

Perfeksjonisme som risikofaktor for postnatale mentale helseproblemer: en systematisk oversikt



10. semester psykologi

Kandidatspesiale

Camilla Baldishol Lindblad

Studienummer: 20165562

Spesialeveileder: Casper Schmidt

Rapportens samlede antall tegn (med
mellomrom og fotnoter): 157485

Svarende til antall normalsider: 65.6

Kandidatutdannelsen, Psykologi

Aalborg Universitet, 28.05.2021

Abstract

Introduction and objective: Postnatal mental health problems are a global problem that affects the well-being and functioning in over 10% of women, as well as the child's development, costing society billions. Therefore, it is crucial to identify risk factors to prevent the onset of mental illness and/or symptoms the first year after birth. One such factor may be the consistently more prevalent need to set unrealistically high expectations and standards for oneself, and consequently critically evaluate one's own behavior. The objective of this master thesis is therefore to investigate to what degree perfectionism may increase the risk of developing different mental illnesses and/or symptoms among mothers in the postpartum period.

Method: A systematic review, based on the PRISMA guidelines, retrieved cohort studies and case-control-studies from database search in Embase, PsycInfo and PubMed, March 29, 2021, to investigate the forementioned research question. Eligibility criteria included peer-reviewed, research articles using quantitative and validated measures for assessing the relationship between perfectionism and mental health problems among mothers the first year after birth. The participants were over 18 years of age and without the need for special assistance.

Results: The seven studies identified used five different self-report measures of perfectionism, where depression was assessed using DSM-IV and ICD-10 criteria by two studies and six administered self-reported measures to evaluate symptoms of depression, anxiety and/or post-traumatic stress disorder. Five studies found a weak to moderate association between perfectionism and depressive symptoms. Two studies investigating depressive disorder showed inconsistent results. A moderate relationship was identified by one study between perfectionistic concerns and anxiety symptoms, and another study reported a weak relation between perfectionism and PTSS. Still, two of the studies identified postnatal symptoms of depression and anxiety as moderating the effect of perfectionism on postnatal symptoms. As well as one study did not identify a relationship between perfectionism and depressive symptoms when controlling for other established risk factors and body dissatisfaction. Furthermore, the analysis of risk of bias indicated that all studies had reduced internal validity.

Conclusion: A weak to moderate relationship was identified, but few studies were retrieved, there are several methodological issues in the included studies as well as lack of grounds to infer causality, and there is the possibility that other factors are more evident and/or mediate the relationship between perfectionism and postnatal mental health problems. Thus, the results indicated that perfectionism may, to some degree, make new mothers more vulnerable to depression or symptoms of depression, anxiety, or PTSD, but the systematic review cannot conclude that it is an especially prominent risk factor for postnatal mental health problems. Moreover, the evidence does not support the need for a systematic evaluation of perfectionism in the perinatal period but advocates for enhanced awareness of possible negative effects of perfectionism and identification of especially vulnerable women with perfectionistic tendencies. More longitudinal studies with multiple measure points and assessment of moderating factors between perfectionism and postnatal mental health problems are required, as well as experimental designs with randomization allowing to assess causality to a stronger degree. Furthermore, it would be advantageous to administer performance-based or observer-rated measures for perfectionism, as well as utilizing more diagnostic criteria and interview to assess postnatal mental health disorders.

Additional perspectivation: The results of the systematic review, as well as additional theory and research, were used to discuss the possibility of treating different postnatal mental health problems through reducing perfectionistic concerns, as well as focusing on disruptive perfectionistic tendencies in therapy to enhance the therapeutic alliance.

Limitations: Significant limitations of the systematic review are that data extraction and critical appraisal was conducted by a single individual which may have caused bias, not all relevant studies were identified, and there is the possibility of publication bias.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	DET INNEVÆRENDE SPESIALETS HENSIKT OG PROBLEMFORMULERING.....	2
1.2	BEGREPSAVKLARING OG AVGRENSNING	3
1.3	SPESIALETS OPPBYGGING.....	4
2	TEORETISK BAKGRUNN	5
2.1	MENTALE HELSEPROBLEMER I DEN POSTNATALE PERIODEN.....	5
2.1.1	<i>Den stressende postnatale perioden.....</i>	<i>5</i>
2.1.2	<i>Postnatal psykisk sykdom</i>	<i>7</i>
2.2	PERFEKSJONISME	8
2.2.1	<i>Fra et endimensjonalt, til et flerdimensjonalt konstrukt</i>	<i>8</i>
2.2.2	<i>Et komplekst fenomen.....</i>	<i>11</i>
2.2.3	<i>Oppsamling og en videre begrepsavklaring av perfektjonisme.....</i>	<i>12</i>
2.3	PERFEKSJONISME OG PSYKOPATOLOGI	13
2.3.1	<i>En kognitiv atferdsmodell.....</i>	<i>14</i>
2.3.2	<i>The Perfectionism Social Disconnection Model</i>	<i>15</i>
2.3.3	<i>Perfeksjonisme, stress og emosjonsregulering.....</i>	<i>16</i>
2.3.4	<i>Oppsamling</i>	<i>18</i>
2.4	BAKSIDEN AV Å VÆRE DEN «PERFEKTE» MOR	18
3	METODE.....	19
3.1	KRITERIER FOR KVALIFISERING	20
3.1.1	<i>Bakgrunn for kriterier</i>	<i>22</i>
3.2	SØKESTRATEGI OG INFORMASJONSKILDER	25
3.2.1	<i>Argumentasjon for søkestrategiene og valg av databaser</i>	<i>26</i>
3.3	METODE FOR STUDIESELEKSJON	28
3.4	DATAINNSAMLING OG DATAENHETER	29
3.5	SYNTESEMETODE	30
3.6	ANVENDTE VERKTØY FOR Å ANALYSERE KVALITETEN TIL INDIVIDUELLE STUDIER OG DEN INNEVÆRENDE SYSTEMATISKE OVERSIKTEN	30
3.6.1	<i>Kriterier for analysen av risiko for bias i individuelle studier.....</i>	<i>31</i>
3.6.2	<i>Kriterier for analysen av risiko for bias i den inneværende systematiske oversikten... </i>	<i>33</i>
4	RESULTATER	33
4.1	STUDIESELEKSJONEN	34
4.2	STUDIEKARAKTERISTIKKER	36
4.3	RISIKO FOR BIAS I INDIVIDUELLE STUDIER	38
4.4	RISIKO FOR BIAS I DEN INNEVÆRENDE SYSTEMATISKE OVERSIKTEN	40

4.5	KVALITATIV SYNTESE AV FUNN	41
4.5.1	<i>Depressiv lidelse og/eller symptomatologi</i>	41
4.5.1.1	Anvendte måleinstrumenter	42
4.5.1.2	Studier som har anvendt Frost Multidimensional Perfectionism Scale	42
4.5.1.3	Studier som har anvendt andre måleverktøy for perfeksjonisme	44
4.5.2	<i>Angstsymptomatologi</i>	45
4.5.3	<i>Post-traumatisk stress symptomatologi</i>	45
4.6	PERFEKSJONISME SOM RISIKOFAKTOR FOR POSTNATALE MENTALE HELSEPROBLEMER.....	46
5	DISKUSJON	47
5.1	METODISKE BETRAKTNINGER	48
5.1.1	<i>Styrker og begrensinger ved enkeltstudiene</i>	48
5.1.2	<i>Styrker og begrensinger ved den inneværende systematiske oversikten</i>	51
5.1.3	<i>Oppsamling</i>	53
5.2	RESULTATDISKUSJON	54
5.2.1	<i>Perfeksjonisme og postnatal depressiv lidelse og/eller symptomer</i>	54
5.2.2	<i>Perfeksjonisme og angstsymptomatologi</i>	57
5.2.3	<i>Perfeksjonisme og post-traumatisk stress symptomer</i>	58
5.2.4	<i>Hvorfor er perfeksjonisme kun assosiert med postnatale mentale helseproblemer i liten til moderat grad?</i>	60
5.3	IMPLIKASJONER FOR KLINISK PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING	62
5.3.1	<i>Er det relevante å systematisk evaluere for perfeksjonisme i den perinatale perioden?</i> 62	
5.3.2	<i>Anbefalinger for fremtidig forskning</i>	64
6	KONKLUSJON	66
7	EN PERSPEKTIVERING FOR PSYKOTERAPEUTISK PRAKSIS	68
7.1	PERFEKSJONISME OG BEHANDLING AV POSTNATALE MENTALE HELSEPROBLEMER	68
8	REFERANSELISTE	71
9	PENSUMLISTE.....	81

1 Innledning

Det er ingen tvil om at det å bli mor er en fantastisk opplevelse for de fleste. Likevel kan det første året som mor være en skremmende, ukontrollerbar og stressende periode, der ens tidligere relasjonelle mønstre og roller blir brutt, rutiner endres, en får lite søvn og en skal lære å trøste et gråtende spedbarn (Quatraro & Grussu, 2020b, pp. 233-236). Følgelig er det første året etter fødsel en sårbar tid, der flere kan utvikle en rekke ulike symptomer eller psykiske lidelser (Quatraro and Grusso, 2020a, p. 32f). Psykisk sykdom etter fødsel er et omfattende problem der eksempelvis 10% utvikler angst, 13% oppfyller trolig kriteriene for mild depresjon og 7% får alvorlig depresjon innenfor 3 mnd. postpartum (Meltzer-Brody et al., 2018, p.1; Milgrom & Gemmill, p. 326). Hertil er psykisk sykdom en av hovedårsakene til dødsfall blant mødre det første året etter fødsel (Bramante, 2020, p. 412), og tall fra Storbritannia viser til at bare depresjon, angst og psykose i perinatal periode koster samfunnet milliarder av kroner (Bramante, 2020, p. 413). Følgelig er det et behov for å forebygge mot postnatal psykisk sykdom og symptomatologi.

Både i Norge og i Danmark er det anbefalt at helsepersonell kartlegger den mentale tilstanden til gravide og nye mødre, samt deres tanker angående fødsel og barsel (Helsedirektoratet, 2019, p. 2; Sundhedsstyrelsen, 2013, pp. 42 & 180). Oppmerksomhet og vurdering av fremtidige og nye mødres mentale tilstand anses som essensiell, da det er en sårbar tid for å utvikle psykisk sykdom, men også pga. stigma (Bramante, 2020, pp. 391 & 393f). Siden barselstiden også er kjent som en gledens tid, er det stigma knyttet til det å utvikle psykisk sykdom i denne perioden, som videre kan hindre flere kvinner i å uttrykke negative følelser eller spørre om hjelp (Bramante, 2020, p. 393f). Følgelig er tidlig vurdering av psykososial risiko og sykdom essensielt hos alle kvinner for å kunne starte intervensjon hurtig, ved behov (Bramante, 2020, pp. 392). Ved å få et bredere overblikk over ulike problemområder og risikofaktorer, er det mulig å skape innblikk i kvinnens fremtidige håndtering av sin rolle som mor (Bramante, 2020, p. 407). I forlengelse herav økte undertegnede interesse for å undersøke hvorvidt perfektionisme og behovet for å være eller virke som den perfekte mor øker

risikoen for å utvikle mentale helseproblemer, og om perfektjonisme derfor burde evalueres systematisk hos alle kvinner i den perinatale perioden.

Perfeksjonisme er bredt definert som; en streben etter ekstremt høye og ofte urealistiske standarder, som følgende medfører tanker og opptatthet av hvordan disse standarder blir møtt, og en svært selvkritisk evaluering av en selv (Sirois & Molnar, 2016, p. 1). Dette fenomenet er særlig interessant å undersøke som en mulig modifiserbar risikofaktor da det er funnet assosiert med forskjellige former for psykopatologi (Limburg, Watson, Hagger & Egan, 2016, p. 1318), samtidig som at det er antatt at å behandle perfektjonisme kan redusere symptomer på tvers av en rekke domener (Egan, Wade & Shafran, 2011, pp. 204-207). Derutover, gjennom en metaanalyse, fant Curran og Hill (2019) en økning på 10-32% av perfektjonistiske trekk hos kanadiske, amerikanske og britiske studenter mellom 1989 og 2017 (p. 418f). Følgelig, i lys av en økende forekomst av perfektjonistiske trekk hos fremtidige foreldre, samt dets assosiasjon med flere psykiske lidelser, er det essensielt å kartlegge om mødre med perfektjonistiske tendenser er sårbare for å utvikle mentale helseproblemer i den postnatale perioden.

1.1 Det inneværende spesialets hensikt og problemformulering

Med en interesse for å bidra med mer kunnskap tilknyttet forebyggende arbeid av postnatale mental helseproblemer, så har det inneværende spesialet som formål å undersøke hvorvidt perfektjonisme kan være en risikofaktor for å utvikle postnatale psykisk sykdommer og/eller symptomer. Derfor, med den antagelse at perfektjonisme er assosiert med psykopatologi, som sett i tidligere forskning, er det inneværende spesialets problemformulering som:

I hvilken grad kan perfektjonisme øke risikoen for å utvikle flere psykiske sykdommer og/eller symptomer hos mødre i den postnatale perioden?

For å besvare problemstillingen blir spesialet utformet som en systematisk oversikt (*systematic review*) over empirisk litteratur som allerede har undersøkt forholdet

mellom perfeksjonisme og postnatale mentale helseproblemer. Resultatet fra oversikten har til hensikt å kunne belyse hvorvidt perfeksjonisme øker ens sårbarhet for flere lidelser og symptomer, og i hvilken grad det øker risikoen for å utvikle postnatale mentale helseproblemer. Samt vil det gi mulighet for å se hvilke psykiske lidelser og/eller symptomer som er undersøkt i feltet, og det vil i forlengelse herav kunne drøftes hvordan perfeksjonisme eventuelt kan fremme de gjeldende diagnose -eller symptombildene. Samtidig har spesialet som formål å anvende oversikten til å belyse spørsmålet: *Er det relevant å systematisk evaluere perfeksjonisme hos kvinner i den perinatale perioden for å forebygge mot psykisks sykdom og/eller symptomer post-partum?*

Selv om assosiasjonen mellom perfeksjonisme og psykisk sykdom har blitt undersøkt igjennom tidligere systematiske oversikter eller metaanalyser, vil resultatet fra det inneværende spesialet kunne bidra med relativt konkret viten tilknyttet mødre i den postale perioden. Dette for å kunne gi mer spesifikke anbefalinger til videre praksis med hensyn til perinatal omsorg.

1.2 Begrepsavklaring og avgrensning

Begrepet «mentale helseproblemer» omhandler og refererer til psykisk sykdom eller symptomer på psykisk sykdom i det inneværende spesialet. Psykisk sykdom, eller mentale atferdsmessige eller nevrologiske utviklingslidelser er syndromer, som er karakterisert av klinisk signifikante forstyrrelser i kognisjon, emosjonsregulering eller atferd pga. dysfunksjon i de psykiske og/eller atferdsmessige kapasiteter (WHO, 2020, 06). Syndromene medfører også personlig lidelse og/eller vanskeligheter i et eller flere viktige domener av livet (WHO, 2020, 06). Syndromer er en samling av symptomer og tegn som observeres av en undersøker, og som tyder på en underliggende felles patogenese, forløp og behandlingsbehov, mens symptomer er derimot en subjektiv opplevelse av en patologisk tilstand (Simonsen & Jørgensen, 2017, p. 1015). Følgelig skal symptomer ikke forveksles med en psykisk lidelse, med symptomer er likevel relevant å undersøke da de også kan generere personlig lidelse og dysfunksjon, samt redusert livskvalitet (Milgrom & Gemmill, 2020, p. 325; Smith, Sherry, Ray, Hewitt & Flett, 2021, p. 1). Begge fenomener blir undersøkt i det inneværende spesialet

utelukkende hos mødre i den postnatale perioden/postpartum perioden, som referer til siste del av den perinatale perioden - det først året etter fødselen (Bramante, 2020, pp. 392f). En mer omfattende beskrivelse av spesifikt postnatale mentale helseproblemer vil bli redegjort for i avsnitt 2.1.

Derutover vil det inneværende spesialet referere til perfeksjonisme på basis av definisjonen nevnt innledningsvis av Sirois og Molnar (2016), da definisjonen inneholder de hyppigst refererte elementer tilknyttet perfeksjonisme (Sirois og Molnar, 2016, p. 1; Stoeber, 2018b, p. 378). Likevel er det ingen universal definisjon, og det er mange former for og forståelser av perfeksjonisme (Stoeber, 2018b, p. 378f). Dermed vil en full begrepsavklaring tilknyttet perfeksjonisme kun gi mening etter en mer omfattende redegjørelse for ulike teoretiske forståelser av konstruktet. En videre begrepsavklaring blir derfor presentert i den teoretiske bakgrunnen (jf. 2.2.3).

1.3 Spesialets oppbygging

Mer utfyllende beskrivelser av innholdet til de ulike hoveddeler i spesialet (teoretisk bakgrunn, metode, resultater og diskusjon) vil bli presentert løpende. Overordnet så omhandler den første del av spesialet redegjørelser av relevant empiri og teori med henblikk på å oppklare hva perfeksjonisme og postnatale mentale helseproblemer innebatter, og hvordan fenomenene kan være relaterte. Denne del er også bakgrunnen for senere diskusjoner av resultatene fra den kvalitative syntesen og analysen, samt perspektivering. Deretter vil der være et metodeavsnitt som redegjør i større omfang for hensikten og styrkene til systematiske oversikter, samt PRISMA. Dette vil videre guide den metodiske prosedyren for datainnhenting, syntese og analyse. Videre blir resultatet fra den systematiske litteraturundersøkelsen presentert og analysert med henblikk på å besvare den overordnede problemstillingen. Følgende blir metodiske begrensinger og styrker i de innsamlede studier og det innværende SO diskutert, før en videre drøfting angående mulige teoretiske og metodiske årsaker til resultatene. Delspørsmålet vil også bli forsøkt besvart, med henblikk på videre perspektivering av undersøkelsens betydning for forebyggende klinisk praksis. Anbefalinger for videre fremtidig forskning blir deretter fremlagt. Videre vil spesialets konklusjon ha til hensikt å besvare problemformuleringen, samt delspørsmål. Avslutningsvis vil en ekstra

perspektivering anvende undersøkelsens resultater og annen teori til å drøfte hvorvidt perfeksjonisme er relevant å fokusere på i behandling av postnatale mentale helseproblemer.

2 Teoretisk bakgrunn

Den teoretiske bakgrunnen vil bestå av tre hoveddeler. Den første del er en redegjørelse for mental helse i den postnatale perioden, med fokus på hva som gjør perioden til en sårbar periode, og hva som kjennetegner postnatal psykisk sykdom. Andre del omhandlet perfeksjonisme som konstrukt, ulike forståelser av fenomenet, samt prosjektets endelige begrepsavklaring og avgrensning. Hertil vil det bli redegjort for empiri og teoretiske modeller med henblikk på å forklare hvordan perfeksjonisme kan medføre psykopatologi generelt. Det avsluttende avsnittet vil avrunde og oppsamle den teoretiske bakgrunnen ved å kort beskrive baksiden av å ville være den perfekte mor og det mulige forhold mellom perfeksjonisme og postnatale mentale helseproblemer.

2.1 Mentale helseproblemer i den postnatale perioden

Først vil der være en redegjørelse for den postnatale perioden som en mulig stressende periode for mange, samt konsekvenser av stress. Deretter vil postnatal psykisk sykdom og konsekvenser herav, blir redegjort for.

2.1.1 Den stressende postnatale perioden

Selv om året etter fødsel er ansett som en tid for vekst og berikelse for de fleste, er også denne perioden karakterisert med fysiologiske og psykososiale endringer som kan medbringe emosjonelt ubehag og stress (Fahey & Shenessa, 2013, p. 613; Quatraro & Grussu, 2020b, p. 233). Stress er en automatisk, fysiologisk respons¹ til faktiske eller persiperte trusler, som aktiverer bl.a. glukokortikoider (Kingston &

¹ Trusselen aktiverer det sympatiske nervesystemet og den nevroendokrine hypothalamus-hypofyse-binyre (HPA) aksens.

Mughal, 2020, p. 41). Disse hormonene kan generere en rekke fysiologiske hendelser og endringer i hjernen som kan medvirke til epigenetiske endringer, nevrogenese, nevroinflammasjon, omlegging av nevralt kretser og remodulering av nevroner og synapser (Kingston & Mughal, 2020, p. 41). På kort sikt er stress adaptivt, men over lengre tid kan stress medføre en rekke fysiologisk (f.eks. et overaktivt stresssystem og for meget glukokortikoider) og opplevelsesmessige (f.eks. emosjonell utmattelse, tap av kontroll, og redusert selvtillit) bivirkninger, som kan vedvare i måneder og år (Kingston & Mughal, 2020, p. 41). Stress kan derfor skape problemer for mange i en tid som er kjennetegnet med flere stressorer.

I de første 6 til 8 ukene i etterkant av fødselen kan flere oppleve fysiske stressorer som hodepine, ryggsmarter, hemoroider, hormonelle svingninger, søvnproblemer og livmor involusjon (Quatraro & Grussu, 2020b, p. 233). Derutover er det flere psykososiale stressorer som kan være gjennomgående i den postnatale perioden, som nye relasjonelle rutiner, manglende sosial støtte, tvil over egne evner som mor, frykt for at noe skal skje med barnet, press for å komme tilbake til vekten før graviditet (Quatraro & Grussu, 2020b p. 233f) og alterert selversepsjon og kroppsbilde (Fahey & Shenessa, 2013, p. 613). Samtidig skal en lære å forstå det nye barnet, og man har ansvaret for dets overlevelse (Quatraro & Grussu, 2020b p. 234). Stress fra slike fysiske og emosjonelle stressorer kan videre forsterkes av den reduserte tid for egenpleie og avslapning, som kommer av at barnet krever ens fulle oppmerksomhet døgnet rundt (Quatraro & Grussu, 2020b p. 234).

Emmanuel og St. John (2010) beskriver hvordan det er normalt å oppleve moderlig psykologisk stress (*maternal distress*) i den første tiden (pp. 2104f & 2111). Dog vil den emosjonelle responsen til morskapsovergangen, endringer i ens kropp, roller, relasjoner og sosiale omstendigheter, ha stor effekt på hvorvidt en opplever vedvarende moderlig stress (Emmanuel & St. John, 2010, pp. 2104f & 2111). For noen vil overgangen oppleves så stressende at man ikke makter å tilpasse seg sin nye rolle, ei heller ansvaret om å ta vare på seg selv og familien (Emmanuel & St. John, 2010, p. 2111). Det kan fremprovosere en rekke negative følelser som ensomhet og utmattelse, samt dysfunksjon, psykisk sykdom og overordnet redusert mental helse (Emmanuel & St. John, 2010, p. 2111). Følgelig er det en særlig sårbar periode for kvinner å utvikle eller få tilbakefall av psykisk sykdom (Biaggi & Pariante, 2020, p. 353).

2.1.2 Postnatal psykisk sykdom

Psykiske lidelser i postpartum ble tradisjonelt oppdelte i *baby blues*, postpartum depresjon og postpartum psykose (Bramante, 2020, p. 391). I dag er dog denne kategoriseringen utdatert, og det er velkjent at spekteret av postpartum lidelser kan utfolde seg som; bl.a. emosjonell ustabilitet, irritabilitet, gråting, sinne, hallusinasjoner og delirium (Bramante, 2020, p. 391). Hertil har den nyeste ICD-11 vedlagt to kategorier av syndromer (6E20, 6E21) omhandlende mentale eller atferdsmessige lidelser assosiert med graviditet, fødsel eller puerperium, som samtidig understreker at spesifikke syndromer skal tildeles hvis personen oppfyller kriteriene for en gitt diagnose (WHO, 2020, 6E21). Som nevnt innledningsvis er både angst og depresjon prevalent i den postnatale perioden (Meltzer-Brody et al., 2018, p.1; Milgrom & Gemmill, p. 326). Det også funnet at mellom 1 til 7% av postnatale kvinner kan utvikle post-traumatisk stress lidelse (Milgrom & Gemmill, 2020, p. 325f), samt at det er økt forekomst av bipolar lidelse, flere ulike typer angstlidelser, som tvangslidelse, sosial angst og spesifikke fobier (Berle & Holsten, 1997, p. Milgrom & Gemmill, 2020, pp. 325-331), og atferds lidelser (Milgrom & Gemmill, 2020, pp. 325-331). Psykotiske tilstander, herunder schizofreni, kan også forekomme eller forverres i sjeldne tilfeller (Berle & Holsten, 1997, p. 113).

