, Gyldendal.
- Jensen, T.K., Johnsen, T.J. (2000), *Sundhedsfremme i teori og praksis*, Aarhus Forlaget Philosophia.
- Jones, E. (1996), *Familierapi i systemisk perspektiv – udviklingstendenser inden for systemisk terapi efter Milano-metoden*, Dansk Psykologisk Forlag.
- Jones, E.; Asen, E.(2010), *Systemic Couple Therapy and Depression*.(En del af Systemic Thinking & Practice S serien).
- Jones, E.; Asen, E.(2010),*Systemisk parterapi og depression*. Dansk psykologisk forlag.
- Keiser, L., Lind, M.A. (1986), *Supervision og konsultation*, Socialpædagogisk Bilbiotek, Munksgaard.
- Killen, K. (2002,) *Barndommen varer i generationer*, Hans Reitzels Forlag.
- Lindved, K. *Efterfødselsreaktioner Mænds reaktioner på graviditet, fødsel og spædbarnstid*, Gaias Forlag, Publikation nr. 5.
- Lindved, K.(1983) ,"Fødselsdepression" i Forældre og Fødsel, nr. 12.
- Lindved, K.(1980), *Graviditet, fødsel og efterfødsel*, Hans Reitzels Forlag.
- Lundby, G. (2000) ,*Narrativ terapi*. Nordisk Forlag.
- Madsen, S. A. (2002), *Fædres tilknytning til deres spædbørn*, Hans Reitzels Forlag.
- Madsen, S. A. (2000), *Bånd der brister. Bånd der knyttes*, Hans Reitzels Forlag.
- Mahler, M.S. (1988), *Barnets psykiske fødsel*, Hans Reitzels Forlag.
- Main, M. (1998), *Adult Attachment Scoring and Classification System, Version 6.3*
Unpublished manuscript, Dept of Psychology, Berkeley, California, USA.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985), "Security in Infancy. Childhood and Adulthood: A Move to the Level of Representation. Growing points of Attachment Theory and Research"

- I Bretherton, I. & Waters, E. Monographs of the Society of Research in Child Development, No. 209, Vol. 50.
- Marner, T. (1994), *Kom - lad os snyde problemet*, Hans Reitzels Forlag.
- Marner, T., ”*Barnet i familierapi*” Fokus på familien, 4/99, 225-230.
- Morgan, A.(2007), *Narrative samtaler*. Hans Reitzels Forlag.
- Mosbæk, C. (1996), *Det nyfødte barn – de nye forældre*, Hans Reitzels Forlag.
- Murray, L; Andrews, L. (2000) *The Social Baby*, Richmond, Surrey, UK.
- Møller, B.; Holm, P. (red), *Når mor eller far er psykisk syg*, Socialt Udviklingscenter, SUS.
- Nørretranders, T. (2000), *Mærk verden: En beretning om bevidsthed*, Gyldendal.
- Oestrich, I.H. (1987), *Tanker og følelser*, Munksgaard.
- Oestrich, I.H. (1998), *Selvtillidstræning*, Psykiatrifondens Forlag.
- O'Hara, M.W., Stuart, S., Gorman, L.L. & Wenzel, A. (2000). ”*Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression*” Archives of General Psychiatry, 57, 1039-1045
- Penn, P. (1985) ”*Feed-forward: Future Questions. Future Maps*” Family Process vol 24, nr. 3 (dansk oversættelse).
- Poulsen, A. (1994), *Børns udvikling*, København Gyldendals Forlag A/S.
- Rechenbach, A, Cashman, B. (1999) ”*Tilknytningsteorien og dens anvendelse i klinikken*” i Nordisk Psykologi, vol. 51, nr. 1.
- Rechenbech, A. & Lampe, L. (1996), ”*Når tilknytning er et problem*” ,Psykolog Nyt No. 2.
- Roug, P. (2002), *Marte meo i praksis – bedre samspil ved egen kraft*, Gyldendal.
- Russell, S; Carey, M.(2007),*Narrativ terapi spørgsmål og svar*. Hans Reitzels Forlag.
- Schaffer, R.H. (1993), *Beslutninger om børn*. Hans Reitzels Forlag.
- Schilling, B. (1997), *Systemisk supervisionsmetodik* Dansk Psykologisk Forlag.
- Schødt, B., Egelund, Thor Aage (2000), *Fra system teori til familierapi*, Paludans Forlag, 2. oplæg.
- Sebastian, L. (1998), *Overcoming Postpartum Depression and Anxiety*, Addicus Boos, Omaha, Nebraska.
- Seltzer, W.J.(2005) ,*Familie hemmeligheder*. Akademisk Forlag.
- Selvini Palassoli, M., Boscola, L., Cecchin, G., Prata, G. ”*Hypotesedannelse, cirkularitet, neutralitet. Nøgleord i familierapi*” Family Proces vol 19, nr. 1 1980, oversat af Knud Munck, *Forum* 2/94.
- Sisson, C.P. (1991), *Rebirthing*, Forlaget Lotus.
- Skingen, B.Å. (årstal) ”*Fra systemets symptom til systemets system*” Fokus på familien nr. 2.