Hvorvidt en person utvikler psykiske sykdom eller symptomer i perioden er vanskelig å forutsi da det sannsynligvis avhenger av en kompleks interaksjon mellom psykologiske, sosiale, biologiske, miljømessige og genetiske faktorer (Meltzer-Brody et al., 2018, p. 3). Likevel er det viktig å poengtere at det er normalt å utvikle og oppleve symptomer på psykisk lidelser i den postnatale periode (særlig depresjon og angst), uten at det skal vurderes som patologisk (Quatraro & Grussu, 2020b, p. 240). Mellom 8 og 84% av kvinner opplever *maternity blues* eller *postpartum blues* i den tidlige fase etter fødselen (Milgrom & Gemmill, 2020, p. 325; Quatraro & Grussu, 2020b, p. 240). *Postpartum blues* referer til en rekke kortvarige symptomer som kan være til stede de første 10-15 dagene, eksempelvis lavt humør, økt emosjonell sensitivitet, symptomer på en mild depresjon og en opplevelse av å være avkoblet fra barnet (Quatraro & Grussu, 2020b, p. 240f). Noen vil likevel oppleve at ulike symptomer vedblir, og

eventuelt blir så omfattende at de medfører personlig lidelse og dysfunksjon og mulighets psykiske lidelser (Milgrom & Gemmill, 2020, p. 325).

Avslutningsvis, postnatale mentale helseproblemer har ikke kun negativ effekt på morens egen trivsel og funksjon, men kan også påvirke kvaliteten av omsorgen for barnet, og dermed barnets utvikling (Fahey & Shenessa, 2013, p. 613). Det kan sees i forlengelse av at *good-enough* moderlig omsorg vurderes som essensielt for at barnets behov blir møtt og en positiv utvikling forekommer (Winnicott, 1960, p. 594). Dog hvis moren ikke er i stand til å gi «god nok» omsorg pga. mentale helseproblemer eller miljømessige stressorer, kan denne utviklingsprosess bli forstyrret (Winnicott, 1960, p. 594). Det er rapportert at problemer med mental helse hos mor kan fremprovosere tidlig avslutning av amming, redusere kvaliteten av mor-barn tilknytningen, påvirke barnets kognitive utvikling, øke sannsynligheten for flere atferdsmessige problemer hos barnet m.m. (Bramante, 2020, p. 391; Fahey & Shenessa, 2013, p. 613). Dessuten kan psykiske lidelser hos kvinnen påvirke forholdet med en eventuell partner og deres velbefinnende (Berle & Holsten, 1997, p. 111). Følgelig er ikke postnatal psykisk sykdom eller symptomer kun skadelig for mor, men også den nære familie, og er dermed ekstremt viktig å forebygge mot, samt behandle raskt. I forlengelse herav er det verdt å prøve og identifisere mulige relevante risikofaktorer, som eksempelvis perfektjonisme.

2.2 Perfeksjonisme

Som nevnt i begrepsavklaringen (jf. 1.2) så er det ingen universal definisjon for perfektjonismen, og det er flere former for perfektjonisme. De nedstående avsnitt (inkludert avsnitt 2.3), har derfor som formål å skape bevissthet rundt ulike forståelser av perfektjonisme og dets kompleksitet, samt hvordan perfektjonisme kan genererer personlig lidelse hos enkelte.

2.2.1 Fra et endimensjonalt, til et flerdimensjonalt konstrukt

Perfeksjonisme har blitt beskrevet i litteraturen i mange tiår, dog har forståelsen endret seg noe (Sirois & Molnar, 2016, pp. 1 & 4). Før 90-tallet ble perfektjonisme i stor grad

identifisert som et endimensjonalt fenomen angående perfeksjonistiske holdninger om selvet (Rasmussen & Troilo, 2016, p. 157), og der perfeksjonisme var ansett som overordnet patologisk (Sirois & Molnar, 2016, p. 4). Eksempelvis, Horney (1951) redegjorde for en type nevrotisk person som streber etter å produsere og opprettholde et bilde av seg selv som et overlegent og perfekt menneske (Horney, 1951, p. 64f; Hollender, 1965, p. 94). Dette bilde av hvordan en «burde» være, blir ubevisst holdt opp for individet og fremlegger følgende budskap, *"Forget about the disgraceful creature you actually are; this is how you should be; and to be this idealized self is all that matter. You should be able to endure everything, to understand everything, to like everybody, to always be productive"* (Horney, 1951, p. 64f). Dette «tyranni av å burde» er umulig å leve opp til, og kan derfor gå på bekostning av personens psykiske tilstand og følelser (Horney, 1951, pp. 64-67). Videre, i teksten *Perfectionism* vurderte Hollender (1965) perfeksjonisme som måten personen presterer eller ønsker å prestere, *«the practice of demanding of oneself or others a higher quality of performance than required by the situation»* (Hollender, 1965, p. 94). De bestemte høye standardene er vanskelige å oppnå, og mislykkede forsøk kan generere selvkritiske tanker, frykt for andres bedømmelser, samt depresjon (Hollender, 1965, pp. 94 & 99). Likevel fragikk Hamachek den endimensjonale tilnærmingen, og foreslo at ulike dimensjoner av perfeksjonisme har distinkte funksjoner som kan generere både positive og negative utfall (Sirois & Molnar, 2016, p. 4).

Hamachek (1978) oppdelte perfeksjonisme i normal perfeksjonisme og nevrotisk perfeksjonisme (p. 27). Han vurderte perfeksjonisme som en generell tendens til å sette urealistiske høye standarder for sitt arbeid (Hamachek, 1978, p. 27f). Samtidig kan det være ulike motivasjoner bak ønsket om å prestere perfekt, som videre har betydning for ulike psykologiske utfall (Hamachek, 1978, p. 27f). Individer som utviser hovedsakelig normal perfeksjonisme arbeider iherdig for å forberede seg selv, men kan likevel være mindre presise og hardtarbeidende hvis situasjonen tillater det (Hamachek, 1978, p. 27f). De kan dermed oppleve tilfredsstillelse, økt selvfølelse og glede av sitt arbeid, uten selvkritikk (Hamachek, 1978, p. 27f). I kontrast, personer som utviser overordnet nevrotisk perfeksjonisme, jobber for perfeksjon, men setter ofte urealistisk høye standarder, fokuserer på å unngå feil, er sjeldent fornøyd med sin innsats og er fiksert på ideen om å burde gjøre ting bedre (Hamachek, 1978, p. 27f). Derfor blir individer med slike tendenser sjeldnere glade for seg selv og sitt arbeid, de kan

anvende unngåelsesstrategier i frykt for å feile, de kan bli utslitt før de starter på oppgaven, og de kan ofte bekymre seg over egne mangler (Hamachek, 1978, p. 27f).

I dag har noen beholdt en endimensjonal forståelse av perfeksjonisme (Shafran, Cooper & Fairburn, 2002, p. 776; Sirois & Molnar, 2016, p. 4f). Eksempelvis har Safran, Christopher og Fairburn (2002) definert klinisk perfeksjonisme som en over-avhengighet av selvevaluering i forlengelse av ens streben etter krevende, selvbestemte standarder (p. 778). Perfeksjonismen skal forekomme i minst ett viktig domene av livet, og denne streben og selvevalueringen vedblir uansett hvilke konsekvenser som måtte etterfølge (Safran et al. 2002, p. 778). Likevel, nyere forskning og konseptualiseringer av perfeksjonistiske trekk har i økende grad fulgt i Hamacheks fotspor (Sirois & Molnar, 2016, p. 5). Flerdimensjonale måleinstrumenter har vist overbevisende konstrukt validitet og det er solid støtte for at ulike dimensjoner av perfeksjonisme har distinkte funksjonelle konsekvenser for individet (Sirois & Molnar, 2016, p. 5). Faktoranalyser har også undersøkt de tre hyppigst anvendte måleverktøyene, Frost *Multidimensional perfectionism scale* (F-MPS), *Almost Perfect Scale-Revised* (APS-R) og Hewitt og Flett *Multidimensional perfectionism scale* (HF-MPS), og dertil identifisert to overdimensjoner av perfeksjonisme; perfeksjonistisk streben (PS) og perfeksjonistisk bekymring (PB) (Frost, Heimberg, Holt, Mattia & Neubauer, 1993, p. 124; Sirois & Molnar, 2016, p. 8; Stoeber, 2018a, p. 16).

PS referer til tendensen for å sette ekstremt høye, ofte urealistiske standarder, samt å kreve perfeksjon av selvet (Sirois & Molnar, 2016, p. 8). PS omhandler skalaene personlig standard fra APS-R og F-MPS (å sette høye standarder og forventinger, og fokusere på disse standarder ved selvevaluering), organisering fra APS-R og F-MPS (å ha en preferanse for og opptatthet av orden), samt selvorientert perfeksjonisme fra HF-MPS (å sette høye og ofte urealistiske, standarder for selvet, samt streng evaluering og sensurering av selvet) (Frost, Marten, Lahart og Rosenblate, 1990, p. 452f; Hewitt & Flett, 1991, p. 457; Sirois & Molnar, 2016, p. 8; Slaney, Rice, Mobley, Trippi & Ashby, 2001, p. 133f; Stoeber, 2018a, p. 16). PB derimot omhandler en ekstraordinær kritisk vurdering av egen atferd, kronisk og hard selvkritikk, opptatthet av andres evalueringer, forventinger og kritikk, samt en manglende evne til å oppleve tilfredsstillelse uansett utfallet av ens arbeid (Sirois & Molnar, 2016, p. 8). Denne dimensjonen referer til fire skaler tilhørende F-MPS: bekymring over feiltagelser (negative reaksjoner til

feiltakelser og en tro på at en mister andres respekt), tvil over handlinger (å ikke være tilfreds med sitt arbeid), og foreldres forventninger og kritikk (en tro på at foreldre setter høye standarder og er overkritiske) (Frost et al., 1990, p. 453; Sirois & Molnar, 2016, p. 8; Stoeber, 2018a, p. 16). Derutover er også sosialt-forskrevet perfeksjonisme fra HM-MPS inkludert (å tro signifikante andre har urealistiske høye forventninger, er dømmende og tillegger et enormt press på å måtte være perfekt), samt diskrepans fra APS-R (persepsjon av at personlige standarder ikke er møtt) (Hewitt & Flett, 1991, p. 45; Sirois & Molnar, 2016, p. 8; Slaney et al., 2001, p. 134; Stoeber, 2018a, p. 16).

PB er assosiert med en rekke negative utfall som dårligere helse, negativ affekt og psykopatologi (Frost et al., 1993, p. 124; Sirois & Molnar, 2016, p. 8). PS derimot er funnet å korrelere med positive utfall som positive følelser, bedre livs-tilfredstillelse og velbefinnende (Frost et al., 1993, p. 124; Sirois & Molnar, 2016, p. 8), samt negative utfall som redusert velbefinnende og økt psykopatologi ved mislykkede forsøk på å prestere (Sirois & Molnar, 2016, p. 9). Hertil har Limburg et al. (2017) også oppdelt andre mål for perfeksjonisme i denne todelingen (*Perfectionism Questionnaire, Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale, Dysfunctional Attitudes Scale, Clinical Perfectionism Questionnaire, Positive and Negative Perfectionism Scale, Obsessive Beliefs Questionnaire, Eating Disorder Inventory*), og bekreftet at både PS og PB økte risikoen for psykopatologi i ulik grad (pp. 1303 & 1312).

2.2.2 Et komplekst fenomen

I disse avsnitt vil det tydeliggjøres at perfeksjonisme ikke kun omhandler et relativt bredt og stabilt personlighetstrekk (Hewitt & Flett, 1991, p. 456; Hewitt, 2020, p. 103f; Hollender, 1965, p. 95), men også mer spesifikke kognitive prosesser, samt interpersonelle prosesser og dynamikker (Hewitt, 2020, p. 103f; Sirois & Molnar, 2016, p. 4f). Individer med perfeksjonistiske tendenser kan ofte karakteriseres med en rigid kognitiv stil, som kjennetegnes bl.a. av en opptatthet i det som går galt, eller en alt-eller-ingenting-tenkning, hvor en enten er suksessfull eller feiler totalt (Shafran et al., 2002, p. 774; Sirois & Molnar, 2016, p. 4).

Hewitt og kollegaer utarbeidet en modell kalt *Comprehensive Model of Perfectionistic Behavior*, der perfeksjonisme bli referert til som en personlighetsstil med tre

interagerende komponenter, 1) et trekk-nivå, 2) et interpersonelt nivå og 3) et intrapersonelt nivå (Hewitt, 2020, p. 103). Trekk nivået referer til de tidligere nevnte skalaer som selvorientert perfeksjonisme og sosial-forskrevet perfeksjonisme, samt andre-orientert perfeksjonisme (å sette urealistisk høye forventninger til signifikante andre, strengt evaluere andre, samt tillegge skyld på andre) (Chen, Hewitt & Flett, 2015, p. 177; Hewitt, 2020, p. 103). Alle tre trekkene omhandler en opptatthet av å være perfekt (Chen et al., 2015, p. 177; Hewitt, 2020, p. 103). Det interpersonelle nivå derimot omhandler en dynamisk interpersonell prosess der personen ønsker å portrettere seg selv som perfekt eller unngå å fremvise ufullkomne deler av seg selv (Chen et al., 2015, p. 177; Hewitt, 2020, p. 103). Videre, det intrapersonelle nivå omhandler kontekstavhengige, automatiske kognitive prosesser og en indre dialog angående det å være perfekt, samt selvkritiske tanker når man ikke er «perfekt» (Hewitt, 2020, p. 104). Denne krevende og kritiske indre dialogen er tilknyttet negative følelser og atferd rettet mot selvet (Hewitt, 2020, p. 104). Modellen beskriver dermed både en bred personlighet- eller relasjonell stil, en måte å være i en verden på og kognitive prosesser (Hewitt, 2020, p. 103).

Derutover er det viktig å poengtere at selv om perfeksjonisme kan måles og vurderes som en generell tendens hos individet, kan perfeksjonisme også være mer utpreget i spesifikke domener av livet som f.eks. på skolen, på arbeid, i romantiske forhold e.l. (Sirois & Molnar, 2016. p. 5). Enkelte som utviser perfeksjonisme kan sette høye standarder for seg selv i domener som er av personlig signifikans, uansett hvilke konsekvenser det kan medbringe (Shafran et al., 2002, p. 779). Samtidig er mange med mere generelle perfeksjonistiske tendenser karakterisert med å strebe etter perfeksjon i flere domener pga. en opplevelse av at det å feile indikerer at selvet ikke er perfekt (Hewitt, Flett, Besser, Sherry & McGee, 2003, p. 1228f). I forlengelse herav, jo mer generelle de perfeksjonistiske tendenser er, jo større er sannsynligheten for å utvikle psykopatologi (Hewitt, et al., 2003, p. 1228f).

2.2.3 Oppsamling og en videre begrepsavklaring av perfeksjonisme

Som oppsamling så kan perfeksjonisme bli undersøkt på basis av forskjellige konseptualiseringer. Det kan oppdeles i ulike aspekter med multiple psykologiske følger,

anses som både trekk, kognitive -og interpersonelle prosesser, i tillegg kan perfeksjonisme være domenespesifikt. Følgelig, utenom å anvende den tidligere nevnte definisjonen til Sirois og Molnar (jf. 1.2), vil også konkrete navn på en eventuell underskala eller trekkdimensjon (dvs. PS eller PB), perfeksjonistisk selvpresentasjon e.l., bli anvendt ved behov. Med henblikk på mangfoldet av definisjoner og uttrykk for perfeksjonisme, vil den systematiske oversikten inkludere alle måleverktøy som undersøker perfeksjonisme for å ikke redusere fenomenets kompleksitet. Det vil også åpne opp for å identifisere flere studier i et relativt smalt felt.

2.3 Perfeksjonisme og psykopatologi

Perfeksjonisme har blitt undersøkt som et transdiagnostisk fenomen som både kan anses som en risiko – og vedlikeholdende faktor for rekke diagnostiske bilder (Egan et al., 2011, p. 207). Nyere metaanalyser har identifisert en liten assosiasjon mellom PS og depressiv lidelse og symptomer, mens PB ble funnet å korrelere moderat med depressive tilstander (Limburg et al., 2017, p. 1312; Smith, et al., 2021, p. 11), samt i liten grad med selvmordstanker og selvmordsforsøk (Smith et al., 2017, p. 532). Derutover er det støtte for sterk korrelasjon mellom PS og PB og anoreksi, samt en moderat assosiasjon med bulimi (Dahlenburg, Gleaves & Hutchinson, 2018, p. 223; Limburg et al., 2017, p. 1312). Angstlidelser relaterer også i liten til moderat grad med PB og i liten grad med PS (Limburg et al., 2017, p. 1312; Smith, Vidovic, Sherry, Stewart & Saklofske, 2018, p. 15), samtidig som at OCD er funnet å ha en moderat relasjon til PB og liten assosiasjon med PS (Limburg et al., 2017, p. 1312). Perfeksjonisme er også en essensiell komponent av symptombildet til obsessiv-kompulsiv personlighetsforstyrrelse (OCPD), og kan medføre signifikant dysfunksjon hos disse menneskene (Shafran & Mansell, 2001, p. 895f). I en studie har også posttraumatisk stress lidelse blitt funnet å korrelere moderat til høyt med «bekymringer over feiltagelser» og klinisk perfeksjonisme, der perfeksjonisme forutså PTSD via ruminering over feiltagelser (Egan, Hattaway & Kane, 2014, pp. 216-219).

Forholdet mellom perfeksjonisme og psykopatologi kan være påvirket av flere interagerende faktorer, og ulike dimensjoner er av mer eller mindre betydning i forskjellige lidelser (Shafran & Mansell, 2001, p. 898). Likevel er der utviklet noen teoretiske modeller som kan belyse hvordan perfeksjonisme kan vedlikeholde, eller øke risikoen for

flere former for mentale helseproblemer. Først har Shafran, Egan og Wade (2010) utarbeidet en kognitiv atferdsmodell som kan forklare hvordan klinisk perfektjonisme er linket til en rekke psykopatologier (Shafran et al., 2010, p. 57; Egan, et al., 2011, p. 207). Videre har Hewitt et al. (2017) utviklet *The Perfectionism Social Disconnection Model* (PSDM), som fokuserer særlig på relasjonelle dynamikker med inspirasjon fra tilknytningsteori og selvpsykologi, for å forklare hvordan perfektjonisme utvikles, samt øker ens sårbarhet for en rekke negative mentale helseproblemer (se i Hewitt, 2020, p. 105f; Hewitt, Flett, Mikail, Healy & Zhang, 2018, p. 349f). Til slutt, Rice, Suh & Davis (2018) argumenterer for at perfektjonisme intensifiserer effekten stress har på mentale helseproblemer gjennom noen særlig kognitive og emosjonelle reaksjoner (p. 286).

2.3.1 En kognitiv atferdsmodell

Den kognitive atferdsmodellen beskriver hvordan perfektjonistiske regler, atferd og bias i ens tenkning interagerer med hverandre (Shafran et al., 2010, p. 59). Modellens første steg referer til at individet setter noen rigide regler som omhandler hvilke standarder en forventer av seg selv, og i hvilken grad en skal strebe for å oppnå disse (Shafran et al., 2010, p. 58). Videre anvendes en rekke strategier for å kunne oppnå standardene og reglene, som ofte er motvirkede sin hensikt som f.eks. å sjekke over sitt arbeid overnøysomt, overarbeide, eller konstant sammenligne sitt arbeid med andres (Egan et al., 2011, pp. 207; Shafran et al., 2010, p. 58). Derutover, da standardene tenderer til å være så urealistisk høye at en ikke kan oppnå dem, er det høy risiko for at en feiler (Shafran et al., 2010, p. 58). I tillegg er det å forsøke og oppnå standardene, en enorm oppgave i seg selv (Shafran et al., 2010, p. 58). Følgelig unngås heller arbeidet, som igjen medfører at man feiler (Shafran et al., 2010, p. 58). Samtidig er det ofte en overopptatthet rundt det å feile, på de rigide reglene og lite fokus på suksess (Shafran et al., 2010, p. 58). Oppfattede feiltagelser vurderes som å representere hele personen (Shafran et al., 2010, p. 58). Det kan følgelig generere nedsatt humør og selvkritikk (Shafran et al., 2010, p. 58). Imidlertid selv når en person følger reglene og oppnår sine standarder, så kan ens prestasjoner bli vurdert som et resultat av at oppgaven var for enkel (Shafran et al., 2010, p. 58). Dermed blir enda høyere standarder satt, noe som videre garanterer opplevd mislykkethet i fremtiden (Shafran et al., 2010, p. 58f).

Derfor, uansett om man gir opp eller arbeider hardt, ender individet med å oppleve mislykkethet. En mislykkethet som kan tolkes som en representasjon av personens verdi. Shafran et al. (2010) poengterer at det harde arbeidet med å nå standardene og de negative følelsene og tanken angående seg selv og sitt arbeid, kan medføre både utslitthet, sosial isolasjon, angst (herunder tvangslidelser), depresjon og spiseforstyrrelser (pp. 19-34).

2.3.2 The Perfectionism Social Disconnection Model

The Perfectionism Social Disconnection Model (PSDM) baseres på at strategier som en gang var hensiktsmessige, i senere tid kan kulminere i flere negative konsekvenser for individet (Hewitt et al. 2018, p. 349f). Hvis barnets behov for selvtillit og tilhørighet ikke ble møtt på en passende måte av omsorgspersonen, så kan barnet utvikle indre arbeidsmodeller av seg selv som sårbar, defekt, fragmentert og/eller avskyelig, samt av andre som dømmende, utilgjengelige eller kritiske (Hewitt, 2020, p. 105; Hewitt et al. 2018, p. 348). Slike indre skjema om seg selv og andre er ofte assosiert med smertefulle følelser som skam, angst, depresjon eller sinne, som kan aktiveres ved faktisk opplevelse av nedverdiggelse eller avvisning, eller ved forventingen av slike situasjoner (Hewitt, 2020, p. 105). Følgelig utvikles perfeksjonisme for å unngå disse negative affektene (Hewitt, 2020, p. 106; Hewitt et al. 2018, p. 349). Ved å være eller virke perfekt prøver barnet å unngå kritikk, bedømmelse og avvisning, og/eller øke egen selvtillit og selvverd, reparerer et defekt selv og manglende selvsammenheng, samt å få aksept og kjærlighet fra andre (Hewitt, 2020, p. 106; Hewitt et al. 2018, p. 349).

Likevel, strategier tilknyttet å måtte være og virke perfekt kan for noen vekke en særlig sensitivitet for å bli avvist, en tro på at andre er dømmende og at en selv ikke er relevant (Hewitt et al. 2018, p. 349f). Derutover kan det fremprovosere feilaktige tolkninger av andres atferd som avvisende (Hewitt et al. 2018, p. 349f). Slik sensitivitet og tolkning kan videre generere en opplevelse av subjektiv sosial avkobling (*subjective social disconnection*), som kulminerer i sosial unngåelse, følelser av skam og ensomhet, og et behov for å sensurer seg selv (Hewitt, 2020, p. 106; Hewitt et al., 2018, p. 349). Andre vil oppleve en objektiv sosial avkobling (*objective social disconnection*) da de blir avvist på bakgrunn av lite flatterende, avvisende og/eller plagsom perfeksjonistisk

atferd som f.eks. at de skjuler seg selv eller distanserer seg fra andre, er passivt-aggressive, fiendtlige, eller utviser ekstreme behov for forsikring av andre (Hewitt, 2020, p. 106; Hewitt et al., 2018, p. 349).

Uavhengig av om den sosiale avkoblingen er subjektiv eller objektiv, risikerer individet med de perfeksjonistiske tendensene å oppleve negative følelser av utstøtthet og avvisning, som videre kan bekrefte ens indre arbeidsmodeller av selvet som defekt, og andre som avvisende og dømmende (Hewitt, 2020, p. 106). Hertil kan han eller hun også oppleve en indre kritisk dialog som involverer selvnedbrytende tema om sin verdiløshet og sine mangler (Hewitt et al., 2018, p. 350). Den perfeksjonistiske atferden kan derfor medføre det individet med perfeksjonistiske tendenser ønsket å unngå som avvisning, nedverdigelse, kritikk m.m. (Hewitt, 2020, p. 106; Hewitt et al. 2018, p. 349), og han eller hun er fanget i et «nevrotisk paradoks» (Hewitt et al. 2018, p. 349). Opplevelsen av sosial avkobling og tilknyttede negative affekter og selvsensurering kan medføre stress, dysfunksjon og mentale lidelser (Hewitt et al., 2018, p. 349). Hewitt (2020) henviser til nyere forskning på depresjon og sosial angst, som støtter at lav oppfattet sosial støtte eller avvisningssensitivitet, kan mediere forholdet mellom sosialt-forskrevet perfeksjonisme og lidelsesbildene (p. 106).

2.3.3 Perfeksjonisme, stress og emosjonsregulering

Rice et al. (2018) anvender også bl.a. tilknytningsteori for å beskrive hvordan spesielt maladaptiv perfeksjonisme, utvikles med den hensikt å vedlikeholde båndet til de tilknytningsfigurer som oppleves vanskelige å tilfredsstille (p. 289). For å tilfredsstille omsorgspersonen og skape et kjærlig bånd, internaliserer barnet deres høye standarder, samt en rigid evaluering av sine prestasjoner, for å sikre at en møter de bestemte forventningene (Rice et al. 2018, p. 289). Den negative evaluering av egne prestasjoner og selvkritiske tanker med fokus på feiltagelser og oppfattede mangler, kan dog ta form som kronisk stress (Rice et al., 2018, p. 285). Perfeksjonisme med selvkritiske tendenser kan generere stress, fremme eksponering for stressorer (f.eks. å søke seg inn på avanserte utdannelse), eller medføre at en vurderer opplevelser som ekstra stressende (Rice et al., 2018, p. 286). Samtidig sett ut ifra en diatese-stress-modell, kan også perfeksjonisme være en moderator for hvordan stress påvirker utfallet (Rice et al., 2018, pp. 286). Hertil, ved stress blir det produsert kognitive og emosjonelle reaksjoner som

kan ha betydning for den eventuelle effekt av perfeksjonisme på utfallet (Rice et al., 2018, pp. 286).

Barnet som ikke blir beroliget av sin omsorgsperson, vil eventuelt utvikle alternative emosjonsreguleringsstrategier som kan forme tilknytningsbånd og berolige ved stress, f.eks. å legge mer vekt på prestasjoner enn emosjonelle behov (Rice et al., 2018, p. 279). Emosjonsreguleringsstrategier referer til de aktiviteter som gir mulighet for å monitorere, evaluere og modifisere naturen og kursen til en emosjonell respons for å kunne oppnå egne mål, samt reagere passende til de miljømessige kravene (Rice et al., 2018, pp. 279 & 286f). Det er indikert at individer med perfeksjonistiske, selvkritiske tendenser anvender ruminering over feiltagelser som emosjonsreguleringsstrategi i større grad (Rice et al., 2018, p. 287). Ruminering omhandler en rigid selvfokusert oppmerksomhet på årsaken, konsekvensen og opplevelsen av negative emosjoner, uten å anvende problemløsningsstrategier for å redusere gitte reaksjoner (Rice et al., 2018, p. 287). Det er også støtte for at noen «perfeksjonister» som muligens mangler tro på egne evner til å håndtere stressende situasjoner på en måte som er tilfredsstillende for seg selv og andre, tenderer mot å anvende unngåelsesstrategier for stresshåndtering (Dunkley, 2018, p. 264f). Unngåelsesstrategier kan forlenge og forstørre stressoren, som videre kan gjøre en mer sårbar for andre stressorer (Dunkley, 2018, p. 264f).

Dermed kan særlige emosjonsreguleringsstrategier og mestringsstrategier som er funnet assosiert med PB, generere og intensifere stress ved å forlenge de negative opplevelsene gjennom unngåelse eller ved å ruminere over egne feiltagelser og negative følelser (Dunkley, 2018, p. 264f; Rice et al., p. 286f). Hertil er det støtte for at ruminering og unngåelse korrelerer moderat til høyt med psykopatologi som depresjon, angst, spiseforstyrrelser og stoffmisbruk-relaterte lidelser (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010, p. 228f), samt at ruminering kan mediere forholdet mellom perfeksjonisme og PTSD (Egan et al., 2014, pp. 216-219). Disse stressaktiverende strategiene kan følgelig gi en forklaring på hvordan perfeksjonisme kan øke risikoen for psykopatologi.

2.3.4 Oppsamling

Perfeksjonistisk atferd kan generere en følelse av kontroll og motivere til å oppnå store ting (Shafran et al., 2010, p. 56), samt beskytte individet mot å tape relasjonen til sine tilknytningsfigurer og vedholde håpet om å oppnå selvvalidering gjennom sine prestasjoner og relasjoner til andre (Rice et al., 2018, p. 289). Det er følgelig krevende å endre uhensiktsmessige perfeksjonistiske prosesser, og ikke alle ønsker det heller (Rice et al., 2018, p. 291). Likevel som sett ut ifra de overstående redegjørelser, så kan perfeksjonistiske regler, tanker og selvmotvirkende atferd fremme psykopatologi (Shafran et al., 2010, pp. 19-34). Samtidig som at sosial avkobling, negative affekter og selvsensurering, samt uhensiktsmessige emosjonsreguleringsstrategier, kan intensifere eller forårsake mer negativ affekt, stress og psykopatologi (Aldao et al., 2010, p. 228f; Hewitt et al., 2018, p. 349; Dunkley, 2018, p. 264f; Rice et al., 2018, p. 286f).

2.4 Baksiden av å være den «perfekte» mor

Wilborn (1976) poengter at noen nye mødre kan få ideen om at det er mulig og nødvendig å være den perfekte mor (p. 42). Det kan ses i forlengelse av et samfunnsideal om å være den perfekte mor (Quatraro & Grussu, 2020b, p. 256), samt forskning som poengterer at mødre har en påvirkningskraft på deres barns personlighet (Wilborn, 1976, p. 42). Likevel selv om *the-good-enough-mothers* omsorg og evne til å holde barnet og tolke deres behov gjør det mulig for spedbarnet å bli en uavhengig person (Winnicott, 1960, p. 588f, 591 & 594), poengterer også Winnicott i sine verk at de aller fleste mødre er *good-enough* (Nussbaum, 2006, p. 386f). Individer med en form for perfeksjonisme der høye standarder og forventinger er sammenkoblet med selvkritikk, kan dog ha et behov for å prestere høyt, men er aldri tilfredsstilt (Rice et al., 2018, p. 288). Dette kan være et problem da det å ha realistiske forventinger er essensielt for at den nye mor skal kunne modifisere atferd og ha effektiv interpersonell interaksjon (Fahey & Shenessa, 2013, p. 618). Ved å ikke møte urealistisk høye forventinger til seg selv som mor, risikerer hun å oppleve frustrasjon og utilfredshet, og videre emosjonelt ubehag som kan tolkes som å representere en manglende evne til å være en god mor (Quatraro & Grussu, 2020b, p. 256). Opplevelsen av å feile og frykt for å bli bedømt, kan videre øke sannsynligheten for at hun skjuler sin frustrasjon og smerte,

som videre kan lede til en nedgående spiral av dårlig selvtillit og mentale helseproblemer som depresjon (Quatraro & Grussu, 2020b, p. 256).

Biaggi og Pariante (2020) poengterer at en mor med en perfeksjonistisk kognitiv stil kan ha det vanskelig med å håndtere de mange endringer og uforutsigbare stressorer som oppstår i den perinatale perioden, og som videre kan øke risikoen for angst og depresjon (p. 372f). Som sett i avsnitt 2.3.4 så kan ulike perfeksjonistiske tendenser som rigide regler, selvmortvirkende atferd og negativ selvevaluering, sensitivitet for avvisning og videre sosial avkobling og selvkritikk, samt uhensiktsmessige emosjonsreguleringsstrategier, generere og intensifisere stress, negative affekter og psykopatologi (jf. 2.3.4). Følgelig da perfeksjonisme er vurdert som en risiko -eller vedlikeholdende faktor for flere diagnostiske bilder (Egan et al., 2011, pp. 204-207), kan det være at perfeksjonisme gjør en ny mor sårbar for flere mentale helseproblemer i den allerede belastende perioden.

3 Metode

For å besvare problemformuleringen «*I hvilken grad kan perfeksjonisme øke risikoen for å utvikle flere psykiske sykdommer og/eller symptomer hos mødre i den postnatale perioden?*» samt videre delspørsmål, har spesialets metode blitt utformet som en systematisk (litteratur)oversikt (SO) over empirisk litteratur².

En SO (også kalt et systematisk review) er en sekundærstudie, som har til hensikt å besvare et klart definert forskningsspørsmål gjennom systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge, og kritisk vurdere all relevant forskning, samt å oppsamle data fra de utvalgte studiene til en syntese (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group, 2009, p. 1; Perestolo-Pérez, 2012, p. 59f). SO plasseres på toppen av evidenshierarkiet sammen med metaanalyser, og blir ofte prioritert når en søker evidens for å besvare kliniske spørsmål ettersom SO har mindre risiko for bias (Petticrew & Roberts, 2006, p. 58). En annen fordel ved å syntetisere flere studier og sammenligne forskjellen mellom dem, er at det gir rikere viten enn ved kun å se på

² Empirisk litteratur referer til all litteratur som innhenter kunnskap gjennom systematiske observasjoner og undersøkelser (Malt & Tranøy, n.d.).

enkelstudier (Petticrew & Roberts, 2006, p. 15). I forlengelse herav kan SO bidra til evidensbasert praksis ved å oppdatere praktikere på utviklingen i feltet og informere dannelse av nye retningslinjer for helsefaglig arbeid på bakgrunn av solid forskning og vitenskapelige funn (Moher et al., 2009, p. 1; Perestolo-Pérez, 2012, p. 50). Følgelig vil det, gjennom en systematisk oversikt av allerede eksisterende empiri og tilknyttet syntese og analyse, være mulig å besvare spesialets problemformulering, som også vil bli referert til som spesialets forskningsspørsmål. Samtidig muliggjør metoden og samlingen av empirisk litteratur at det inneværende spesialets resultater kan medbringe anbefalinger for videre praksis og forskning basert på solid vitenskapelig grunnlag.

Verdien av en SO er likevel avhengig av prosedyren, validiteten av enkeltstudiene som er oppsamlet, resultatene og hvordan resultatene er rapportert (Moher et al., 2009, p. 1; Perestolo-Pérez, 2012, p. 54). Det er følgelig viktig å definere metoden for en SO på forhånd, da det guider gjennomføringen av oversikten og muliggjør en eksplisitt og reproducerbar utvikling av den SO (Perestolo-Pérez, 2012, p. 50), samt reduserer bias (Petticrew & Roberts, 2006, p. 10). I forlengelse herav har The PRISMA Group utviklet *The PRISMA Statement*, som representerer retningslinjer for hvordan en kan forberede en SO, samt hva en publikasjon bør inneholde for å skape klarhet og transparens i ens publiseringer (Perestolo-Pérez, 2012, p. 50 & 55). Følgelig har det inneværende spesialets metodeprosedyre tatt utgangspunkt i retningslinjene og et tilknyttet flytskjema (Moher, et al., 2009, p. 3f; Page et al., 2021, p. 4f), med særlig fokus på de punktene som er funnet mest relevante for SO uten kvantitativ syntese (metaanalyse); en redegjørelse for kriterier for kvalifisering, informasjonskilder, søkestrategi og dataenheter, samt beskrivelse av den utvalgte prosedyrer for studieseleksjon, datainnsamling, syntetiseringsmetode og vurdering av bias i individuelle studier (Moher et al., 2009, p. 4; Page et al. 2021, p. 4). Hertil har også det inneværende spesialet inkludert en vurdering av bias i denne SO.

3.1 Kriterier for kvalifisering

Understående Tabell 1 inneholder en liste over utvalgte inklusjons- og eksklusjonskriterier for å identifisere relevante studier. Grunnlag for kriterier står beskrevet etterfølgende listen.

Tabell 1: Kriterier for kvalifisering

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Populasjon	
• Studier som undersøker mødre i den postnatale perioden (0-12 mnd. etter fødsel). • Studier som undersøker mennesker over 18 år.	• Studier som undersøker mødre under 18 år. • Studier som blander mødre i den postnatale perioden med andre grupper. • Studier som undersøker mødre som har særlige behov for assistanse, eller som har barn med behov for ekstra tilrettelegging/assistanse.
Indikator	
• Studier som undersøker trekk-perfeksjonisme, interpersonelle og/eller kognitive uttrykk for perfeksjonisme. • Studier som anvender empirisk validerede måleverktøy. • Studier som oppgir kvantitative data for perfeksjonisme. • Studier som oppgir verdier fra en statistisk analyse av perfeksjonisme i relasjon til utfallsvariabelen av interesse.	• Studier som anvender måleverktøy som undersøker flere konstrukter inkludert perfeksjonisme uten å analysere underskalaen for perfeksjonisme separat. • Studier som utelukkende oppgir kvalitative data for perfeksjonisme.
Utfall	
• Studier som anvender empirisk validerede måleverktøy eller diagnostiske intervju/manualer for å vurdere psykisk sykdom og/eller symptomer på psykisk sykdom. • Studier som oppgir verdier fra en statistisk analyse av psykisk lidelse	• Studier som utelukkende oppgir kvalitative data for psykisk sykdom og/eller symptomer.

og/eller symptomer i relasjon til indikatorvariabel av interesse.

- Studier som oppgir kvantitative data for psykisk sykdom og/eller symptomer, eller tilstedeværelse av psykisk sykdom.
- Studier som måler utfall i den postnatale periode.

Sammenligningsgruppe

- Studier kan anvende enhver sammenligningsgruppe, dog er den innhavene SO kun interessert i kvinner i den postnatale periode.

Studie design og publiserings-type

- | | |
|--|--|
| • Studier som inkluderer alle design. | • Avhandlinger, kommentarer, litteraturoversikter og metaanalyser, brev og kapitler. |
| • Studier skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk. | • Studier som ikke er tilgjengelige. |
| • Studier som har gjennomgått fagfelleevaluering. | • Upubliserte studier. |
| • Forskningsartikler med primærforskning. | |

3.1.1 Bakgrunn for kriterier

Kriteriene for kvalifisering i SO baseres på forskningsspørsmålets PICOS-komponenter; *population, intervention or indicator, comparator, outcome* og/eller *type of study* (Perestolo-Pérez, 2012, p. 51f). Ved det inneværende spesialets forskningsspørsmål innebærer dette: mødre i den postnatale perioden (populasjon), perfeksjonisme (indikator) og psykiske lidelser og/eller symptomer på psykiske lidelser (utfall).

Populasjonen omhandler mødre som har født innenfor 12 mnd., dvs. i postpartum/postnatal periode (Milgrom & Gemmill, 2020b, p. 325). Følgelig skal også utfallsmål administreres og måles i denne perioden for inklusjon, og studier som kun beskriver populasjonen som kvinner, studenter, jenter, mødre e.l., uten å sette krav til nylig moderskap (innenfor 12 mnd.), vil bli ekskludert. Samtidig må deltagerne være over 18 år. Videre er det besluttet at studier som målrettet undersøker deltakere med spesielle behov for tilrettelegging og/eller assistanse, eller mødre av barn med spesifikke fysiologiske -eller atferdsproblemer, vil bli ekskludert for å sikre en så homogen populasjon som mulig uten tilleggsvansker som kan forårsake økt sårbarhet.

Med henblikk på å undersøke i hvor stor grad perfeksjonisme kan gjøre en sårbar for postnatale mentale helseproblemer, vurderer undertegnede det hensiktsmessig å samle kvantitativ forskning og data. Kvantitative studier er vurdert av mange å ha mer solid reliabilitet og intern validitet enn kvalitativ data (Coolican, 2014, p. 57f). Samt kan både personlighetskarakteristikk (som perfeksjonisme) og psykiske lidelser og/eller symptomer måles eller evalueres gjennom metoder (selvrapport eller observatørbasede metoder) som frembringer data som kan analyseres kvantitativt (Ivanouw & Rodenbaum, 2012, p. 179-181; Rosenbaum & Ivanouw, 2012, p. 399f). Følgelig er det mulig å sammenligne statistiske resultater i en syntese. Herav vil studier med utelukkende kvalitativ data bli ekskludert. Derutover vil flere ulike mål for perfeksjonisme-trekk, kognitive og/eller interpersonelle prosesser bli inkludert med tanke på at det er flere mål for perfeksjonisme, og at perfeksjonisme er et komplekst fenomen (jf. 2.2.3). Likevel skal det være operasjonaliseringer for, samt målt grad av perfeksjonisme gjennom validerte måleverktøy, for å sikre at perfeksjonisme faktisk blir undersøkt. I forlengelse herav skal studier som anvender måleverktøy, som samtidig undersøker andre konstrukter enn perfeksjonisme (f.eks. andre personlighetstrekk, andre kognitive fenomener e.l.), analysere perfeksjonisme-underskalaen separat for å kunne inkluderes.

Alle former for psykiske lidelser kan bli inkludert, selv om det er en antagelse om at særlig lidelser som er assosiert med perfeksjonisme og/eller postnatal periode vil være mer tilstedeværende i forskningsfeltet (jf. 2.1.2 & 2.3). Psykiske lidelser og/eller symptomer skal være målt gjennom validerte måleverktøy eller diagnostiske intervju tilknyttet kriterier fra diagnosemanualer (f.eks. DSM- IV, DSM-V, ICD-10/ ICD-11).

Samtidig skal variablene (perfeksjonisme og psykisk sykdom) analyseres i relasjon til hverandre i studiene for inklusjon, og resultatet fra analysen skal være oppgitt.

Derutover er ikke sammenligningsgruppe et kriteriene for inklusjon, da manuelle undersøkelser av forskningsfeltet indikerer at feltet ikke er bredt nok for at prioritering av sammenligningsgruppe anses som hensiktsmessig. Som Perestolo-Pérez (2012) poengterer kan en risikere å ikke finne nok informasjon til å besvare ens spørsmål hvis mengden av forskning på feltet er svært begrenset eller hvis spørsmålet er definert av meget restriktive og spesifikke kriteria (p. 52). I forlengelse herav, selv om noen spesifikke studiedesign er ansett som mindre mottakelige for bias, som f.eks. randomiserte kontrollstudier (Glenny, Nieri, Wothington & Esposito, 2008, p. 321), blir heller ikke spesifikke studiedesign inklusjonskriteria for å unngå at relevante studier går tapt. Likevel, med henblikk på det inneværende spesialets fokus på å identifisere en mulig risikofaktor for psykisk sykdom, samt forhåndssøk av feltet (jf. 3.2), vil trolig kohortundersøkelser og kasus-kontroll-studier være av interesse for å besvare forskningsspørsmålet, samt bli identifisert i feltet. Kohortundersøkelser undersøker hvorvidt en sykdom utvikler seg hos en gruppe over tid, og kasus-kontroll-studier anvender to grupper for å identifisere forskjeller mellom de som har, og de som ikke har utviklet en sykdom (Glenny et al., 2008, pp. 318f; Petticrew & Roberts, 2006, p. 66). Tverrsnittsundersøkelser vil også bli inkludert, dog kun hvis et fåtall av studier blir identifisert. De vil i så fall bli inkludert med den bevissthet om at slike design ikke kan omhandle temporale forhold siden relasjonen mellom variabler blir undersøkt på et bestemt tidspunkt hos en populasjon (Glenny et al., 2008, p. 318).

I tillegg vil den inneværende SO kun inkludere tilgjengelige forskningsartikler som har gjennomgått en fagfelleevaluering og som omhandler primærforskning. Upublisert data og avhandlinger vil ekskluderes da det ikke er forsikring angående hvorvidt fagfelleevaluering har funnet sted. Hertil blir kapitler, andre litteraturoversikter og metaanalyser, kommentarer, brev e.l. ekskludert for å forsikre at sekundærforskning ikke inkluderes i syntesen. Derutover blir kun studier publisert på norsk, svensk, dansk, eller engelsk inkludert på bakgrunn av undertegneds språklige kompetanse.

3.2 Søkestrategi og informasjonskilder

I et forsøk på tilbringelsen av en så sensitivt og spesifikk søkestrategi som mulig har undertegnede konsultert med Louise Thomsen, en bibliotekar fra Aalborg Universitetsbibliotek. Søkestrategien er også utarbeidet på grunnlag av forhåndssøk i PsycInfo og PubMed mellom den 24. og 28. mars. Søkestrategien oppbygges av to blokker, kombinert med AND. En blokk inneholder den engelske oversettelsen av perfektjonisme og tilknyttede indekstermer, og den andre engelske synonymer for den postnatale periode og tilhørende indekstermer. Alle begreper innad i hver blokk samles med OR, i tillegg ble hermetegn («») anvendt ved behov, for å avgrense søket til de spesifikke ordsammensetninger. De endelige søkestrategiene kan sees i Tabell 2, og er tilpasset databasene PsycInfo (herunder PsycArticles), PubMed og Embase. Rasjonale bak søkestrategien, samt valg av databasene står beskrevet i neste avsnitt.

Tabell 2: Søkestrategi

Database	Søkestrategi
PsycInfo (med PsycArticles)	((Any Field: (perfection*) OR Any Field: ("multidimensional perfectionism scale") OR Any Field: ("almost perfect scale") OR Any Field: ("almost perfect scale-revised") OR Any Field: ("perfectionism questionnaire") OR Any Field: ("adaptive/maladaptive perfectionism scale") OR Any Field: ("dysfunctional attitudes scale") OR Any Field: ("clinical perfectionism questionnaire") OR Any Field: ("positive and negative perfectionism scale") OR Any Field: ("obsessive beliefs questionnaire") OR Any Field: ("eating disorder inventory"))) OR (IndexTermsFilt: ("Perfectionism"))) AND ((Any Field: (postpartum) OR Any Field: (postnatal) OR Any Field: (peripartum) OR Any Field: (perinatal) OR Any Field: ("post partum") OR Any Field: ("post natal") OR Any Field: (puerperium) OR Any Field: ("peri natal") OR Any Field: ("maternal") OR Any Field: ("post pregnancy"))) OR (IndexTermsFilt: ("Postnatal Period") OR IndexTermsFilt: ("Perinatal Period")))

PubMed	((("multidimensional perfectionism scale" OR "almost perfect scale" OR "almost perfect scale-revised" OR "perfectionism questionnaire" OR "adaptive/maladaptive perfectionism scale" OR "dysfunctional attitudes scale" OR "clinical perfectionism questionnaire" OR "positive and negative perfectionism scale" OR "obsessive beliefs questionnaire" OR "eating disorder inventory") OR ((perfection*) OR ("Perfectionism"[Mesh])))) AND ((postpartum OR postnatal OR peripartum OR perinatal OR "post partum" OR "post natal" OR puerperium OR "peri natal" OR "maternal" OR "post pregnancy") OR (("Peripartum Period"[Mesh]) OR "Postpartum Period"[Mesh:NoExp]))
Embase	(perfection* OR 'perfectionism'/exp OR 'multidimensional perfectionism scale' OR 'almost perfect scale' OR 'almost perfect scale-revised' OR 'perfectionism questionnaire' OR 'adaptive/maladaptive perfectionism scale' OR 'dysfunctional attitudes scale' OR 'clinical perfectionism questionnaire' OR 'positive and negative perfectionism scale' OR 'obsessive beliefs questionnaire' OR 'eating disorder inventory' OR 'eating disorder inventory'/exp OR 'obsessive beliefs questionnaire'/exp OR 'clinical perfectionism questionnaire'/exp OR 'dysfunctional attitudes scale'/exp OR 'multidimensional perfectionism scale'/exp) AND (postpartum OR postnatal OR peripartum OR perinatal OR 'post partum' OR 'post natal' OR puerperium OR 'peri natal' OR 'maternal' OR 'post pregnancy' OR 'perinatal period'/exp OR 'puerperium'/exp OR 'postpartum'/exp)

3.2.1 Argumentasjon for søkestrategiene og valg av databaser

Søkestrategiene oppbygges i henhold til relevante PICOS-komponenter (Perestolo-Pérez, 2012, p. 53), der første blokk omhandler begreper som representerer indikatoren perfeksjonisme og perfeksjonistiske uttrykk. Det ble vurdert hvorvidt delaspekter av perfeksjonisme skulle vedlegges i blokken basert på definisjoner og

konseptualiseringer av perfeksjonisme. Likevel har forhåndssøk i PsycInfo og PubMed indikert at å tillegge kjernekomponenter som tilhører ulike definisjoner for perfeksjonisme som «*personal standards*», «*organization*», «*performance*» eller «*high expectancies*» (Frost et al., 1990, p. 450f; Hamachek, 1965, p. 27f; Hewitt & Flett, 1991, p. 457; Hewitt, 2020, p. 103; Hollender, 1965, p. 94; Horney, 1951, p. 64f; Sirois & Molnar, 2016, p.1; Slaney et al., 2001, p. 133), ikke bidrar til flere relevante treff og reduserer søkets spesifisitet. Årsaken til dette kan være at konstruktene har egen verdi separat fra perfeksjonismekonstruktet, og er derfor uhensiktsmessige å vedlegge da elementene skal sees i relasjon til perfeksjonisme for å anses relevante for den inneværende SO.