- Smith, L., Ulvund, S.E. (1999), *Spædbarnsalderen*. Oslo Universitetsforlaget.
- Socialforskningsinstituttet (1996) *Schams undersøgelse*.
- Sommer, D. (1996), *Barndomspsykologi – udvikling i en forandret verden*. København. Hans Reitzels Forlag A/S, kapitel 4 & 5.
- Steele, M., Steele, H; Fonagy, P. (1996) "Associations Among Attachment Classifications of Mothers, Fathers and Their Infants: Evidence for a Relationship-Specific Perspective" I *Child Development*, 3, 1996.
- Stern, D.N. (2000), *Spædbarnets interpersonelle verden*. København Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D.N. (1997), *Moderskabskonstellationen*. København Hans Reitzels Forlag A/S.
- Stern, D.N. (1998), *De første seks måneder*,. København Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D.N., Bruschiweiler - Stern, N., Freeland, A. (2001), *En mor bliver til*, København Hans Reitzels Forlag.
- Sündet, R.(1988) 'Objektivitet i parentes' Fokus på familien nr.1.
- Sundhedsstyrelsen (1995),*Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier*.
- Sundhedsstyrelsen (1998), *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse*.
- Tomm, K. (1989), *Systemisk intervjuetodik*. Moreld, Stockholm.
- Tomm, K. (1992), "Er hensigten at stille lineære, cirkulære strategiske eller reflektive spørgsmål" (nyoversat af Torben Marner, Forum 4/92).
- Tomm, K. (1992), " København middel til at fremme selvhelbredelsen" kap. 5, oversat i Forum 3/92.
- Uddenberg, N. (1977),*Graviditeten og fødselens psykologi*, Hans Reitzels Forlag.
- Van Ijzendoorn, M.H. og Backermans-Kranenburg, M. (1995), 'Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness and Infant Attachment – A Metaanalysis of the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview.' *Psychological Bulletin*.
- Villumsen,L. (1992), "Fødselsdepressioner – efterfødselseffekt" Forældre og Fødsel, Nr 11, november 1992.
- Villumsen, L. (1992), *Indslag på TV2 om efterfødselsreaktioner*.
- Villumsen, L. (1999) "Er man syg eller er man sund, når man reagerer på overbelastning?" Forældre og Fødsel Nr 1, 1999.
- Villumsen, L. (1993-2002) *Forebyggelse af efterfødselsreaktioner i Region Nord, Viborg Amt:1-4. del rapporter*, Thisted Kommune.
- Villumsen, L. (2002) *Indslag i Søndagsmagasinet*, DR1 om efterfødselsreaktioner.

- Villumsen, L. (red. Hansen, M.) (2003) *Afsnit om efterfødselsreaktioner* bragt i Sundhedspleje teori og praktik, Munksgaard.
- Villumsen, L. (2004) *Samlet evaluering af projekter i Thisted Kommune (1989-2004)*.
- Villumsen, L. (2004) *Indslag på TV 2 om forskning vedr. efterfødselsreaktioner*.
- Villumsen, L. og Guldager, E., (2004). *Evaluering af projekt: 'Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn - et metode udviklingsprojekt'*(kan ses på www.livviadialog.dk).
- Villumsen, L. (2005), *Hvad er en efterfødselsreaktion?* Systemisk Forum 02/05.
- Villumsen, L. (2006), *At arbejde systemisk i familierarbejdet f.eks. med efterfødselsreaktioner?* Systemisk Forum 02/06.
- Villumsen, L. (2006), *Brug af Livscirklen og familiecirklen*. Systemisk Forum 04/06.
- Villumsen, L. (2012 - 2013), *Guidelines til professionelle om forebyggelse af reaktioner i forbindelse med at blive forældre*.(bragt i fagbladene Psykoterapeuten og i Sundhedsplejersken).
- Villumsen, L. (2013), *At arbejde med anerkendende pædagogik i arbejdet med børn og familier*. Bragt tidligere bl.a. i Systemisk Forum. www.Livviadialog.dk Artikler omhandlende emnet. 2013.
- Wambach, H. (1981), *Livet under livet*, Borgen.
- White, M. (1997), *Pseudo-enkopres - från nederlag till seger, från onda till goda cirklar* kap. 11.
- White, M.(2007), *Narrativ terapi med børn og deres familier*. Akademisk Forlag.
- White, M.(2008), *Kort over narrative landskaber*. Akademisk Forlag.
- Winnicott, D.W. (1996), *Familien og den individuelle udvikling*, Det lille forlag.
- Wisterstrøm, L. (2000) ,”*Kontext og diagnos*”, Fokus på familien, 1/2000, 38-49.
- Yalom, I.D. (2001), *Kærlighedens bøddel*, Hans Reitzels Forlag.
- Zachariae, B. (1992), *Visualisering og helbredelse*, Munksgaard.
- Ølgaard, B. (1999), *Kommunikation og økomentale systemer*, Akademisk Forlag.