I forlengelse av de ulike prøvesøkene er det besluttet, i likhet med et mangfold av SO som har undersøkt perfeksjonisme og psykopatologi (Dahlenburg et al., 2018, p. 221; Limburg et al., 2017, p. 1305; Smith et al., 2017, p. 530; Smith et al., 2021, p. 3; Smith, et al., 2018, p. 6), at blokken for indikator kun inneholder det engelske ordet for perfeksjonisme med trunkering (*perfection**), for å oppfange alle bøyninger og uttrykk for perfeksjonisme (f.eks. *perfectionistic* og *perfectionist*). Samt tillegges noen allerede validerte, og ofte anvendte, måleinstrumenter som oppfanger perfeksjonisme (se Limburg et al., 2017, p. 1303 og Tabell 2) for å sikre et enda mer sensitivt søk.

Videre er det bestemt at den andre blokken i søkestrategien omhandler populasjonen, og skal derfor inneholde synonymer for perioden moren eventuelt utvikler psykisk sykdom eller symptomer (dvs. den postnatale perioden). Det er også vurdert hensiktsmessig å inndra synonymer for den perinatale perioden, da den postnatale perioden (0-12 mnd. etter fødsel) også er underlagt denne perioden (Milgrom & Gemmill, 2020b, p. 325).

I konsultasjon med Louise Thomsen, er det bestemt å ikke tillegge en blokk for utfallskomponentene. En grunn til dette er at inneværende spesialet ønsker å oppfange alle psykiske lidelser og/eller symptomer hos populasjonen av interesse, og det er derfor et behov for å ikke begrense søket. For det andre har forhåndssøk indikert at en søkestrategi uten utfallskomponentene ikke vil medføre en overveldende mengde resultater. Derfor har undertegnede og Louise Thomsen vurdert at det er mulig å selektere de relevante studiene for hånd gjennom seleksjonsprosessen istedenfor å

begrense søket ytterligere med en tredje komponent. Denne vurderingen gjøres også gjeldende med hensyn til studiedesign, som dermed heller ikke er en egen blokk. Følgelig er søket mer sensitivt og oppfanget flere studier, uten at irrelevante studier vil produsere for meget støy.

De tidligere nevnte databasene er også vurdert av Louise Thomsen som relevante for å undersøke det gjeldende kliniske forskningsspørsmålet. PsycInfo, PubMed og Embase dekker bl.a. forskning innenfor den sosiale vitenskap, psykiatri og psykologi (Petticrew & Roberts, 2006, p. 107-109), som indikerer et godt utgangspunkt for å oppfange alle relevante studier. Hertil er antallet av databaser bestemt på bakgrunn av spesialets tidsbegrensing, samt anbefalingen om å anvende minst to databaser for å redusere mottakelighet for bl.a. *bias by coverage* ((Perestolo-Pérez, 2012, p. 53). *Bias by coverage* baseres på at enkelte databaser kan ha preferanse for spesifikke typer referanser (f.eks. kun europeiske referanser), og følgelig bør en undersøke flere databaser (Perestolo-Pérez, 2012, p. 53). De tidligere nevnte blokkene er tilpasset de enkelte databasene ved å tillegge indekstermer; MeSH (Medical Subject Headings), Emtree (Embase Subject Headings) og PsycINFO Thesaurus (Thesaurus of Psychological Index Terms). Til slutt, for å sikre et så sensitivt søk som mulig, er det besluttet at søkene hverken begrenses til tittel eller abstrakt, samt blir det ikke tillagt filter.

3.3 Metode for studieseleksjon

Seleksjonsprosessen (*screening*) gjennomføres i henhold til flytskjemaet tilhørende *The PRISMA Statement* (Moher et al., 2009, p. 3; Page et al., 2021, p. 5), med hensyn på transparent rapportering av informasjonssøknings- og utvelgingsprosessen. Seleksjonsprosessen skal gjennomgå fem overordnede faser; 1) innhenting av referanser fra informasjonskilder, 2) ekskludering av duplikater, 3) å etterspørre referanser som ikke er tilgjengelige ved behov, 4) selektering av studier på basis av titler og sammenfatninger, 5) vurdering av studienes kvalifisering på basis av fulltekstgjennomlesning (Moher et al., 2009, p. 2f; Page et al., 2021, p. 5). Prosessens hensikt er å identifisere alle studier som er anvendelige og relevante for å besvare forskningsspørsmålet og som skal samles i en syntese (Moher et al., 2009, p. 2f; Perestolo-Pérez, 2012, p. 54f).

Innhentede referanser blir overført til referansehåndteringsprogrammet Refworks med henblikk på å eliminere duplikater på en oversiktlig måte. Studier som er tilgjengelige vil bli etterspurt av Aalborg Universitetsbibliotek. Deretter vil referansene som er igjen etter fase tre bli overført til et seleksjonsprogram for SO, Rayyan (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz, & Elmagarmid, 2016), for den endelige seleksjonsprosessen. Seleksjonsprosessen utføres av undertegnede på bakgrunn av de tidligere nevnte inklusjons- og eksklusjonskriteriene (Se Tabell 1). Hertil blir studiene kun ekskludert i fase fire dersom de åpenbart ikke oppfyller kriteriene, for å unngå at relevante studier blir fjernet. Ved usikkerhet angående hvorvidt en studie oppfyller kriteriene for kvalifisering, blir studie videreført til fase fem. Hertil vil undertegnede utføre to gjennomganger av referansene i fase fire med hensikt om å redusere risiko for feilvurdering av studienes relevans, samt kompensere for at kun en person gjennomgår studiene (Perestolo-Pérez, 2012, p. 53). Alle vurderinger for eksklusjon i fase fem rapporteres i resultatavsnittet (jf. 4.1).

3.4 Datainnsamling og dataenheter

Følgende data vil bli identifisert og rapportert fra studiene: forfatter, år for publikasjon, land, type studiedesign, antall deltagere, alderen til deltagerne, rekrutteringssted -eller utvalg, tidspunkt for vurdering i den postnatale perioden, måleinstrumenter anvendt for å oppfange perfeksjonisme og mental helse, og funn som er av relevans for å besvare forskningsspørsmålet. Dataauthenting vil bli gjennomført og dobbeltsjekket av undertegnede.

Undertegnede identifiserer og rapporterer relevante statistiske funn tilknyttet de analytiske metoder som ble anvendt for å undersøke forholdet mellom perfeksjonisme og postnatal mental helse. Følgelig blir rapportering av statistiske resultater i det inneværende SO basert på den enkeltes studies dokumenterte analysemetoder og statistiske verdier som kan besvare problemstillingen. Det er derfor ingen eksklusive forhåndsbestemte statistiske verdier for identifisering, men relevante verdier kan være; signifikansverdier, korrelasjonskoeffisienter, standardiserte eller ustandardiserte regresjonskoeffisienter, varians, odds ratio, konfidensintervaller, prosent, samt

multiple eller *squared* korrelasjonskoeffisient hvis ikke annet er tilgjengelig. Funnene fra regresjonsmodeller eller *path*-modeller blir også rapportert hvis det er mulig å spesifikt utvinne resultatene fra variablene av interesse. Hertil eventuelle korrelasjonskoeffisienter, odds ratio og varians, danner grunnlag for å identifisere effektstørrelser.

3.5 Syntesemetode

Det inneværende spesialet vil utføre en kvalitativ syntese av studiene som oppfyller kriteriene for kvalifisering. Det vil ikke bli produsert en kvantitativ syntese (metaanalyse) da det ikke er bekjent hvorvidt studiene er homogene nok for at en slik analyse er hensiktsmessig (Perestelo-pérez, 2013, p. 55), i tillegg til at det inneværende spesialet er begrenset av en kort tidsramme. Følgelig for å besvare i hvilken grad perfeksjonismen kan øke risikoen for flere psykiske lidelser og/eller symptomer, vil studienes funn og anvendte måleinstrumenter presenteres i tabeller etter hvilke typer mentale helseproblemer som blir undersøkt. Funnen vil også syntetiseres i tekstform etter psykisk sykdom og/eller symptomer, med henblikk på å identifisere særlige mønstre og/eller motstridende funn i relasjon til hver enkelt tilstand. Hertil, ved behov vil også syntesen fremheve og oppdeles etter hvilke måleinstrumenter for perfeksjonisme som ble anvendt med den bevissthet om at ulike kan verktøy kan undersøke noe ulike konstrukter. Undertegnede vil produsere syntesen.

3.6 Anvendte verktøy for å analysere kvaliteten til individuelle studier og den inneværende systematiske oversikten

Da kvaliteten og validiteten til en SO avhenger av den metodologiske karakteren til enkeltstudiene, samt resultatene studiene rapporterer (Perestolo-Pérez, 2012, p. 54), har det innehavende spesialet anvendt verktøy som er utarbeidet av *National Institutes of Health* (NIH) med henblikk på å vurdere enkeltstudienes mottagelighet for bias, og da kvalitet. Hensikten er å ha en kildekritisk stillingtagen til den innsamlede empiri og dermed bakgrunn for det inneværende spesialets muligheter for å besvare problemstillingen med valid og reliabel viten. I etterkant av seleksjonsprosessen, ble det vurdert

at to vurderingsverktøy var relevante for å analysere risiko for bias i de identifiserte studiene: *Quality Assessment of Case-Control Studies* (QA-CCS) og *Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-sectional Studies* (QAT-OCCSS).

Derutover, er det anvendt spørsmål fra vurderingsverktøyet *Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses* (JBI-CA), som er utarbeidet av *The Joanna Briggs Institute* (JBI; 2017), for å evaluere grad av risiko for bias og den interne validitet til det inneværende spesialets litteraturundersøkelse, på bakgrunn av vitenskapelige normer.

Alle tre analysene vurderes ut ifra «JA», som indikerer at det er lav risiko for bias, «NEI» som antyder at det er høy mottakelighet for bias, eller «UR» (usikker risiko), som anvendes hvis risiko for bias ikke kan tydes fra studie (NIH, n.d.; JBI, 2017, p. 3). Eventuelt hvis et punkt er irrelevant for studiedesignet og/eller formålet, anvendes «I/R» (ikke relevant; NIH, n.d.; JBI, 2017, p. 3). I forlengelse herav hvis en individuell studie eller den inneværende SO mottar flere «NEI» eller «UR», antyder det en høy mottakelighet for bias, som videre indikerer lav intern validitet og kvalitet i den gjeldende studien (NIH, n.d.; JBI, 2017, p.3).

3.6.1 Kriterier for analysen av risiko for bias i individuelle studier

Følgende punkter blir undersøkt fra QAT-OCCSS; 1) hvorvidt studien har et klart og tydelig forskningsspørsmål, 2) om studien tydelig beskriver og definerer populasjonen de undersøker, 3) at responsraten for egnede deltagere er over 50%, 4) hvorvidt alle deltagerne er utvalgt eller innhentet fra samme populasjon, samt at deltagerne er utvalgt på basis av de samme in- og eksklusjonskriterier, 5) om studien har vedlagt begrunnelse for antallet av deltagere som er inkludert, 6) at mål for eksponering ble administrert på et tidligere tidspunkt enn evalueringen av utfallsvariabelen, 7) at tidsperioden studien ble gjennomført i er lang nok for å kunne observere en assosiasjon mellom eksponering og utfall, hvis det eksisterer, 8) hvorvidt studien har definert mål for eksponering etter ulike nivå og/eller anvendt kontinuerlige variabler, 9) at studien har definert eksponeringsvariabelen og anvender validerte måleverktøy, 10) om

eksponeringsvariabelen er evaluert mer enn en gang, 11) hvorvidt mål for utfall er tydelig definert, og at de er reliable og valide, 12) om personen som evaluerte utfallet ble «blindet» for deltagerens score på eksponeringsmål, 13) at *follow-up*-raten er akseptabel (f.eks. 80%) og 14) at potensielle forstyrrende variabler ble evaluert og justert for statistisk, for å undersøke deres påvirkning på forholdet mellom eksponeringsvariabel og utfallet (NIH, n.d.).

Men henblikk på punkt syv, er det besluttet at en akseptabel tidsperiode innebærer at et mål ble administrert før fødselen, samt et mål minst 6 uker etter fødselen. Dog psykiske problemer kan oppstå i hele den postnatale perioden (Fahey & Shenassa, 2013, p. 613), har diagnosemanualene ICD-10 (F53) og ICD-11 (6E20 & 6E21) satt krav til at psykiske lidelser tilknyttet fødsel og postpartum skal utvikles innenfor 6 uker etter fødselen for å oppfylle kriteriene (WHO, 2019; WHO, 2020). Videre med hensyn til punkt 14 besluttet undertegnede at viktige potensielle forstyrrende variabler å justere for er tidligere psykisks sykdom, samt deltagerens tilgang til/grad av sosial støtte i den perinatale perioden.

I likhet med i QAT-OCCSS inneholder QA-CCS også punkter som undersøker forskningsspørsmålets tydelighet (punkt en), hvorvidt populasjonen er klart definert (punkt to), om begrunnelse for antall deltagere er inkludert (punkt tre), at mål for eksponeringsvariabelen klart definert, validert og implementert ensartet hos alle deltagerne (punkt 10), at det er utført *blinding* (punkt 11) samt at de nevnte viktige variabler er kontrollert for statistisk (punkt 12; NIH, n.d.). Samtidig, er det noen punkter som er gjelden kun for kasus-kontroll-studier som, 4) om kontrollgruppen er innhentet fra lignende populasjon, og på samme tidspunkt som kasusgruppen, 5) om gruppene er innhentet fra samme populasjon 6) at kriteriene for rekruttering ble bestemt før seleksjonen av deltagerne, samt anvendt ensidig på begge gruppene, 7) om de ulike gruppene er klart definerte og det var anvendt valide mål for å identifisere gruppene, 8) at randomisert seleksjon av kontrollgruppen er utført, med mindre det er 100% egnethet innad i gruppene (f.eks. at alle lidelsesfrie ble inkludert som kontroll) og 9) at kontrolldeltagere ble utvalgt på samme tidspunkt som at en deltager ble en kasus (NIH, n.d.).

3.6.2 Kriterier for analysen av risiko for bias i den inneværende systematiske oversikten

Analysen av risiko for bias og da validiteten av den inneværende SO, tar utgangspunkt i de først ni punktene fra JBI-CA. Disse punktene omhandler den interne validiteten til studien og i hvilken grad en SO har tatt stilling til bias i dets design, utførelse og analyse (JBI, 2017, pp. 2 & 7).

De ni punktene belyser følgende aspekter, 1) hvorvidt forskningsspørsmålet er klart definert i henhold til PICOS, 2) om kriteriene for kvalifisering er klart definert i henhold til PICOS, 3) at søkestrategien er beskrevet og vurdert passende for den inneværende SO med henblikk på anvendte PICOS komponenter, indekstermer og/eller filter, 4) hvorvidt alle relevante informasjonskilder og ressurser ble anvendt i søket, 5) at kriteriene for kvalifisering av studier var passende og tydelig beskrevet, 6) om den kritiske vurderingen av studienes metodologiske kvalitet ble utført av minst to forfattere uavhengig av hverandre, 7) hvorvidt det var anvendt systematiske metoder for dataauthenting for å minimere feil, 8) om metodene anvendt for å kombinere studiene var passende for å besvare spørsmålet, og om det er beskrevet forklaringer som støtter den kvalitative syntesen av funnene og de informasjonen som er utvalgt og 9) hvorvidt en vurdering av tilstedeværelse av publikasjonsbias har funnet sted (JBI, 2017, p. 3).

4 Resultater

Det inneværende spesialets resultatavsnitt har videre tatt inspirasjon fra *The PRISMA Statement* (Moher, et al., 2009, p. 4; Page et al., 2021, p. 4). Først er studieseleksjonen beskrevet, herunder bakgrunn og argumentasjon for ekskludering av studier. I forlengelse herav er seleksjonsprosessen visuelt presentert i et flytskjema som også er inspirert av *The PRISMA statement* (Page et al., 2021, p. 5). Videre blir studiekarakteristikk oppsamlet og presentert, etterfulgt av en analyse som fremhever kvaliteten til enkeltstudiene, samt den inneværende SO. Deretter vil resultatene og anvendte måleverktøy fra de identifiserte empiriske studiene, som er egnede til å besvare problemformuleringen, bli presentert i Tabell 7 og 8 og i tekstform med hensyn til den beskrevne syntesemetoden (jf. 3.5). Avslutningsvis vil der være et mer oppsamlende

avsnitt av resultatene angående perfeksjonisme som risikofaktor for postnatale mentale helseproblemer.

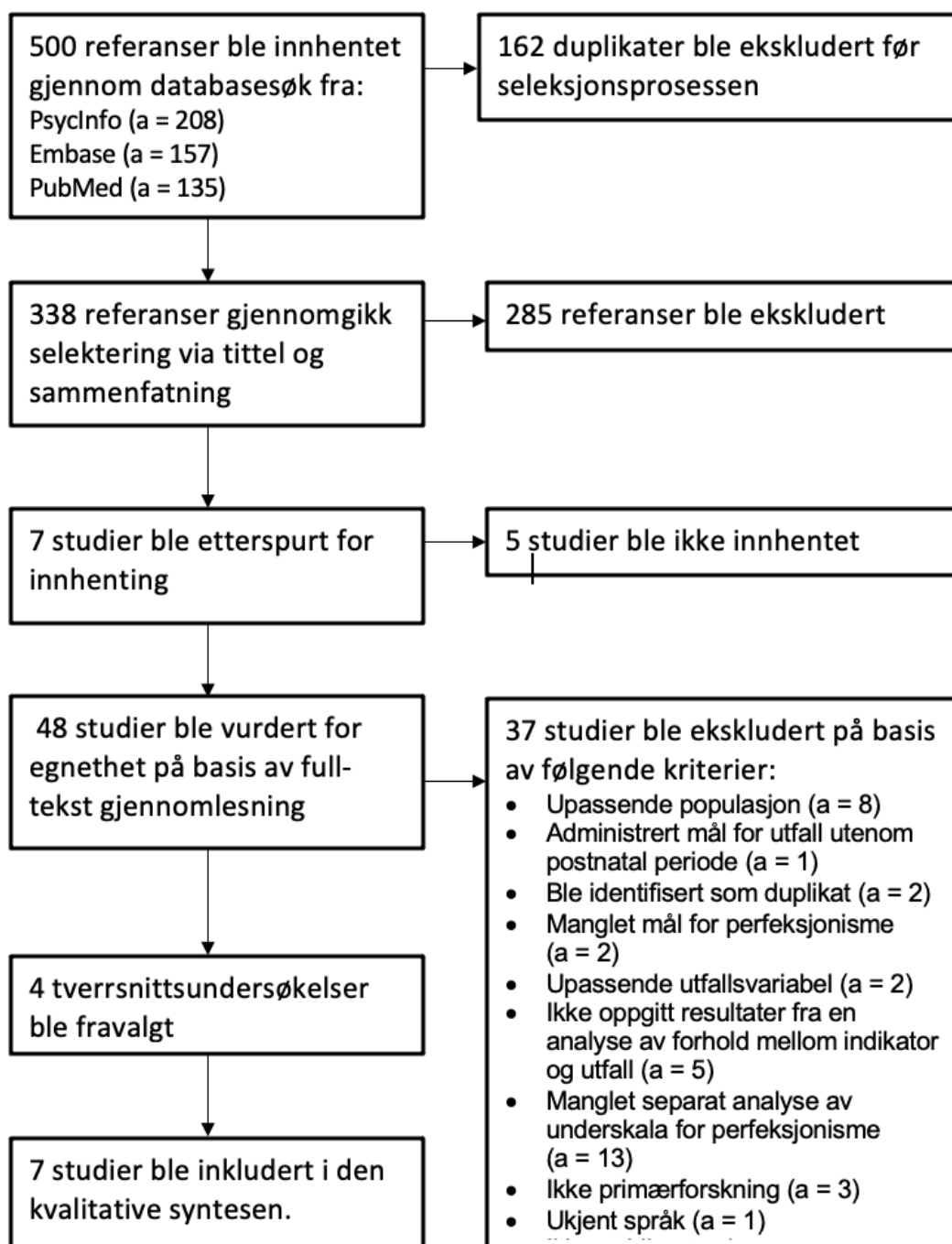
4.1 Studieseleksjonen

Databasesøkene ble gjennomført 29. mars 2021, og resulterte i 208 referanser fra PsycInfo (herunder PsycArticles), 135 referanser fra PubMed, og 157 referanser fra Embase. Den første del av seleksjonsprosessen gjennomgikk studier på basis av tittel og sammenfatning, og medførte 53 studier. Syv artikler ble etterspurt den 8. april 2021 fra Aalborg Universitetsbibliotek, da undertegnede ikke hadde tilgang til artiklene. To artikler ble tilsendt den 9. april 2021, og ble inkludert i den videre seleksjonsprosessen, mens de resterende fem artiklene ble ikke identifisert og tilsendt. 48 artikler gjennomgikk dermed fulltekst-gjennomlesning av undertegnede. Totalt 37 studier oppfylte ikke kravene for kvalifisering og ble ekskludert på bakgrunn av følgende kriterier; de var duplikater, studien hadde upassende populasjon (dvs. for ung populasjon, mor eller barn med behov for ekstra tilrettelegging, blandede populasjoner av gravide og nye mødre, kun gravide kvinner, eller inkludering av mødre utenfor den postnatale perioden), studien manglet mål for perfeksjonisme, studien analyserte ikke underskalaen for perfeksjonisme separat ved verktøy som undersøkte flere konstrukter, studien oppgav ikke resultater fra en analyse av perfeksjonisme i relasjon til utfallsvariabel av interesse, utfallsvariabelen ble ikke evaluert i den postnatale perioden, det var ukjent språk eller der manglet primærforskning. Se Figur 1 for en liste over antallet av studier som ble ekskludert i relasjon til hvert kriterie, samt for en visuell presentasjon av de ulike fasene i seleksjonsprosessen.

I første omgang resulterte seleksjonsprosessen i 11 studier som oppfylte alle kriteriene for kvalifisering nevnt i Tabell 1. Disse studiene undersøkte riktig populasjon og anvendte validerte måleverktøy for å evaluere perfeksjonismekonstruktet i henhold til postnatale mentale helseproblemer. Samtidig var det mulig for undertegnede å innhente tekstene og forstå språket i de gitte studiene, og studiene oppgav primærforskning. De ekskluderte studiene derimot undersøkte populasjoner som var utenfor oppgavens interesse og/eller manglet informasjon for å kunne vurdere assosiasjonen

mellom perfektjonisme og en diagnose og/eller symptomer. Derfor ville de ikke kunne besvare spesialets forskningsspørsmål.

Figur 1: Flytskjema for seleksjonsprosessen



Bemerkning. a = antall

Deretter ble fire tverrsnittsundersøkelser (Arnold & Kalibatsev, 2021; Hassert, Kurpius, Payakkakom & Kodyšová, 2018; Thompson & Bendell, 2014; Vliegen, Luyten, Meurs & Cluckers, 2006), frasortert. Undertegnede besluttet at innbringelsen av flere tverrsnittsundersøkelser ikke ville øke kvaliteten av den inneværende SO. Tverrsnittsundersøkelser kan som utgangspunkt kun identifisere assosiasjoner eller prevalens, og ikke temporale forhold eller kausale forhold mellom variabler (Glenny et al., 2008, p. 318). Følgelig ble syv studier ansett som egnede for å besvare det inneværende spesialets problemstilling (se Figur 1).

4.2 Studiekarakteristikk

Alle syv studiene ble identifisert som analytiske observasjonelle studier, der seks av studiene er prospektive kohortundersøkelser og én studie er en kasus-kontroll-studie (se Tabell 3). Ved observasjonelle studier observeres den naturlige utviklingen av hendelser uten at noen intervensjoner eller kontrollerer utfallet (Glenny et al., 2008, p. 317f). Som sett i avsnitt 3.1.1, kan både kasus-kontroll-studier og kohortundersøkelser anvendes for å undersøke mulige årsaker til lidelser (Glenny et al., 2008, p. 318).

Av de seks kohortundersøkelsene som evaluerte deltagere både før og etter fødselen, spesifiserte fem studier at relevante mål ble administrert under tredje og siste trimester av svangerskapet (se Tabell 3), mens én studie evaluerte perfektjonisme på et ukjent tidspunkt i den prenatal perioden (Maia et al., 2012). Av de samme seks studiene hadde fem av dem et *follow-up*-mål innenfor 6 og 14 uker postpartum (se Tabell 3), mens én studie hadde *follow-up*-mål 12, 24 og 36 uker postpartum (Schoppe-Sullivan et al., 2017). Ved kasus-kontroll-studien (Gelabert et al., 2012) ble mål for perfektjonisme administrert hos kasusgruppen etter remisjon fra depresjon, mens kontrollgruppen ble evaluert for ulike konstrukter 2 dager, 8 uker og 32 uker postpartum. Videre, fra de seks studiene som har oppgitt et aldersspenn, så var de yngste deltagerne identifisert som mellom 18 og 22 år, mens de eldste var mellom 37 til 50 år gamle (se Tabell 3), som indikere at deltagerens alder varierer fra 18-50 år i de inkluderte studiene. Derutover oppga fire studier en gjennomsnittsalder hos deltagerne på litt over 30

Tabell 3: Studiekarakteristikker

Studie	Land	Alder i år	Rekrutteringssted eller utvalg	A	Studie-design	Måletidspunkt
Egan et al. (2017)	Australia	22-44 (Gns. = 32.3, SD = 3.74)	Samfunnsutvalg	71	Kohortundersøkelse	Tredje trimester, 6-14 uker postpartum
Gelabert et al. (2012)	Spania	<u>Kasusgruppe:</u> Gns. = 33.7 (SA = 4.10) <u>Kontrollgruppe:</u> Gns. = 31.39 (SA = 4.10)	Psykiatrisk -og obstetrisk enhet på sykehus	<u>Kasusgruppe</u> 115 mødre med MPPD <u>Kontrollgruppe</u> 122 mødre uten MPPD	Kasus-kontrollstudie	<u>Kasusgruppe:</u> ≤ 6 mnd. postpartum, og etter remisjon fra MPPD. <u>Kontrollgruppe:</u> 2 dager postpartum, 8 uker postpartum, 32 uker postpartum.
Maia et al. (2012)	Portugal	19-44 (Gns. = 30.08, SA = 4.205)	Lokale helseklinikker og fødselsforberedelse-klasser	386	Kohortundersøkelse	Prepartum, 3 mnd. postpartum.
Oddo-Sommerfeld et al. (2016)	Tyskland	20-45 (Gns. = 30.15, SA = 4.46).	Sykehus	266	Kohortundersøkelse	Tredje trimester, 12 uker postpartum.
Price et al. (2020)	England	18-50	Samfunnsutvalg	418	Kohortundersøkelse	32-42 uker gravid, 6-12 uker postpartum.
Schoppe-Sullivan et al. (2017)	USA	18-37 (Gns. = 27.80, SA = 3.77).	Samfunnsutvalg	127	Kohortundersøkelse	Tredje trimester, 3 mnd. postpartum, 6 mnd. postpartum, 9 mnd. postpartum.
Sweeney & Fingerhut (2014)	USA	18-42 (Gns. = 27.17, SA = 6.59)	Sykehusbaserte obstetriske - og gynekologiske kontorer og jordmor kontor	46	Kohortundersøkelse	Tredje trimester, 2 mnd. postpartum.

Bemerkning. SA=standardavvik, A = antall, Gns. = gjennomsnitt, I/T= ikke tilgjengelig, MPPD = Major postpartum depression

år (mellom 30.08 og 33.7 år), mens to studier undersøkte deltagere med en gjennomsnittsalder på 27.17 eller 27.8 år (se Tabell 3). Det var videre tre av studiene som innhentet deltagere fra et samfunnsutvalg gjennom ulike medier (f.eks. nettsider for nye mødre), tre studier oppgav at deltagerne ble rekruttert fra enheter tilknyttet sykehus, der en av dem også innhentet deltagere fra jordmor kontorer, og én studie rekrutterte fra lokale helseklinikker og fødselsforberedelsesklasser (Se Tabell 3). Til slutt, har fire

av studiene undersøkt europeiske populasjoner fra Spania, Portugal, Tyskland og England, mens to av studiene ble utført i USA og én i Australia (se Tabell 3). Antall deltagere varierte mellom 46 til 418 stk. (se Tabell 3).

4.3 Risiko for bias i individuelle studier

Som illustrert i Tabell 4 og 5 har alle studiene fått «NEI» eller «UR» på flere av punktene. Med henblikk på Tabell 4 fikk Gelabert et al. (2012) «NEI» eller «UR» på fem av 12 punkter. Studien manglet begrunnelse for antall deltagere (punkt tre), kontroll-deltager ble ikke innhentet på samme dag som en deltager ble en kasusdeltager (punkt åtte), mål ble ikke administrert ensartet mellom gruppene (punkt ti), eksponeringsvariabelen ble evaluert etter utfallet hos kasusgruppen (punkt ni), samt var det ikke tydelig rapportert hvorvidt *blinding* foregikk (punkt 11). Samtidig, som vist i på Tabell 5, fikk to kohortundersøkelser «NEI» eller «UR» på fire av 14 punkter (Egan, Kane, Winton, Eliot & McEvoy, 2017; Price, Centifanti & Slade, 2020), tre studier fikk på fem punkter (Maia et al., 2012; Schoppe-Sullivan et al., 2017; Sweeney & Fingerhut, 2013), og en studie mottok «NEI» eller «UR» på seks punkter (Oddo-Sommerfeld, Hain, Louwen & Schermelleh-Engel, 2016). Analysene indikerer følgelig at alle syv studiene er mottakelige for bias, og kan vurderes som å ha moderat til lav interne validitet og kvalitet.

Tabell 4: Risiko for bias i kasus-kontroll-studier

Studie	1. Var forskningsspørsmålet/hensikten til studie klart definert og passende?	2. Var populasjonen tydelig spesifisert og definert?	3. Var begrunnelse for antall deltagere beskrevet?	4. Var kontrollgruppen selektert eller rekruttert fra lignende populasjon og i samme tidsramme som kasusgruppen?	5. Var definisjonen og kriteriene for kvalifisering for å identifisere gruppene valide, reliable og anvendt konsist på alle deltagere?	6. Var kasusdeltagerne tydelig differensiert fra kontroll-deltagere?	7. Var kasusdeltagere og kontroll-deltagere tilfeldig fra de egnede hvis det ikke var 100% egnede kontroll-deltagere og/eller kasusdeltagerne?	8. Ble det anvendt sameksisterende kontroll-deltagere?	9. Var det bekreftet at risikofaktorer oppsto før utviklingen av tilstanden som definerer kasusdeltagerne?	10. Var målet for risikofaktorer tydelig definert, valid og implementert på tvers av alle deltagere?	11. Var de som evaluerte utfallet blindet for eksponeringsstatusen til deltagerne?	12. Var forstyrrende variabler evaluert og justert for statistisk?
Gelabert et al. (2012)	JA	JA	NEI	JA	JA	JA	JA	NEI	NEI	NEI	UR	JA

Bemerkning. JA= lav risiko, NEI = høy risiko, UR = usikker risiko

Tabell 5: Risiko for bias i kohortundersøkelser

Studie	1. Var forsknings-spørsmålet/hensikten til studie klart definert og passende?	2. Var populasjonen tydelig spesifisert og definert?	3. Var deltager-raten på minst 50%?	4. Var alle deltagerne selektert eller rekruttert fra lignende populasjon (inkludert samme tidsperiode), og var kriteriene for kvalifisering forhåndsbestemt og anvendt konsist på alle deltagerne?	5. Var begrunnelse for antall deltagerne beskrevet?	6. Var eksponeringsmål evaluert for utfallet ble målt?	7. Var tidsrammen passende lang for en forventet assosiasjon mellom eksponering og utfall kunne oppstå?	8. Undersøkt e studiet flere nivå av eksponering tilknyttet utfallsvariabelen, eller ble det anvendt en kontinuerlig variabel?	9. Var eksponeringsmålet tydelig definert, valid, reliabel og implementert konsist på tvers av deltagerne?	10. Var eksponering evaluert mer enn en gang?	11. Var utfallsmålet klart definert, valid, reliabel og implementert konsist på tvers av deltagerne?	12. Var de som evaluerte utfall blindet for eksponeringsstatusen til deltagerne?	13. Var tap av deltager ved <i>follow-up</i> 20% eller mindre?	14. Var viktige forstyrrende variabler evaluert og justert for statistisk?
Egan et al. (2017)	JA	JA	UR	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	UR	JA	NEI
Maia et al. (2012)	JA	JA	UR	JA	NEI	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	UR	UR	JA
Oddo-Sommerfeld et al. (2016)	JA	JA	NEI	UR	NEI	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	UR	JA	NEI
Price et al. (2020)	JA	JA	NEI	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	UR	JA	NEI
Schoppa-Sullivan et al. (2017)	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	UR	UR	NEI
Sweeney & Fingerhut (2013)	JA	JA	NEI	UR	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	UR	NEI	JA

Bemerkning. JA= lav risiko, NEI = høy risiko, UR = usikker risiko

Som illustrert i Tabell 5, hadde alle kohortundersøkelsene lav risiko for bias på de samme syv punktene. De hadde tydelige definerte forskningsspørsmål og deltagerne (punkt ett og to), de vurderte eksponeringsvariabelen (perfeksjonisme) før evalueringen av utfallet ble gjennomført (punkt seks), de oppfylte det bestemte krav for *follow-up* minst seks uker etter fødsel for å kunne observere en assosiasjon mellom variablene (punkt syv), perfeksjonisme ble evaluert som en kontinuerlig variabel (punkt åtte), samt de hadde tydelige definerte, valide og reliable mål for eksponering og utfall (punkt ni og 11). Det skal dog poengteres at punkt ni og 11 ble vurdert oppfylt hvis empirisk validerte måleverktøy ble anvendt ensartet hos alle deltagerne i studiene, men det var ikke krav til en spesifikk type evalueringsmetode (f.eks. selvrappotering eller diagnostiskintervju).

Alle studiene fikk videre «NEI» på punkt ti da ingen har vurdert perfeksjonisme på flere tidspunkter (se Tabell 5). Samtidig mottok alle studiene «UR» på punkt 12 og *blinding* for eksponeringsmål, da det ikke var tydelig beskrevet i studiene hvorvidt *blinding* hadde forekommet eller ikke (se Tabell 5). Videre fikk kun to studier (Maya et al., 2012; Sweeney & Fingerhut, 2013) «JA» på punkt 14 for å ha justert for de

forutbestemte potensielt forstyrrende variablene, og kun tre studier (Egan et al., 2017; Price et al., 2020; Sweeney & Fingerhut, 2013) fikk «JA» på punkt fem pga. tydelig begrunnelse for valg av antall deltagere, mens de resterende fikk «NEI». Det skal også bemerkes at to studier fikk «UR» på punkt fire (Oddo-Sommerfeld et al., 2016; Sweeney & Fingerhut, 2013), i kontrast til resten som fikk «JA». Disse to studiene manglet rapportering av tidsperioden som rekrutteringen foregikk i, men de resterende kravene tilknyttet dette punktet var oppfylt. Det var også kun tre studier som ikke mistet mer enn 20% av deltagere ved *follow-up* mål (Egan et al., 2017; Oddo-sommerfeld et al., 2017; Price et al., 2020), mens tre studier fikk «NEI» eller «UR» på dette punktet (se Tabell 4). Til slutt hadde kun én studie dokumentert at minst 50% av deltagerne de etterspurte responderte (Schoppe-Sullivan et al., 2017), mens de resterende fikk «NEI» eller «UR» på punktet (se Tabell 5).

4.4 Risiko for bias i den innværende systematiske oversikten

Som det presenteres i Tabell 6 resulterte analysen av risiko for bias i den inneværende SO, at fem punkter fikk utdelt et «JA», mens tre punkter fikk «NEI» og et fikk «I/R». Resultatet indikerer at den inneværende SO er mottagelig for bias, og kan dermed vurderes som å ha en redusert interne validitet og kvalitet. Med henblikk på spørsmål fire ble det vurdert at flere databaser kunne ha blitt anvendt i søket, samt kunne undertegnede ha gjennomført referanser for å sikre at alle studier ble identifisert. Undertegnede kunne også ha etterspurt informasjon fra forfattere av studiene som ikke oppgav verdier fra statistiske analyser av interesse. Derutover var det kun undertegnede som vurderte studienes kvalitet, i tillegg ble ikke en systematisk metode anvendt for å uthente dataenheter. Det ble følgelig besluttet at punkt seks og syv fikk «NEI». Til slutt, da den inneværende SO syntetiserer resultatene kvalitativt, ble punkt ni og krav til statistiske analyser for å vurdere publikasjonsbias vurdert som ikke relevant. Likevel, siden det er essensielt å vurdere hvorvidt publikasjonsbias påvirker resultatene fra den inneværende SO, vil en eventuell tilstedeværelse av publikasjonsbias bli diskutert i den metodiske diskusjonen (jf. 5.1.2).

Tabell 6: Risiko for bias i inneværende SO

Studie	1. Var forsknings-spørsmålet tydelig beskrevet og artikulert?	2. Var inklusjons-kriteriene passende for spørsmålet?	3. Var søke-strategien passende?	4. Var det passende anvendelse av informasjons-kilder til søket?	5. Var kriteriene for å vurdere studier passende?	6. Var kritisk vurdering utført av to eller flere individer uavhengig fra hverandre?	7. Var det anvendt systematiske metoder for å minimere feil i data-uthenting?	8. Var metodene for å kombinere studiene passende?	9. Var sannsynlig-heten for publikasjons-bias vurdert?
Lindblad (2021)	JA	JA	JA	NEI	JA	NEI	NEI	JA	I/R

Bemerkning. JA= lav risiko, NEI = høy risiko, UR = usikker risiko, I/R = ikke relevant

4.5 Kvalitativ syntese av funn

Perfeksjonisme ble funnet undersøkt tilknyttet tre psykiske sykdommer og/eller symptomer; depressiv lidelse og/eller symptomatologi, angstsymptomatologi og post-traumatisk stress symptomer (se Tabell 7 og 8). Derfor er det innværende spesialets syntese oppdelt etter disse tre grupperingene, med henblikk på å kunne besvare i hvilken grad perfeksjonisme kan øke risikoen for å utvikle hver enkelt psykisk sykdom og/eller symptomer på en lidelse i den postnatale perioden.

4.5.1 Depressiv lidelse og/eller symptomatologi

Nedstående syntese tilknyttet depressive tilstander har blitt oppdelt i to. Første syntese inneholder resultater fra de fire studiene som har anvendt samme måleverktøy (F-MPS), mens de resterende studiene blir syntetisert deretter. Videre da et fåtall av studier er med i syntesen, har ikke resultater blitt ekskludert pga. grad av mottakelighet for bias (jf. 4.3). Egan et al. (2017) og Price et al. (2020) har minst mottakelighet for bias av de inkluderte studiene da de oppfyller alle kriterier unntatt fire. De resterende studiene mottok «NEI» eller «UR» på fem eller seks punkter (se Tabell 4 og 5). Likevel er alle studiene mottakelige for bias og har redusert validitet. Følgelig bør resultatene tolkes i forlengelse av at alle studiene er av moderat til lav kvalitet. Mer utfyllende diskusjon om styrker og begrensinger ved de syntetiserte studiene kan sees i avsnitt 5.2.1.

4.5.1.1 Anvendte måleinstrumenter

Som illustrert i Tabell 7 så har alle syv studiene undersøkt depressiv symptomatologi, der to også evaluerte depressiv lidelse. Depressiv symptomatologi ble evaluert av to studier gjennom *Center for Epidemiological Studies – Depression Scale* (Radloff, 1977), én studie brukte *Beck depression inventory-II* (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996), og fire studier anvendte *Edinburgh postnatal depression scale* (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). Depressiv lidelse tilknyttet DSM-IV ble diagnostisert av eksperter gjennom *Structured Clinical Interview for DSM-IV diagnosis* (First & Gibbon, 2004). *Diagnostic Interview for Genetic Studies* (HIMH, 1999) og *Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness* (McGuffin, Farmer & Harvey, 1991) ble anvendt for å oppfange depresjon tilknyttet kriterier fra DSM-IV og ICD-10 (se Tabell 7).

Som sett i Tabell 7, for å evaluere perfeksjonisme administrerte fire studier to eller flere underkalaer fra *Multidimensional Perfectionism Scale* (Frost et al., 1990), der en studie også anvendte diskrepans underskalaen fra *Almost Perfect Scale—Revised* (Slaney et al., 2001). Derutover ble *Societal-oriented parenting perfectionism* (SOPP) fra *Multidimensional Parenting Perfectionism Questionnaire* (Snell, Overbey & Brewer, 2005) anvendt av én studie, samtidig som at én annen studie administrerte *Clinical Perfectionism Questionnaire* (Egan et al., 2017). Til slutt har én studie anvendt selvorientert perfeksjonsime (SOP), samt deelementene *Socially-Prescribed Perfectionism- Others' High Standards* (SPP-OHS) og *Socially-Prescribed Perfectionism-Conditional Acceptance* (SPP-CA) fra *Multidimensional Perfectionism Scale* (Hewitt & Flett, 1991).

4.5.1.2 Studier som har anvendt Frost Multidimensional Perfectionism Scale.

Gelabert et al. (2012) fant at nye mødre med depresjon scoret signifikant og moderat høyere på total perfeksjonisme enn ikke-deprimerte mødre (33.6% vs. 10.4%, OR = 4.35) og perfeksjonisme økte sannsynligheten for depresjon i liten grad (OR = 2.98) når andre variabler ble kontrollert for (se Tabell 7). Samtidig som at Price et al. (2020) rapporterte en signifikant moderat korrelasjon mellom total flerdimensjonal perfeksjonisme (målt med *concern over mistakes, personal standards, parental criticism, doubt about actions og parental expectations*) og depressive symptomer seks til 12 uker post-partum ($r = .32$). Hertil, Gelabert et al. (2012) identifiserte liten til moderat grad høyere

Tabell 7: Studier som undersøker depressiv lidelse og/eller symptomatologi

Nr.	Studie	Perfeksjonisme-mål (og evt. delskalaer)	Depressiv lidelse og/eller symptomatologi	Mål for egnede utfall	Egnede resultater
1	Egan et al. (2017)	CPQ	Postpartum depressiv symptomatologi	EPDS	Sig. assosiasjon mellom CPQ i tredje trimester og EPDS 14 uker postpartum ($r = .27, p < .05$). <i>Path model:</i> I/sig. direkte effekt mellom CPQ og postnatal EPDS ($p > .05$).
2	Gelabert et al. (2012)	F-MPS	Postpartum depressiv lidelse	<u>Kasusgruppe:</u> EPDS, SCID-I/P, <u>Kontrollgruppe:</u> EPDS	Sig. høyere prevalens av høy total F-MPS blant kasusgruppen vs. kontrollgruppen (33.6% vs. 10.4%, $p < .001$, $OR = 4.35$, 95%KI [2.14-8.8]). Sig. høyere prevalens på fire av seks F-MPS-underskalaer hos kasusgruppen vs. kontrollgruppen; høy grad av CM (33.6% vs. 7.8%, $p < .001$, $OR = 5.96$, 95%KI [2.74 - 12.97]), høy grad av PS (24.6% vs. 12.2%, $p = .014$, $OR = 2.35$, 95%KI [1.16 - 4.71]), høy grad av PC (37.7% vs. 12.2%, $p < .001$, $OR = 4.37$, 95%KI [2.238 - 8.52]), og høy grad av DA (22.1% vs. 5.1%, $p < .001$, $OR = 5.16$, 95%KI [2.05 - 13.04]). I/sig. forskjell mellom gruppene tilknyttet høy grad av PE ($p = .165$) samt O ($p = .256$). Multiple logistisk regresjonsanalyse: Høy total F-MPS tredoblet sannsynlighet for MPPD ($B = 1.092$, $p = .015$, $OR = 2.98$, 95%KI [1.23-7.21]) Høy grad av CM var eneste underskalaen som var sig. assosiert, og firedoblet sannsynlighet for MPPD ($B = 1.420$, $p = .021$, $OR = 4.14$, 95%KI [1.24-13.81]), når også nevrotisisme, psykiatrisk historie, livshendelser og sosial støtte under graviditet, og 5-HTT-CG var inkludert i modellen.
3	Maia et al. (2012)	HF-MPS (SOP, SPP-OHS, SPP-CA)	Postpartum depressiv lidelse og symptomatologi	BDI-II (CA, SA, G), ¹ DIGS & OPCRIT	Sig. korrelasjon mellom totale BDI-II 3. mnd. postpartum og SPP-OHS ($r_s = .212$, $p < .01$), samt SPP-CA ($r_s = .194$, $p < .01$). Sig. korrelasjon mellom SPP-OHS og CA ($r_s = .221$, $p < .01$), SA ($r = .184$, $p < .01$), samt G ($r_s = .204$, $p < .01$). Sig. korrelasjon mellom SPP-CA og CA ($r_s = .293$, $p < .01$), SA ($r = .1191$, $p < .01$), samt G ($r_s = .161$, $p < .01$). I/sig. assosiasjon mellom SOP og totale postnatale BDI-II ($p > .05$), CA ($p > .05$), SA ($p > .05$), samt G ($p > .05$). Hierarkisk regresjonsanalyse: SOP og SPP-CA var i/sig. prediktorer for BDI-II 3 mnd. postpartum ($p > .05$), mens SPP-OHS forklarte 0.8% av variansen i BDI-II, når kontrollert for depresjon og angst i graviditet, sosial støtte og livs-stress. Lineær regresjonsanalyse: Perfeksjonisme dimensjonene ble ikke funnet som signifikante predikter for depresjons diagnose (ICD-10 og DSM-IV) ($p > .05$).
4	Oddo-Sommerfeld et al. (2016)	<u>Dysfunksjonell perfeksjonisme:</u> F-MPS (CM, DA)	Postpartum depressiv symptomatologi	EPDS	Sig. korrelasjon mellom dysfunksjonell perfeksjonisme (prepartum) og EPDS 6 til 12 uker postpartum ($r = .37$, $p < .01$). <i>Path model:</i> I/sig. direkte effekt av dysfunksjonell perfeksjonisme (prepartum) på EPDS 6 til 12 uker postpartum ($p > .05$)
5	Price et al. (2020)	<u>Perfeksjonisme:</u> F-MPS (CM, DA, PS, PE, PC) <u>Organisering:</u> F-MPS (O)	Postpartum depressiv symptomatologi	CES-D	Sig. assosiasjon mellom perfeksjonisme (prepartum) og CES-D postpartum ($r = .32$, $p < .001$). I/sig. assosiasjon mellom O og CES-D postpartum ($p > .05$).
6	Schoppe-Sullivan et al. (2017)	MPPQ (SOPP)	Postpartum depressiv symptomatologi	CES-D	Sig. assosiasjon mellom CES-D (3 mnd. postpartum) og SOPP ($r = .23$, $p < .05$). I/sig. assosiasjon mellom CES-D (9 mnd. postpartum) og SOPP ($p > .05$).
7	Sweeney & Fingerhut (2013)	<u>Maladaptiv perfeksjonisme:</u> APS-R (Dis), F-MPS (DA, CM)	Postpartum depressiv symptomatologi	EPDS	Multiple regresjonsanalyse: Maladaptiv perfeksjonisme var i/sig. unik prediktor for EPDS postpartum ($p > .05$) når kontrollert for etablerte risikofaktorer og lite tilfredshet med kroppsbilde.

Bemerkning. APS-R = Almost Perfect Scale—Revised, BDI-II = Beck depression inventory-II, CA = Cognitive Affective, CES-D = The Center for Epidemiological Studies – Depression Scale, CM = Concerns over Mistakes, CPQ = Clinical Perfectionism Questionnaire, DA = Doubt about Actions, DIGS = Diagnostic Interview for Genetic Studies, Dis. = Discrepancy, EPDS=Edinburgh postnatal depression scale, FMPS = Frost Multidimensional Perfectionism Scale. G = Guilt, HF-MPS = Hewitt and Flett Multidimensional Perfectionism Scale, MPPD = Major postpartum depressive disorder (DSM-IV), MPPQ = Multidimensional Parenting Perfectionism Questionnaire, O = Organization, OPCRIT = Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness, PC = parental Criticism, PE = Parental Expectations, PS = Personal Standards, SA = Somatic Anxiety, SCID-I/P = Structured Clinical Interview for DSM-IV diagnosis, SOP = Self-Oriented Perfectionism, SPP-CA = Socially-Prescribed Perfectionism-Conditional Acceptance, SPP-OHS= Socially-Prescribed Perfectionism- Others’ High Standards, SOPP = societal-oriented parenting perfectionism. B = Standardisert regresjonskoeffisient β = Standardisert regresjonskoeffisient, r = Pearson’s korrelasjonskoeffisient, r_s = Spearman’s korrelasjonskoeffisient, i/sig. = Ikke signifikant, sig. = signifikant, OR = odds ratio, KI = Konfidensintervaller. Tolkning av effektstørrelsen til korrelasjonskoeffisient: $\geq .10$ = svak korrelasjon, $\geq .30$ = moderat korrelasjon, $\geq .50$ = sterk korrelasjon (Hemphill, 2003, p. 78). Tolkning av effektstørrelse til odd ratio; ≥ 1.6814 = svak assosiasjon, ≥ 3.4739 = moderat assosiasjon, ≥ 6.7128 = sterk assosiasjon (Chen, Choen & Chen, 2010, p. 862)

¹Maia et al. (2012) anvendte DIGS og OPCRIT til å diagnostisere depresjon tilknyttet kriterier for DSM-IV og ICD-10 (p. 463).

prevalens av *concern over mistakes* (33.6% vs. 7.8%, OR = 5.96), *personal standards* (24.6% vs. 12.2%, OR = 2.35), *parental criticism* (37.7% vs. 12.2%, OR = 4.37), i tillegg *doubt about actions* (22.1% vs. 5.1%, OR = 5.16) hos deprimerte kvinner (men ikke *organization* eller *parental expectations*), samtidig som at Oddo-Sommerfeld et al. (2016) identifiserte en signifikant moderat korrelasjon mellom *concern over mistakes*, samt *doubt about actions*, og depressive symptomer 12 uker postpartum ($r = .37$).

Dog viste videre regresjonsanalyser at kun underskalaen *concern over mistakes* var assosiert med, samt firedoblet sannsynligheten for å utvikle depresjon (OR = 4.14) innenfor 6 mnd. postpartum (Gelabert et al., 2012). Derutover hadde ikke *concern over mistakes* og *doubt about actions* en direkte effekt på postnatale depressive symptomer (Oddo-Sommerfeld et al., 2016), og Sweeney og Fingerhut (2013) identifiserte ikke *concern over mistakes*, *doubt about actions*, eller *discrepancy* som forutsigende variabler for postnatale depressive symptomer når andre variabler ble kontrollert for. Avslutningsvis ble *Organization* ikke funnet å være signifikant assosiert med depressive symptomer og/eller depresjon (Gelabert et al., 2012; Price et al. 2020). Se i Tabell 7 for alle statistiske verdier.

4.5.1.3 Studier som har anvendt andre måleverktøy for perfeksjonisme

Som illustrert i Tabell 8, fant tre studier svake, signifikante korrelasjoner mellom depressive symptomer 3 til 3,5 mnd. postpartum og prenatal perfeksjonisme i form av SPP-OHS ($r_s = .212$), SPP-CA ($r_s = .194$), klinisk perfeksjonisme ($r = .27$), og SOPP ($r = .23$; Egan et al., 2017; Maia et al., 2012; Schoppe-Sullivan et al., 2017). SOP derimot korrelerte ikke signifikant med depressive symptomer (Maia et al., 2012), og kun delskalen SPP-OHS forklarte en liten signifikant varians (0.8%) av de depressive symptomene når flere variabler ble kontrollert for (Maia et al., 2012). Det ble videre ikke funnet en signifikant direkte effekt av klinisk perfeksjonisme på depressive symptomer av Egan et al. (2017). Samtidig som at perfeksjonisme i form av SOPP ikke relaterte signifikant til depressive symptomer 9 mnd. postpartum ifølge Schoppe-Sullivan et al. (2017), og SOP, SPP-OHS og SPP-CA forutså ikke depressiv lidelse ifølge funnene til Maia et al. (2012). Se i tabell 7 for alle statistiske verdier.

4.5.2 Angstsymptomatologi

Som det illustreres i Tabell 8 undersøkte kun Oddo-Sommerfeld et al. (2016) forholdet mellom prenatal maladaptiv perfeksjonisme og angstsymptomatologi i postnatal periode ved å anvende underskalaene *concern over mistakes* og *doubt about actions* fra Frost *Multidimensional Perfectionism Scale* (Frost et al., 1990) og *State-Trait Anxiety Depression Inventory* (Renner, Hock, Bergner-Köther & Laux, 2018). De fant en moderat korrelasjon mellom maladaptive perfeksjonisme og angstsymptomer 12 uker postpartum ($r = .33$), med maladaptive perfeksjonisme hadde ingen signifikant direkte effekt på postnatal angstsymptomatologi (Oddo-Sommerfeld et al., 2016). Se i Tabell 8 for alle statistiske verdier.

Samtidig er studiens interne validitet markant redusert (se Tabell 6). Begge potensielle forstyrrende variabler var ikke justert for statistisk (punkt 14), var det få av de etterspurte som responderte (punkt to), informasjon angående deltagerne og beregning av statistisk *power* manglet (punkt fire og fem), det var ikke oppgitt hvorvidt *blinding* foregikk (punkt 12) og perfeksjonisme ble ikke evaluert på flere tidspunkter (punkt ti). Følgelig skal resultatene vurderes med forsiktighet.

4.5.3 Post-traumatisk stress symptomatologi

Med henblikk på Tabell 8 undersøkte én studie (Price et al., 2020) hvorvidt perfeksjonisme øker sannsynligheten for å utvikle post-traumatisk stress symptomer etter fødselen gjennom *The Impact of Events Scale – Revised* (Weiss, 2007) samt alle underskalaene (der skalaen *organization* ble undersøkt separat) fra *Multidimensional Perfectionism Scale* (Frost et al., 1990). De fant at perfeksjonisme målt i prenatal periode hadde en svak positiv korrelasjon med PTSS 6-12 uker postpartum ($r = .28$), mens *organization* ikke var signifikant assosiert med PTSS. Perfeksjonisme evaluert i prenatal periode forble en signifikant prediktor for postnatal PTSS ($\beta = .172$) etter at andre variabler ble kontrollert for (Price et al., 2020). Se i Tabell 8 for alle statistiske verdier.

Studien har moderat grad av mottakelighet for bias (se Tabell 5) da det ikke er bekjent hvorvidt undersøker ble «blindet» (punkt 12), under 50% responderte på undersøkelsen (punkt tre), det ble ikke statistisk justert for om sosial støtte eller psykisk sykdom (men

depressive symptomer) påvirket relasjonen mellom perfektjonisme og PTSS (punkt 14) og det er ikke mulig å evaluere hvorvidt perfektjonisme også endret seg over tid (punkt ti). Resultatet har følgelig redusert validitet og skal tolkes med forsiktighet.

Tabell 8: Studier som undersøker angst -og post-traumatisk stress symptomatologi

Nr.	Studie	Mål for perfektjonisme (og evt. delskalaer)	Angst -og post-traumatisk stress symptomatologi	Mål for egnede utfall	Egnede resultater
2	Oddo-Sommerfeld et al. (2016)	<u>Dysfunksjonell perfektjonisme:</u> F-MPS (CM, DA)	Postnatal angst symptomatologi	STADI	Sig. korrelasjon mellom dysfunksjonell perfektjonisme prepartum og STADI 6 til 12 uker postpartum ($r = .33, p < .01$). <i>Path model:</i> I/sig. direkte effekt av dysfunksjonell perfektjonisme på postpartum STADI ($p > .05$).
3	Price et al. (2020)	<u>Perfektjonisme:</u> F-MPS (CM, DA, PS, PE, PC) <u>Organisering:</u> F-MPS (O)	Post-traumatisk stress symptomatologi	IES-R	Sig. korrelasjon mellom F-MPS (prepartum) og IES-R postpartum ($r = .28, p < .001$). I/sig. korrelasjon mellom O og IES-R postpartum ($p > .05$). Hierarkisk multiple regresjonsanalyse: Perfektjonisme (prepartum) var sig. prediktor for IES-R postpartum ($\beta = .172, p < .01$) når kontrollert for intoleranse av usikkerhet, prenatalt humør, fødselsmodus, komplikasjoner under fødsel.

Bemerkning. CM = Concerns over Mistakes, DA = Doubt about Actions, F-MPS = Frost Multidimensional Perfectionism Scale, IES-R = The Impact of Events Scale – Revised, STADI = State-Trait Anxiety Depression Inventory.
Tolkning av effektstørrelsen til korrelasjonskoeffisient: $\geq .10$ = svak korrelasjon, $\geq .30$ = moderat korrelasjon, $\geq .50$ = sterk korrelasjon (Hemphill, 2003, p. 78)
 β = Standardisert regresjonskoeffisient, r = Pearson's korrelasjonskoeffisient, I/sig. = Ikke signifikant, Sig. = signifikant.

4.6 Perfektjonisme som risikofaktor for postnatale mentale helseproblemer

Som sett ovenfor, identifiserte seks studier at perfektjonisme og/eller underskalaer av perfektjonisme var assosiert med depressive symptomer i perioden mellom 1,5 og 3,5 mnd. postpartum (Egan et al., 2017; Maia et al., 2012; Price et al., 2020; Oddo-Sommerfeld et al., 2016; Schoppe-Sullivan et al., 2017), samt depressiv lidelse innenfor 6 mnd. (Gelabert et al., 2012). Dog var det ikke tilfellet 9 mnd. postpartum ifølge Schoppe-Sullivan et al. (2017). Utenom at den totale score for perfektjonisme (F-MPS), maladaptive perfektjonismen (*concern over mistakes* og *doubt about action*) og klinisk perfektjonisme korrelerte med postnatale depressiv lidelse og/eller symptomer (Egan et al., 2017; Gelabert et al., 2012; Oddo-Sommerfeld et al., 2016; Price et al., 2020), ble også spesifikke underskalaer funnet positivt assosiert med depressiv lidelse eller symptomatologi; *concern over mistakes* (Gelabert et al., 2012) *doubt about action* (Gelabert et al., 2012), *personal standards* (Gelabert et al., 2012), *parental*

criticism (Gelabert et al., 2012), SOPP (Schoppe-Sullivan et al., 2017), SPP-CA (Maia et al., 2012) og SPP-OHS (Maia et al., 2012). I to av studiene som justerte for andre variabler gjennom regresjonsanalyser (se Tabell 7), forble også *concern over mistakes* (Gelabert et al., 2012) og SPP-OHS (Maia et al., 2012) signifikante prediktorer. Videre fant én studie en positiv assosiasjon mellom dysfunksjonell perfeksjonisme og angstsymptomer (Oddo-Sommerfeld et al. 2016), og én studie rapporterte at perfeksjonisme hadde en positiv relasjon med PTSS etter fødselen, selv etter andre variabler ble kontrollert for (Price et al., 2020).

Relasjonene mellom variablene i alle de gjeldene studier er små til moderate (se Tabell 7 og 8), som indikerer at perfeksjonisme i noen grad kan øke risikoen for å utvikle flere symptombilder i den postnatale perioden. Dog er ikke assosiasjonene gjennomgående solide, to studier fant ikke støtte for at perfeksjonisme har en direkte effekt på depressive -eller angstsymptomer i postnatal periode (Egan et al., 2017; Oddo-Sommerfeld et al. 2016), samt var ikke dysfunksjonell perfeksjonismen forutsigende når kontrollert for etablerte risikofaktorer og utilfredshet med egen kropp (Sweeney & Fingerhut, 2013). Derutover har kun Gelabert et al. (2012) funnet støtte for at perfeksjonisme (F-MPS) øker sannsynligheten for en psykiatrisk diagnose i form av depresjon (spesielt *concern over mistakes*), mens Maia et al. (2012) fant ikke en assosiasjon mellom skaler fra HF-MPS og depresjon. I tillegg har alle studiene risiko for bias, og resultatene har redusert interne validitet. Følgelig er rollen til perfeksjonisme som en mulig avgjørende risikofaktor for de gjeldene postnatale mentale helseproblemene noe usikker, og vil videre bli diskutert i nedstående avsnitt.

5 Diskusjon

Nedstående resultatdiskusjon har som formål å videre undersøke i hvilken grad perfeksjonisme kan øke risikoen for spesifikt depressiv lidelse og symptomer, angstsymptomatologi og PTSS, samt hvordan perfeksjonisme kan gjøre en sårbar for å utvikle disse tilstandene. Samtidig vil der følgende være en diskusjon angående mulige årsaker til at der ble funnet små til moderate effektstørrelser mellom perfeksjonisme og postnatale mentale helseproblemer (jf 4.6). Spesialets undersøkelse vil deretter bli perspektivert i forhold til psykologisk praksis. Først vil en diskusjon prøve å besvare

delspørsmålet angående relevansen av å evaluere perfeksjonisme hos kvinner i den perinatale perioden for å forebygge mot postnatale mentale helseproblemer. Så vil anbefalinger for fremtidig forskning bli presentert på bakgrunn av undersøkelsens resultater og diskusjon. Likevel da validiteten til resultatene fra litteraturundersøkelsen er påvirket av både enkeltstudienes og undersøkelsens metodiske kvalitet, vil først begrensinger og styrker ved enkeltstudiene og den inneværende SO bli drøftet.

5.1 Metodiske betraktninger

Nedstående diskusjon er oppdelt etter styrker og begrensinger ved de individuelle studiene, for så den inneværende SO. De nedstående metodiske betraktningene baseres på studiekarakteristikker (jf. 4.2; Tabell 3), kvalitetsanalysene (jf. 4.3 & 4.4; Tabell 4, 5 & 6), samt innhentet litteratur.

5.1.1 Styrker og begrensinger ved enkeltstudiene

De inkluderte studiene utviser en rekke styrker, som illustrert gjennom analysen av risiko for bias (jf. 4.3). Det styrker også kvaliteten til resultatene til den inneværende SO. Overordnet er det relativt stor sikkerhet i at studiene undersøkte den ønskede populasjonen (se Tabell 1). Studiene har tydelig definerte forskningsspørsmål og deltagere, det er klare kriterier for rekruttering og kvalifisering av deltagere, og deltagerne ble rekruttert fra relevante populasjoner og steder (se Tabell 3, 4 & 5). Dog Oddo-Sommerfeld et al. (2016) og Sweeney og Fingerhut (2013) ikke oppgav tidsperioden der de innhentet sin populasjon, var likevel kriteriene for deltagerne tydelig beskrevet (se Tabell 5), som viser til at en relevant populasjon ble innhentet også i disse studiene. Videre er det god støtte for at kohortundersøkelsene oppfanget perfeksjonisme og postnatale mentale helseproblemer, da de anvendte validerte måleverktøy for å evaluere begge variabler (se Tabell 5). Derutover evaluerte ikke Gelabert et al. (2012) alle deltagerne ensidig, men har likevel undersøkt relasjonen mellom perfeksjonisme og mentale helseproblemer via validerte måleinstrumenter, samtidig som at tydelig kriterier ble anvendt for å kunne oppfange forskjeller mellom gruppene (se Tabell 4). Alle studiene har følgelig undersøkt fenomenet av interesse, hos relevante deltagerne. Det skal dog bemerkes at kun én studie (Schoppe-Sullivan et al., 2017) har dokumentert og

oppfylt kravet angående å undersøke over 50% av deltagerne de etterspurte (se Tabell 5). Følgelig er det noe usikkert i hvor stor grad studiepopulasjonen representerer målpopulasjonen (alle nye mødre) i de fleste kohortundersøkelsene.

Det var videre ingen av studiene som ikke var mottagelige for bias, som indikerer en overordnet moderat til lav interne validitet og kvalitet blant studiene (jf. 4.6). Selv studiene med høyest interne validitet (Egan et al., 2017; Price et al., 2020), er mottakelige for bias på fire punkter (se Tabell 5). I tillegg til å mangle respons fra over 50% av deltagerne de etterspurte, ble ikke perfeksjonisme evaluert mer enn en gang, og det ble ikke rapportert hvorvidt *blinding* av undersøker ble utført (se Tabell 5). De to sistnevnte punktene var heller ikke oppfylt av de andre studiene (se Tabell 4 og 5). Det er derfor ikke bekjent i noen av studiene hvorvidt grad av perfeksjonisme endret seg over tid, eller om personen som evaluerte deltagerens mentale helsetilstand var oppmerksom på nivået av perfeksjonisme hos deltagerne på forhånd.

Derutover hadde hverken disse to studiene (Egan et al., 2017; Price et al., 2020), eller Oddo-Sommerfeld et al. (2016) og Schoppe-Sullivan et al. (2017), justert for begge forhåndsbestemte variabler (se Tabell 4 og 5). Det kan derfor ikke utelukket at tidligere psykisk sykdom og/eller grad av sosial støtte hos deltagerne har hatt innvirkning på resultatene i gjeldende studier. Samtidig er det mange etablerte etiologiske faktorer for postnatale mentale helseproblemer (Meltzer-Brody et al., 2018, p. 4) som kan ha innflytelse på forholdet mellom perfeksjonisme og mentale helseproblemer (f.eks. livsstress, selvverd, uønsket graviditet). Følgelig kunne den inneværende SO i retrospekt ha lagt vekt på at studiene skulle justere for flere variabler enn de to utvalgte. Derutover hadde flere av studiene brede aldersspenn, og det var også ulike aldersspenn og aldersgjennomsnitt imellom studiene (se Tabell 3). Følgelig er det noe variabilitet både innad i studienes populasjoner, samt mellom studiene. Ukontrollert variabilitet kan medføre bias (Coolican, 2014, p. 92) og det kan ikke utelukkes at alder har hatt en effekt på resultatene. Derfor er det i mer eller mindre grad risiko for at andre variabler har interagert med resultatene i alle studiene, selv i de tre studiene som oppfylte kriteriet om å ha justert for de forhåndsbestemte potensielle forstyrrende variablene (Gelaert et al., 2012; Maia et al., 2012; Sweeney & Fingerhut, 2013).

I forlengelse av overstående, selv om de prospektive kohortundersøkelsene prinsipielt kan oppfange det temporale forholde mellom to variabler (Glenny, 2008, p. 319), er det redusert mulighet for å tolke kausalitet pga. de korrelasjonelle design som ble anvendt (se Tabell 7 & 8). En korrelasjon imellom to variabler kan være et resultat av en felles korrelasjon mellom hver av variablene og en tredje variabel, istedenfor et underliggende kausalt forhold (APA, n.d.). Som nevnt, selv de studiene som kontrollerer for eventuelle forstyrrende variabler gjennom regresjonsanalyser, kan ikke sikre at alle relevante variabler er justert for. I tillegg med henblikk på punkt ni og ti (se Tabell 4), kan heller ikke Gelabert et al. (2012) vurdere kausalitet da gruppene ikke ble evaluert gjensidig og mål for perfeksjonisme ble evaluert etter remisjon fra depresjon hos kasusgruppen (se Tabell 4). Altså kan en ikke vurdere hvorvidt perfeksjonismen forårsaket depresjon da eksponering ble evaluert etter utfallet (NIH, n.d.).

Utover dette er det fire studier som ikke har beregnet, eller rapportert beregning av nødvendig antall deltagere (se Tabell 4 & 5). Følgelig kan vi ikke vite hvorvidt studiene har nok statistisk *power* til å identifisere en effekt hvis den er der. Ved flere deltagere vil gjennomsnittet i gruppens helhet være tettere på det faktiske populasjonsgjennomsnittet, og det er mer sannsynlig at en reel effekt blir oppdaget, istedenfor tilfeldige feil (Coolican, 2014, p. 477). For å ha nok statistisk *power* trenger derfor en studie nok deltagere (Coolican, 2014, p. 52f & 477). Likevel den eneste studien som ikke rapporterte positive assosiasjoner (altså ingen effekt) var Sweeney og Fingerhut (2013), og de rapporterte nok statistisk *power* (se tabell 5). Det non-signifikante resultatet kan derfor gjenspeile andre metodiske mangler (eksempelvis at over 20% av deltagere forsvant ved *follow-up*), eller at de andre variablene i deres regresjonsmodell faktisk representerer mer betydningsfulle etiologisk faktorer for postpartum depressive symptomer enn perfeksjonisme (se Tabell 5 & 7).

Avslutningsvis, med henblikk på avsnitt 2.5.1.1 var der kun to studier som inkluderte diagnostiske intervju (Gelabert et al, 2012; Maia et al., 2012) for å identifisere depresjon. Ellers ble kun selvrappport anvendt for å evaluere symptomatologi, samt perfeksjonisme. Selvrapporтерingsverktøy kan gi viktig informasjon om individets persepsjon av egen fungering, atferd, selvilde, funksjonelle mangler og tankemønstre (Ganellen, 2007, p. 38), samt hvilke tilstander de gjenkjenner hos seg selv (Ivanouw & Rosenbaum, p. 179, 2012). De kan dog ikke oppfange ubevisst informasjon, og

resultatene fra studiene kan følgelig være påvirket av individets manglende bevissthet over egne mønstre (Ganellen, 2007, p. 33). Hertil kan selvrapporteringsverktøy være mottakelig for responsbias, samt risiko for at deltageren tolker spørsmålene eller responderer på en måte som oppfattes mer akseptabelt (Coolican, 2014, p. 203f). En rekke ulike bias kan derfor ha effekt på den interne validiteten til de innsamlede studiene tilknyttet symptomatologi og perfeksjonisme.

5.1.2 Styrker og begrensinger ved den inneværende systematiske oversikten

På en side har den inneværende SO flere styrker som øker spesialets kvalitet. Som undertegnede vet om så er denne SO den første oversikten på feltet som undersøker perfeksjonisme og psykisk sykdom og/eller symptomer med den hensikt å inkludere alle mentale helseproblemer undersøkt. Dermed kan studien bidra med ny kunnskap til feltet. Videre om illustrert i den kritiske vurderingen av det den inneværende SO (se Tabell 6) så inneholder denne oversikten et tydelig forskningsspørsmål (jf. 1.1), klare in- og eksklusjonskriterier (se Tabell 1), samt en sensitiv databasesøkestrategi (se Tabell 2). Det er også støtte for at in- og eksklusjonskriteriene var passende for å identifisere relevante studier, da alle de syntetiserte studiene kunne anvendes til å besvare forskningsspørsmålet. I retrospekt kunne undertegnede dog i større grad ha forhåndsbestemt hvilke studiedesign som skulle inkluderes i syntesen, da noen studiedesign er ansett som mer passende for å besvare forskningsspørsmålet og er av bedre kvalitet (jf. 3.1.1 & 4.1). Likevel var det nødvendig å ikke begrense søket etter studiedesign på daværende tidspunkt, for å sikre at nok studier ble identifisert for en syntese. I forlengelse herav har retningslinjene til PRISMA blitt etterfulgt, og alle beslutninger tilknyttet kriterier, søkestrategi, seleksjonsprosess, dataauthenting m.m. er transparent rapportert. På dette grunnlag kan den inneværende SO bli replikert eller modifiseres på de områder som kan være mottakelige for bias, på et senere tidspunkt.

Dessuten kan det argumenteres for at syntetiseringsmetoden var passende. Ved å syntetisere etter overordnede type diagnose og -symptombilde, samt fremheve hvilke perfeksjonisme-konstrukter som er anvendt i studiene, er det mulig å identifisere spesifikke aspekter ved perfeksjonisme som er særlig gjeldene for en lidelse og/eller

symptomer. Videre var også studiene relativt heterogene med henblikk på de ulike måleverktøyene og statistiske analysene anvendt, samt forskjellige samplestørrelser (se Tabell 3, 7 og 8). Derfor vurderes en kvalitativ syntese som særlig passende i kontrast til en metaanalyse (JBL, 2017, p. 6). Det skal samtidig bemerkes at de inkluderte studiene undersøker deltagere fra en rekke ulike nasjoner (se Tabell 3), som øker generaliserbarheten til oversiktens resultater. Dog er studiene hovedsakelig gjennomført i vestlige land (se Tabell 3), som indikerer at resultatene fra den inneværende SO ikke bør generalisere til ikke-vestlige land.

På en annen side, er det også flere begrensinger ved oversikten, som har en betydning den interne validiteten til litteraturundersøkelsen som det innværende spesialet er oppbygget rundt. Først er få studier identifisert, spesielt i forhold til depressiv lidelse, angstsymptomer og PTSS (se Tabell 7 og 8). Resultatene omhandlende disse fenomenene har dermed lite generaliserbarhet. I tillegg til at de inkluderte studiene har redusert interne validitet (jf. 4.3), så er også oversikten mottakelig for bias (se tabell 6). Hele seleksjonsprosessen, uthenting av data og kritisk vurdering av studier ble kun utførte av undertegnede. Dermed er det økt risiko for at feil har oppstått, i kontrast til en systematisk oversikt der flere personer gjennomfører de ulike fasene av prosessen (JBL, 2017, p. 6). Derutover var der ikke en forhåndsbestemt systematisk metode for å uthente dataen utenom å dobbeltsjekke resultatene, som også øker sannsynligheten for feiltagelser (JBL, 2017, p. 6).

Selv om det inneværende SO har anvendt så mange relevante databaser som det er anbefalt (jf. 3.2.1), så ble ikke alle relevante studier identifisert. I etterkant av det innværende spesialets påbegynnelse ble det oppdaget en doktoravhandling som inneholder en metaanalyse omhandlende perfeksjonisme og perinatal angst og depresjon (Evans, 2020). Denne metaanalysen har ikke syntetisert studiene Price et al., (2020) og Sweeney og Fingerhut (2013) slik som det innværende SO. Til gjengjeld er to andre prospektive studier inkludert (Evans, 2020, p. 24) som dette spesialet ikke har identifisert med den anvendte søkestrategien i Embase, PsycInfo og PubMed. Hvorvidt disse to studiene oppfyller kriteriene til den inneværende SO er usikkert, men det tilsier at ikke nok informasjonskilder ble anvendt til å oppfange alle relevante kilder. Derutover har metaanalysen (Evans, 2020, p. 25) inkludert resultater fra en studie (Gelabert et al., 2011) som undertegnede måtte ekskluderte pga. manglende statistisk analyse av

forholdet mellom perfeksjonisme og utfallsvariabelen av interesse. Dermed antydes det at resultater fra Gelabert et al. (2011) kunne ha blitt inkludert i den inneværende syntesen hvis undertegnede hadde etterspurt mer data fra forfatterne. Det skal likevel poengteres at metaanalysen har anvendt seks databaser (inkludert Embase, PsycInfo og PubMed), søkt i referanser, samt kontaktet forfattere (Evans, 2020, pp. 10-12 & 18). Et slikt gjennomgående søk var ikke mulig å gjennomføre i den inneværende SO pga. lite ressurser og tidsbegrensing.

Derutover da den inneværende SO kun har innhentet allerede publiserte og fagfelle-vurderte artikler, kan det ikke utelukkes at publikasjonsbias er til stede i resultatene. Publikasjonsbias omhandler at positiv, signifikant forskning blir hurtigere og lettere publisert (Perestelo-Pérez, 2013, p. 53), og ved å kun anvende disse kan det gi et misvisende bilde av relasjonen mellom perfeksjonisme og postnatal mentale helse. I forlengelse herav har alle studiene utenom Sweeney og Fingerhut (2013) rapportert delvis positive og signifikante resultater. I tillegg er flere måleverktøy anvendt for å evaluere depressive symptomer, og det er usikkert hvorvidt instrumentenes testresultater er i overensstemmer eller ikke (dvs. konvergent validitet; Ivanouw, 2012, s. 130). Følgelig er syntesens validitet muligvis redusert da alle resultatene knyttet til depressive symptomer ble syntetisert uten å vurdere hvorvidt studiene undersøker samme fenomenologiske beskrivelse av depresjon.

5.1.3 Oppsamling

Analysene av risiko for bias i enkeltstudiene og den inneværende SO, har fremhevet en rekke styrker tilknyttet den interne validiteten og mulighet for å besvare problemstillingen. Likevel, er det grunn for å være kritisk ovenfor det metodiske grunnlag i enkeltstudiene da alle har redusert interne validitet og basis for å evaluere årsaksforhold (kausalitet), samt eventuell bias tilknytte selvrappport. Derfor kan resultatene fra de innhentede studiene og deres design formentlig kunne si noe om i hvilken grad perfeksjonismen øker risikoen for postnatale flere mentale helseproblemer, men med forbehold pga. metodiske begrensinger og redusert statistisk robusthet. Begrensinger tilknyttet den metodiske utførelsen av denne SO, mulig publikasjonsbias, manglende informasjonskilder og få identifiserte studier har også redusert undersøkelsens kvalitet og generaliserbarhet.

5.2 Resultatdiskusjon

Nedstående diskusjon er oppdelt i fire deler. Første del har som formål å undersøke hvilke faktorer som kan bidra til de delvise positive resultatene tilknyttet depressive symptomer, men også i hvilken grad perfeksjonisme øker risikoen for depressive symptomer da resultatene var noe inkonsistente (jf. 4.6). De to neste diskusjonene har som formål å undersøke og nyansere forholdet mellom perfeksjonisme og angstsymptomatologi via antenatal symptomer, samt mellom perfeksjonisme og PTSS. Hertil vil tidligere redegjorte teorier bli anvendt. Deretter vil det være en overordnet diskusjon angående de lave til moderate effektstørrelsene som ble identifisert (jf. 4.6), for å drøfte hvorvidt perfeksjonisme er av avgjørende betydning for å utvikle postnatale mentale helseproblemer mer generelt.

5.2.1 Perfeksjonisme og postnatal depressiv lidelse og/eller symptomer

Depresjon omhandler symptomer som nedtrykthet, nedsatt interesse og energi, nedsatt selvtillit eller selvfølelse, selvbekreftelse, tanker om død eller selvmord, håpløshet, konsentrasjonsbesvær, agitasjon eller hemning, søvnforstyrrelser, appetitt og vektendringer m.m. (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 348f; Smith et al, 2021, p. 1). Depressiv lidelse har blitt diagnostisert i studiene etter kriterier fra ICD-10 og/eller DSM-IV, mens depressiv symptomatologi har blitt evaluert gjennom EPDS, BDI-II og CES-D (se Tabell 7). EPDS undersøker depressive symptomer spesifikt hos kvinner i den postnatale periode (Cox et al., 1987, p. 782), BDI-II evaluerer grad av depresjon i henhold til DSM-IV kriterier for depresjon (Beck, et al., 1996, p. 588f) og CES-D vurderer nivå av depressive symptomer med fokus på deprimert humør (Radoloff, 1977, p. 385). Dog noe ulike depressive fenomener blir undersøkt, vil nedstående diskusjon ikke oppdeles etter anvendte instrumenter tilknyttet depressive tilstander, med henblikk på å kunne utforske de ulike aspektene av perfeksjonisme i større grad.

Overordnet som sett i avsnitt 4.6 ble total perfeksjonisme og underskalaer av perfeksjonisme, funnet assosiert i lav til moderat grad med depresjon eller depressive symptomer av seks studier. Likevel var ikke alle skalaene funnet signifikante (se Tabell

7). Få studier undersøkte PS-skalaer (jf. 2.2.1) separat, men resultatene tyder på at PS-underskalaene (*organization, personal standards* og SOP) ikke er assosiert med, eller kun i liten grad assosiert med, depressive tilstander (se Tabell 7). Å ha en preferanse for organisering var ikke assosiert med depressive symptomer eller lidelse (Gelabert et al., 2012; Price et al., 2017). Samtidig som at det var motstridende funn knyttet til det å sette høye standarder for seg selv (jf. 2.2.1) da personlige standarder har en liten relasjon til depresjon (Gelabert et al., 2012), mens SOP ikke relaterte til depressive symptomer eller depresjon (Maia et al., 2012). Det kan sees i forlengelse av tidligere forskning og litteratur, der PS i en mindre grad er assosiert med patologi i kontrast til PB (jf. 2.2.1).

Underskalaer tilknyttet PB (jf. 2.2.1) ble undersøkt hyppigere, samt fremstår i høyere grad assosiert med depressiv lidelse og symptomatologi, noe som støttes av tidligere metaanalyser (Limburg et al., 2017, p. 1312; Smith, et al., 2021, p. 11). Gelabert et al., (2012) og Oddo-Sommerfeld et al. (2016) fant at *concerns over mistakes* og *doubt about actions* kan øke ens sårbarhet for å utvikle postnatale depressive symptomer og/eller lidelse i moderat grad. Det er dermed indikert at det å bekymre seg over feiltagelser og tro at man mister respekt etterfølgende feil (Frost et al., 1990. p. 453), i tillegg til det å tvile over egne prestasjoner (Frost et al., 1990. p. 453) kan øke risikoen for å utvikle depresjon og depressive symptomer. Dertil fant Egan et al. (2017) at klinisk perfektjonisme var svakt assosiert med depressive symptomer, som også referer til PB (Limburg et al., 2017, p. 1303) og omhandler å bestrebe etter standarder uavhengig av de negative konsekvensene (jf. 2.2.1). Ut ifra den kognitive atferdsmodellen (jf. 2.3.1) kan resultatene muligvis representere konsekvensen av negativ selvevaluering i forbindelse med å ikke oppnå de altfor høye standarder som er satt for sitt barn eller seg selv som mor. Det å bekymre seg over feiltagelser og tvile over sine prestasjoner kan fremme følelser av tristhet, hjelpeløshet og selvkritikk, men også prokrastinering som hindrer en i å faktisk oppnå standardene (Shafran et al., 2010, p. 28f). Følgelig kan det medføre over-tenkning (ruminering), angående sin persiperte mislykkethet, og videre depresjon (Shafran et al., 2010, p. 29). I forlengelse herav poengterer også Rice et al. (2018) at ruminering intensifiserer stress og vedholder negativ affekt (p. 287).

Derutover kan også den nye mor ha problemer med å leve opp til standardene de tror andre legger dem, og følgelig oppleve mislykkethet. Resultatene (se Tabell 7; jf.

4.5.1.3) tyder nemlig på at SPP-OHS, SPP-CA og SOPP er assosiert med postnatale depressive symptomer (Maia et al., 2012; Schoppe-Sullivan et al., 2017). Opplevelsen av at andre setter høye forventinger og standarder (SPP-OHS; Hewitt & Flett, 1991, p. 457; Maia, et al., 2012, p. 462), at samfunnet setter ekstremt høye forventinger til en som forelder (SOPP; Snell et al., 2005, p. 616), eller en tro på at en mottar aksept ved å prestere høyt (SPP-CA; Hewitt & Flett, 1991, p. 457; Maia, et al., 2012, p. 462) kan formentlig gjøre en mer depressiv. Hertil er det indikert at *parental criticism* er assosiert i liten grad med depressiv lidelse (Gelabert et al., 2012), som kan tolkes som at det å tenke på foreldre som kritiske (Frost et al., 1990, p. 453) øker sannsynligheten for depresjon. Ned utgangspunkt i PSDM (jf. 2.3.2) kan funnene kanskje gjenspeile konsekvensen av at perfeksjonistisk atferd eller sensitivitet for avvisning og bedømmelse kan manifestere seg som sosial avkobling og videre depresjon (Hewitt, 2020, p. 106). Det kan tenkes at hvis en mor opplever at andre tillegger press og krav som hun ikke kan leve opp til, så kan det eventuelt aktivere frykt for bedømmelse og tap av aksept. Opplevelsen av andre som kritiske eller forventning om dette kan så fremprovosere sosial avkobling, samt negative affekter som skam og tristhet og selvsensurerende atferd, og videre stress, dysfunksjon og lidelse (Hewitt et al., 2018, p. 349).

Derutover er det usikkert hvorfor Gelabert et al. (2012) ikke identifiserte høyere prevalens av forventinger fra foreldre (*parental expectations*) hos de deprimerte, da skalaen er tilknyttet PB-dimensjonen (jf. 2.2.1). Likevel har denne skalaen også blitt kritisert for å omhandle etiologien til perfeksjonisme, og ikke uttrykket (Sirois & Molnar, 2016, p. 6).

Oppsamlende så er det er flere hypotetiske mekanismer som kan forklare hvordan perfeksjonisme, og da særlige aspekter tilknyttet PB, kan gjør en sårbar for å utvikle depressive symptomer og depresjon innenfor 6 mnd. postpartum. Likevel fant ikke en annen studie at PB (i form av skalaer fra HF-MPS) forutsa depressiv lidelse (Maia et al., 2012), assosiasjonene er nettopp kun små til moderate (jf. 4.6) og andre resultater i syntesen har funnet at PB-skaler ikke er assosiert med depressive symptomer når kontrollert for lite tilfredshet med egen kropp, prenatal depresjon, selvfølelse, prenatal angst, livsstress, sosial støtte, hvorvidt en er gift, en historie av depresjon, ekteskapskvalitet, sosioøkonomisk status og ikke-planlagt/uønsket graviditet (Sweeney & Fingerhut, 2013, p. 554). Hertil var flere underskalaer (SPP-CA, foreldrekritikk, tvil over

handlinger, personlige standarder) ikke signifikante prediktorer når plassert i en regresjonsmodeller med flere faktorer assosiert med psykisk sykdom (se Tabell 7). To studier rapporterte også at perfeksjonisme (i form av PB) kun har en effekt utviklingen av postnatale depressive symptomer via prenatale symptomer (Egan et al. 2017, p. 28f; Oddo-Sommerfeld et al., 2016, p. 284), samt gjentakende negativ tekning (Egan et al., 2017, p. 28f). Og da studiene har redusert grunnlag for å vurdere kausalitet (jf. 5.1.1), kan det heller ikke utelukkes at forholdet mellom perfeksjonisme og depressive tilstander er resiprokalt.

Dermed på bakgrunn av resultatene er det usikkert hvorvidt perfeksjonismen øker risikoen for å utvikle postnatale depressive tilstander i en avgjørende grad. Ikke uten å interagere med andre faktorer som eksempelvis prenatale symptomer. Hertil er resultatene tilknytte depresjon inkonsistente, og den eventuelle rolle perfeksjonisme har som risikofaktor for depressiv lidelse er derfor ikke bekjent. I tillegg kan det være at resultatene også representerer at depressive symptomer kan øke perfeksjonistisk tendenser.

5.2.2 Perfeksjonisme og angstsymptomatologi

Et felleselement i alle angstlidelser er at de representerer en overdreven reaksjon på en oppfattet trussel – en reaksjon som forblir uforandret eller kraftig selv om de eventuelle utløsende omstendigheter er overvunnet (Alberdi & Möhl, 2017, p. 383f). Oddo-Sommerfeld et al. (2016) har ikke undersøkt en angstlidelse, men to angstsymptomer: emosjonalitet i form av fysiologisk vaktomhet, og kognitive bekymringer tilknyttet alvorlige konsekvenser av å feile, tvile over egne kompetanser og negative forventninger om fremtiden (Renner et al., 2018, p. 1411).

Funnene til Oddo-Sommerfeld et al. (2016) tilknyttet angstsymptomer indikerer, i likhet med depressive symptomer (jf. 5.2.1), at det å tvile på sine prestasjoner og bekymre seg over sine feiltagelser også har en moderat assosiert med emosjonalitet og kognitiv bekymring 12 uker postpartum (se Tabell 8). Effekttørrelsene gjenspeiler også resultatene til tidligere metaanalyser om angst og perfeksjonisme (Limburg et al., 2017, p. 1312; Smith, et al., 2018, p. 15). Likevel har maladaptiv perfeksjonisme kun en indirekte effekt på postnatale symptomer via prenatal angstsymptomatologi ($\beta=.24$, $p =$

.00; Oddo-Sommerfeld et al. 2016, p. 284). Det kan dermed være at eventuelle faktorer under graviditeten fremprovoserer angstsymptomer hos individer med perfeksjonistiske bekymringer, som så vedblir postpartum og eventuelt øker ens sårbarhet for videre stressorer. Det er også identifisert at flere kvinner opplever angst tilknyttet den perinatale konteksten, f.eks. å føde (Milgrom & Gemmill, 2020, p. 328).

På basis av den kognitive atferdsmodellen (jf. 2.3.1), kan resultatet være en konsekvens av å utføre prestasjons-relatert atferd som å konstant se etter tegn på hvorvidt en vil nå sine ufleksible standarder (Shafran et al., 2010, pp. 20f & 57). Hvis den fremtidige mor er bekymret over å feile (f.eks. som mor eller under fødselen), eller hvis hun tviler på sine evner som fremtidig mor, kan hun ha behov for å se etter tegn som indikerer hvorvidt hun er i stand til det. Dog hvis det tydeliggjøres at en ikke presterer som ønsket, kan det generere følelser av angst og stress (Shafran et al., 2010, p. 20f). Hertil, som sett i avsnitt 2.3.3, kan ulike emosjonsreguleringsstrategier tilknyttet perfeksjonisme (som å ruminere over feiltagelser uten problemløsning) forsterke negative affekter og stress (Rice, Suh & Davis, 2018, p. 286f). I forlengelse herav kan stress eller angst bli fastholdt ut i barselperioden hvis den fremtidige mor ruminerer over negative emosjoner og feiltagelser uten å identifisere løsninger som kan redusere reaksjonen.

Følgelig tilsier resultatene at perfeksjonisme ikke øker risikoen for postnatale angstsymptomer uten å interagere med antenatale symptomer. Ulike perfeksjonistiske tendenser kan dog eventuelt gjøre gravide kvinner mer sårbare for antenatal angstsymptomatologi, samt vedholde angst ut i den postnatale perioden. Samtidig da den ene faktoren i STADI omhandler bekymring angående egen kompetanse og konsekvensene av å feile (Renner et al., 2018, p. 1411), kan det ikke utelukkes at noe av assosiasjonen tildeles fenomenologiske likheter mellom perfeksjonisme konstruert (bekymring over feiltagelser og tvil over prestasjoner) og angstkonstruert. Kun én studie undersøker perfeksjonisme og postnatal angst som reduserer funnernes generaliserbarhet. Derutover har studien relativt høy risiko for bias (se Tabell 5), og det er derfor usikkert hvorvidt resultatene gjenspeiler metodiske mangler eller valide, naturlige forhold.

5.2.3 Perfeksjonisme og post-traumatisk stress symptomer

Fødsel kan være en livstruende, smertefull og traumatisk prosess for mange, og hele 31% av nye mødre utvikler symptomer for posttraumatisk stress lidelse (PTSD) i løpet av de først 12 uker postpartum (Milgrom & Gemmill, 2020, p. 329; Price et al., 2020, p. 481). Price et al. (2020) har anvendt IES-R for å undersøke tre post traumatiske stress symptomer som også er en del av PTSD diagnosen i DSM-V og i den nye ICD-11 (Elklit, 2017, p. 430f); uønsket gjenopplevelse av hendelsen (*intrusion*), overdrevet vaksomhet (*hyperarousal*) og aktiv unngåelse av alt som kan minne om hendelsen (*avoidance*) (Weiss, 2007, pp. 219 & 223).

Ifølge studiens resultater kan en ny mor med perfeksjonisme (se Tabell 8 for originale underskalanavn) som setter høye standarder for seg selv, som tviler på kvaliteten av sine prestasjoner i stor grad, er meget bekymret over sine feiltagelser, samt vektlegger foreldrenes forventinger og opplever/har opplevd kritikk fra foreldre (Frost et al., 1990, p. 452f), være i økt risiko for å utvise PTSS 6 til 12 uker postpartum (Price et al., 2020). Dog vil ikke en preferanse for organisering som undersøkt gjennom *organization* (Frost et al., 1990, p. 453) øke ens sårbarhet for PTSS (Price et al., 2020). Dette ble også gjeldene når det var kontrollert for komplikasjoner under følelsen og humør under og etter fødselen (Price et al., 2020).

En mulig forklaring på dette forholdet kan være at individer med perfeksjonistiske tendenser kan anvende ruminering som emosjonsreguleringsstrategi ved stress og negativ affekt uten å løse problemet, så reaksjonene blir forsterket (Rice, Suh & Davis, 2018, p. 286f). Det et kan også sees i forlengelse av Egan et al. (2014), som fant at ruminering medierte forholdet mellom perfeksjonisme og PTSD (pp. 216-219). En med perfeksjonistiske tendenser kan muligvis ruminere over å ha mislyktes i å nå sine standarder for emosjonskontroll, ved og etter traumet (Egan et al., 2014, p. 213). Hvis en ny mor ruminerer over eksempelvis årsaken til traumet eller senere reaksjoner og dets betydning for hennes evner som mor, uten å identifisere løsninger om reduserer negativ affekt eller stress, kan hun risikere å bli fanget i en konstant negativ evaluering over egne feiltagelser. Ruminering kan også fremme en gjenopplevelse av traumet (Egan et al. 2014, p. 212f), som er ett et kriteria for PTSS (Weiss, 2007, p. 219). Derutover i forlengelse av et annet kriteria for PTSS, unngåelse (Weiss, 2007, p. 219), er det også funnet at individer med perfeksjonistiske tendenser kan anvende unngåelsesstrategier ved stress (Dunkley, 2018, p. 264f). Det kan tenkes at den stressede mor

prøver å unngå alt som kan minne om sin feiltagelse eller som øker sannsynlighet for å feile. Dog kan det eventuelt fremme økt sårbarhet for andre stressorer (Dunkley, 2018, p. 264f), i en allerede stressende periode (jf. 2.1.1).

Følgelig kan emosjonsreguleringsstrategier tilknyttet perfeksjonisme muligens være mekanismer bak en økt risiko for å utvikle postpartum PTSS. Effektstørrelsen er dog liten (se Tabell 8), som indikerer at perfeksjonisme ikke øker risikoen for postnatal PTSS i betydelig grad. Price et al. (2020) har videre ikke kontrollert for hvorvidt potensielle forstyrrende variabler som sosial støtte eller tidligere psykisk sykdom har hatt innvirkning på resultatet. Tilstedeværelsen av tidligere traumer er heller ikke kontrollert for, som er en viktig risikofaktor for postnatal PTSD (Price et al., 2020, p. 496). Og muligheten for å vurdere kausale forhold er også redusert pga. korrelasjonsanalysen som er anvendt (jf. 5.1.1). Følgelig skal en tolke resultatene med forsiktighet, og da det er kun en studie som undersøker PTSS, har funnene lite generaliserbarhet.

5.2.4 Hvorfor er perfeksjonisme kun assosiert med postnatale mentale helseproblemer i liten til moderat grad?

I henblikk på overstående resultater og diskusjon, så ble det funnet at perfeksjonisme, og spesielt PB, var lavt til moderat assosiert med depressive tilstander og angstsymptomatologi. I tillegg relaterte perfeksjonisme til PTSS i liten grad. Samtidig identifiserte ikke Sweeney og Fingerhut (2013) maladaptiv perfeksjonisme som en betydningsfull faktor for postpartum depressive symptomer når kontrollert for andre etablerte risikofaktorer og utilfredshet med egen kropp (se Tabell 7). Disse effektstørrelsene og resultatene setter så spørsmål til hvor betydningsfullt perfeksjonismen egentlig er for postnatale mentale helseproblemer, spesielt i kontrast til andre faktorer.

Som nevnt i avsnitt 2.1, så utvikles psykisk sykdom sannsynligvis av en kompleks interaksjon mellom psykologiske, sosiale, biologiske, miljømessige og genetiske faktorer (Meltzer-Brody et al., 2018, p. 3). Det er derfor vanskelig å identifisere og adskille enkelte faktor som forklarer hele årsakgrunnlaget til manifestert psykopatologi (Møhl & Simonsen, 2017, p. 45), og følgelig gir det mening at en enkelt faktor alene ikke har stor effekt. Likevel er det noen etablerte faktorer som er assosiert med flere

postnatale psykiske sykdommer som tidligere psykisk sykdom, en historie av mishandling i barndommen eller i senere tid, manglende sosial støtte, tidligere traumer, neuroimmune faktorer, søvnforstyrrelser, hormonelle endringer m.m. (Biaggi & Pariante, 2020, p. 374; Meltzer-Brody et al., 2018, pp. 1 & 3). Det kan være at disse faktorene er av større betydning for postnatal psykopatologi, og at perfeksjonismen alene, uten tilstedeværelse av noen av de andre risikofaktorer, ikke vil ha stor effekt på postnatale mentale lidelser. Det er hertil støtte for at perfeksjonisme i interaksjon med antenatale symptomer (og muligens gjentagende negativ tenkning) da har en direkte effekt på postnatale mentale helseproblemer (Egan, et al., 2017; Oddo-Sommerfeld et al., 2016).

Derutover er det flere faktorer som kan utvikles parallelt med perfeksjonisme, og som muligens spiller inn på forholdet. Eksempelvis da perfeksjonisme i teorien kan oppstå som en reaksjon på et manglende kjærlig bånd med tilknytningsfigurer (Rice et al., 2018, p. 289), kan det også være at tilknytningsmønsteret i seg selv har større effekt på psykopatologi enn de spesifikke perfeksjonistiske tankene. Biaggi og Pariante (2020) referer til at kvinner med en engstelig tilknytningsstil (som utvikles i interaksjon med de tidlige omsorgspersoner) er funnet å ha utviklet postpartum depresjon, muligens pga. frykt for separasjon fra barnet (p. 365).

Sett ut ifra diatase-stress-modellen så kan det være at perfeksjonisme er av betydning for hvordan stress påvirker utfallet (Rice et al., 2018, p. 286). Følgelig skal også tilknyttede stressorer til barselperioden oppleves som særlig stressende, noe som ikke nødvendigvis er gjeldene for alle med perfeksjonistiske tendenser, da perfeksjonisme kan utvises i ulike domener (jf. 2.2.2). Noen individer kan også ha tilgang på en rekke non-spesifikke faktorer som øker ens resiliens mot stressorer (Møhl & Simonsen, 2017, p. 45), og som da kan redusere effekten av perfeksjonisme på utfallet. Flere av studiene har derutover undersøkt perfeksjonisme uten å evaluere en rekke modererende og medierende faktorer (utover eventuelle risikofaktorer) (se Tabell 7 & 8), som muligens kan være viktig for at et utfall skal oppstå, som f.eks. emosjonsreguleringsstrategier eller sosial avkobling. Dermed kunne det vært gunstig, for å muligvis identifiser mer solide forhold mellom perfeksjonisme og et eventuelt utfall, å evaluere flere medierende eller modererende faktorer.

Dermed er det flere faktorer som kan interager på forholdet mellom perfeksjonisme og postnatale mentale helseproblemer, og/eller være mer betydningsfulle for å utvikle postnatal psykopatologi. Derutover kan også effektstørrelsene og manglende assosiasjoner være et delvis resultat av ulike bias og metodiske begrensninger tilknyttet de individuelle studiene (se Tabell 4 og 5). Eksempelvis har undersøkelsene som foregikk i en kortere tidsperiode (Egan et al., 2017; Price et al., 2020; Sweeney & Fingerhut, 2013) mindre sannsynlighet for å oppfange de som utvikle symptomer senere i den postnatale perioden (jf. 5.1.1). Sweeney og Fingerhut (2013) mistet også mange deltagere som utviste depressive symptomer etter første evaluering (p. 556), og det er derfor flere deltagere med depressive symptomer som ikke ble undersøkt i studien. Og da selvrappotering ble anvendt for å evaluere perfeksjonisme (jf. 5.1.1), kan også resultatene ha blitt påvirket av deltagerens manglende bevissthet om eventuelle perfeksjonistiske tendenser, eller andre bias. Følgelig kan det ikke utelukkes at den metodiske kvaliteten har hatt innvirkning på assosiasjonene og effektstørrelsene i flere av studiene.

5.3 Implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning

Nedstående anbefalinger for klinisk praksis og forebyggende arbeid, samt videre forskning, baseres på det innværende spesialets litteraturundersøkelse og tidligere diskusjon. Det er følgelig fokus på hvordan man skal forhold seg til perfeksjonisme som en mulig sårbarhetsfaktor i det kliniske arbeidet, og hvordan forskningen videre burde oppklare en rekke mangler og ubesvarte spørsmål som det inneværende speialet har identifisert. En videre perspektivering tilknyttet psykologisk praksis og psykoterapeutisk behandling vil bli presentert i etterkant av spesialets konklusjon da det ikke forholder seg til problemformuleringens spesifikke fokus.

5.3.1 Er det relevante å systematisk evaluere for perfeksjonisme i den perinatale perioden?

Som nevnt innledningsvis er det av samfunnets og familienes interesse å identifisere kvinner som er i risiko for å utvikle postnatale mentale helseproblemer (jf. 1). Det ble derfor stilt spørsmål til om det ville være relevant å systematisk evaluere kvinner for

høy grad av perfeksjonisme. Med henblikk på de delvis moderate, men også lave effektstørrelsene (jf. 4.6), indikerer det inneværende spesialets resultater at et fåtall som utviser perfeksjonisme vil utvikle depressive, angst og/eller post-traumatiske stress symptomer. Det er også inkonsistente funn relatert til depressiv lidelse og det er derfor problematisk å konkludere med forholdet mellom perfeksjonisme og depresjon. Følgelig er det ikke belegg for at en systematisk evaluering hos alle kvinner vil være hensiktsmessig. Derutover, da antenatal angst -og depressive symptomer ble funnet medierende for perfeksjonisme og postnatale symptomer (Egan et al., 2017; Oddo-Sommerfeld et al., 2016) kan det være mer fordelaktig å identifisere disse gjeldene prenatal symptomene i den perinatale periode, slik som det er anbefalt å gjøre i svangerskapsomsorgen i dag (Helsedirektoratet, 2019, p. 2; Sundhedsstyrelsen, 2013, p. 102).

Likevel er det en økt forekomst av perfeksjonisme i den fremtidige foreldregenerasjonen (Curran & Hill, 2019, p. p. 418f), samt ble det funnet små og moderate positive assosiasjoner mellom perfeksjonistiske trekk og depresjon, depressive -og angst symptomer, samt svake assosiasjoner til PTSS (se Tabell 7 og 8). Derfor kan det være relevant å skape en diskurs og bevisstgjørelse om baksiden av å måtte være den perfekte forelder. Som nevnt kan også perfeksjonisme ha betydning for antenatale symptomer, som videre øker ens sårbarhet for postnatale symptomer (Egan et al., 2017; Oddo-sommerfeld et al., 2017). Følgelig kan det å fremme en oppmerksomhet rundt konsekvensen av eksempelvis å tvile på seg selv og bekymre seg over feiltagelser, og tolke feiltagelser som en representasjon av sine overordnede evner som mor (jf. 5.2.1, 5.2.2), kan vi muligens redusere omfanget av både antenatale mentale helseproblemer, samt postnatale mentale helseproblemer. Det er viktig å fremheve at realistiske forventinger til fødselen, seg selv og sin baby er essensielt for å ha kontroll over sin mentale helse, hvilket også fremgår i litteraturen omhandlende helsepromoterende arbeid hos kvinner (Fahey & Shenessa, 2013, p. 618).

Noen individer med perfeksjonistiske tendenser kan også oppleve skam i relasjon til å oppsøke hjelp, og dermed unngår de å søke assistanse med mindre smerten blir for intens eller familiemedlemmer oppfordrer dem (Hewitt et al., 2018, p. 354). Derfor kan det også være fordelaktig å oppfange disse individene, spesielt hvis de samtidig utviser andre risikofaktorer for mentale helseproblemer (f.eks. tidligere psykisk

sykdom, manglene sosial støtte, har opplevd traumer m.m.) og negativ tenkning (jf. 5.2.4). Det kan være mulig å oppfange individer med perfeksjonistiske bekymringer under samtalene som gjennomføres av leger eller annen helsepersonell gjennomgående i svangerskap -og barselperioden (HN, n.d.a; HN, n.d.b; Sundhedsstyrelsen, 2013, pp. 39 & 180). Dermed hvis en sårbar person utviser perfeksjonistiske bekymringer som hindrer hjelpesøkende atferd og/eller vurderes som så alvorlige at det kan medføre psykisk sykdom eller symptomer alene, kan individuelle vurderinger, samtaler og oppfølging bli tilrettelagt. Muligens da med hensyn til bl.a. perfeksjonisme og perfeksjonistiske bekymringer.

Samtidig på bakgrunn av at et fåtall studier ble identifisert skal disse anbefalinger vurderes med forsiktighet, spesielt tilknyttet angstsymptomer, PTSS og depresjon. I forlengelse herav er det behov for mer forskning på assosiasjonen mellom perfeksjonismen og de gjelden lidelser for økt sikkerhet i gitte anbefalinger. Det kan også vurderes om det er like nyttig å skape en dialog om normaliteten ved å oppleve psykiske symptomer i den postnatale perioden, og videre oppfordre til å oppsøke hjelp hvis symptomer vedvarer forbi *postpartum blues* (jf. 2.1.2) eller oppstår senere. Ved å redusere stigma angående å oppleve postnatale mentale helseproblemer, vil muligens flere individer med og uten perfeksjonistiske tendenser tørre å oppsøke hjelp av psykologer eller annen helsepersonell ved behov, uten å frykte andres bedømmelse.

5.3.2 Anbefalinger for fremtidig forskning

På bakgrunn av funnene og de metodologiske manglende kan en kun med forsiktighet vurdere forholdet mellom perfeksjonisme og postnatale mentale helseproblemer. Det er følgelig behov for mer forskning på emnet for å oppklare en rekke spørsmål.

Overordnet trengs det mer forskning på forholdet mellom de identifiserte mentale helseproblemene og perfeksjonisme hos nye mødre for å kunne konkludere med de forhold som er funnet spesielt tilknytte angstsymptomer og PTSS. I tillegg trengs mer forskning for ytterligere avklaringen av forholdet mellom perfeksjonisme og depressiv lidelse. Hertil, hvis perfeksjonisme er en transdiagnostisk prosess, kunne det være av interesse å undersøke perfeksjonismens betydning for flere lidelser i postnatal periode. Eksempelvis tvangslidelse (OCD) som både er assosiert med perfeksjonisme og kan

bli utløst i den postnatale perioden (jf. 2.1 & 2.3). Derutover er det behov for flere longitudinelle studier som samtidig vurderer flere måletidspunkt gjennomgående det første året etter fødselen, for å oppfange alle som utvikler symptomer og/eller lidelse, samt for å undersøke medierende eller modererende effekter (Stoeber, 2018b, p. 382f). I forlengelse herav er det essensielt at flere studier undersøker eventuelle medierende og modererende faktorer som kan forklare hvordan et relativt stabilt trekk som perfeksjonisme påvirker et utfall (Stoeber, 2018b, p. 383), eksempelvis emosjonsreguleringsstrategier.

For å identifisere kausale forhold er det samtidig nødvendig å supplere med eksperiment design som anvende randomisering. Disse design kan kontrollere for forstyrrende variabler i større grad, samt undersøke hvorvidt reduksjon i perfeksjonisme minker symptomer på postnatale mentale helseproblemer. Hertil ble en randomisert-kontrollstudie identifisert gjennom studieseleksjonen, som rapporterer at reduksjon i perfeksjonisme hos gravide også medfølgte reduksjon i angst og depressive symptomer (Lowndes, Egan & McEvoy, 2019, pp. 112-115). Studien ble ekskludert i det innværende SO da statistiske analyser av forholdet mellom perfeksjonisme og symptomer hos nye mødre ikke ble utført (se Tabell 1), dog skal det ikke utelukkes at resultatene kan overføres til nye mødre. Studien indikerer uansett at det kan være et statistisk robust forhold mellom perfeksjonisme og postnatale mentale helseproblemer, og derfor er det relevant å utføre flere lignende studier, med nye mødre.

Selv om selvrapport gir viktig viten (jf. 5.1.1), så kan det med fordel administreres andre metoder for å evaluere perfeksjonisme med henblikk på å redusere mulig bias tilknyttet selvrapport (jf. 5.1.1), samt anskaffe annen type viten. Det kan være observatørvurderinger av perfeksjonisme for å se hvordan andre oppfatter deltageren, eller prestasjonsbaserte tester. Det vil også være nødvendig å anvende flere diagnostiske verktøy med henblikk på å oppklare om perfeksjonisme er assosiert med psykisk sykdom, eller kun symptomer. Derutover er det viktig å inkludere skaler for PS, da PS og PB er tett assosierte og det å adskille dem gir et fordreid bilde av hva perfeksjonisme betyr for et utfall, som også Stoeber (2018b) poengterer (p. 374).

Avslutningsvis da alle studiene er mottagelige for bias (se Tabell 5 og 6), oppfordres forskningsfeltet til å strebe etter en så høy intern validitet som mulig for å sikre at

funnene ikke er et resultat av bias, men faktiske forhold. Eksempelvis er det viktig å ha transparent rapportering, som f.eks. av blinding eller hvor mange deltager som ble innhentet. Det essensielt at studier justere for flere relevante variabler (f.eks. sosial støtte, emosjonsregulering, de allerede etablerte risikofaktorer, assosierte kognitive prosesser m.m.), og evaluere perfeksjonisme mer enn en gang (jf. 5.1.1)

6 Konklusjon

Igjennom den teoretiske bakgrunnen, metoden anvendt for å innhente data, analysen av de seks identifiserte kohortundersøkelsene og den ene kasus-kontroll-studien, samt diskusjonen, er det forsøkt å besvare problemformuleringen, *I hvilken grad kan perfeksjonisme øke risikoen for å utvikle flere psykiske sykdommer og/eller symptomer hos mødre i den postnatale perioden?*

Analysen av studiene belyser at det er en svak til moderat assosiasjon mellom perfeksjonisme, og spesielt perfeksjonistiske bekymringer, og symptomer på postnatal depresjon og angst. Samt ble det funnet en svak assosiasjon mellom perfeksjonisme og postnatal PTSS. Derutover fant en studie at perfeksjonisme økte risikoen for å utvikle postpartum depressiv lidelse, dog ble ikke dette forholdet gjenspeilet av en annen studie. I forlengelse herav er det indikasjoner på at perfeksjonisme kan øke risikoen for at en ny mor utvikler symptomer på angst, depresjon og/eller PTSD i liten til moderat grad. I en allerede stressende postnatal periode, så kan en kritisk vurdering av egen atferd, bekymring over nåværende eller fremtidige feiltagelser, eller det å være opphengt i hva andre eller samfunnet forventer av deg som forelder, øke risikoen for å utvikle forskjellige postnatale mentale helseproblemer i noen grad. Hertil ble det diskutert hvorvidt forskjellige prosesser tilknyttet perfeksjonisme kan generere eller intensifisere stress, negative følelser og psykopatologi, som negativ selvevaluering, prestasjons-relatert atferd og rigide regler, opplevd sosial avkobling, ruminering over feiltagelser eller unngåelse av problemer. Samtidige er den svake til moderate effekten ikke av overbevisende størrelse, det er støtte for at andre faktorer er mer betydningsfulle for hvorvidt en utvikler psykopatologi, samt at perfeksjonisme har en effekt på postnatale depressive -og angstsymptomer gjennom antenatale symptomer. Derfor indikerer resultatene at perfeksjonisme alene ikke er av avgjørende betydning for å

utvikle de identifiserte mentale helseproblemene i den postnatale perioden, ikke uten å interagere med andre faktorer.

Selv om SO er mindre mottakelige for bias enn enkeltstudier, skal en forholde seg noe kritisk til resultatene. De inkluderte studiene kan være begrenset av bias, det var noen inkonsistente resultater tilknyttet depressive tilstander, og en kan ikke uten forbehold konkludere med at perfeksjonisme er den kausale årsaken til resultatet pga. studienes design eller analyser. Dertil, er den inneværende SO begrenset av at kun en person har utført de ulike fasene av studien, at ikke alle studiene på feltet ble innhentet, eventuell publikasjons bias, og at få studier er identifisert og analysert, spesielt med henblikk på angstsymptomer og PTSS, samt depressiv lidelse.

På bakgrunn av overstående resultater og metodiske begrensinger, har det inneværende spesialet anbefalt feltet å utføre flere longitudinelle studier med multiple målepunkter, og som også undersøker modererende eller medierende faktorer i større grad. Det er med henblikk på å oppklare den faktiske rollen perfeksjonismen har som en eventuell risikofaktor for de identifiserte diagnose -og symptombildene, men også for andre postnatale mentale helseproblemer. Derutover er det viktig å også inkludere skaler fra dimensjonen omhandlende perfeksjonistisk streben i større grad. Videre kan randomiserte eksperimentelle studier muligens sikre at flere forstyrrende variabler blir kontrollert for, og at mer statistisk robuste forhold blir identifisert. I tillegg kan anvendelse av andre evalueringsmetoder være gunstig for å motvirke bias tilknyttet selvrappport, og det er essensielt å anvende flere diagnostiske intervju for å evaluere flere psykiske lidelser, hertil depresjon.

Med henblikk på overstående funn er det ikke grunnlag for å anbefale systematisk evaluering for perfeksjonisme hos alle kvinner i den perinatale perioden for å forebygge mot postnatale mentale helseproblemer. Likevel indikerer de svake til moderate positive assosiasjoner at det kan være fordelaktig at helsepersonell gjennom samtaler identifiserer særlige sårbare individer som også har maladaptive perfeksjonistiske tendenser for å evaluere hvorvidt det er behov for videre oppsyn og vurdering, og eventuell behandling. Hertil kan det å skape en større bevissthet og diskurs angående betydningen av å sette realistiske forventninger til seg selv og sitt barn, være mer tolerant over feiltagelser, samt redusere stigma tilknyttet postnatale mentale helseproblemer,

være forebyggende og øke hjelpesøkende atferd. Det anbefales å endre idealet fra å måtte være en perfekt mor til å være god nok, da den «perfekte» mor kan risikere å lide i stillhet.

7 En perspektivering for psykoterapeutisk praksis

Det innværende spesialet har hatt særlig fokus på å bidra med kunnskap til det forebyggende arbeid mot postnatale mentale helseproblemer. Derfor vil den nedstående perspektivering ha som formål å anvende spesialets resultater, samt annen forskning og teori, for å drøfte relevansen av å ta stilling til perfeksjonistiske tendenser hos en mor som trenger terapeutisk behandling for postnatale mentale helseproblemer.

7.1 Perfeksjonisme og behandling av postnatale mentale helseproblemer

Hvis en ny mor har utviklet mild til moderat psykisk sykdom i postnatal periode er det anbefalt å tildele psykologiske intervensjoner i form av psykososial støtte, eller psykoterapi, som eksempelvis kognitiv atferdsterapi eller interpersonell terapi (Meltzer-Brody, 2018, p. 10f). Behandlingen vurderes overordnet på basis av diagnose (Meltzer-Brody, 2018, p. 10f). Likevel da perfeksjonisme ble funnet å korrelere moderat med depresjon av en studie, svakt og/eller moderat med både depressive symptomer og angstsymptomer, samt svakt med post-traumatisk stress symptomer i postnatal periode (se tabell 7 og 8), kan det være relevant å implementere en transdiagnostisk behandlingstilgang med fokus på perfeksjonisme hos nye mødre (samt gravide) med disse tilstandene. Hvis perfeksjonisme er en tverrdiagnostisk prosess som vedlikeholder flere lidelser, så kan behandling av perfeksjonisme videre redusere symptomtomer på tvers av diagnoser (Podina, 2020, p. 2112), og hertil muligens symptombilder. Som nevnt har et randomisert-kontroll-studie rapportert at korttids, guidet selvhjelp-intervensjon, basert på kognitiv atferdsterapi for perfeksjonisme, resulterte i en middels

reduksjon av symptomer på depresjon og angst hos gravide kvinner (Lowndes et al., 2019, p. 112-115). En tverrdiagnostisk behandling er ikke nødvendigvis mer effektiv enn en diagnosespesifikk behandling, men ved å tilby en overordnet behandling fremfor å implementere en spesifikk behandling for hver diagnose, blir opplæring til helsepersonell raskere og billigere (Dalglish, Black, Johnston & Bevan, 2020, p. 188).

Likevel hvorvidt en bør fokusere på perfektjonisme er avhengig av om perfektjonismen bidrar til problemene hos individet (Shafran et al., 2010, p. 34), og er muligens mer relevant hos pasienter som utviser komorbide tilstander (Dalglish et al., 2020, p. 187; Hewitt et al., 2018, p. 347). Hertil trenger ikke PS å medføre negative utfall (jf. 2.2.1), og følgelig er det ikke nødvendigvis behov for å «fjerne» perfektjonisme. Det er heller viktig å fokusere på å utvikle økt selvomsorg og tilgivelse ovenfor seg selv, toleranse ovenfor feil, mer hensiktsmessige mestringsstrategier ved opplevd skuffelse, mer realistisk mål, samt adskille sitt selvverd fra prestasjoner (Rice et al., 2018, p. 290).

Derutover er det viktig å poengtere at funnene til Lowndes et al. (2019), ikke kan overføres til å gjelde andre symptomer på diagnoser (f.eks. PTSS), eller faktiske psykiatriske diagnoser. Dog perfektjonisme er funnet assosiert med tre diagnose -og/eller symptombilder i den inneværende SO, så er kun et fåtall av studier identifisert, spesielt med henblikk på angst og PTSS. I tillegg har kun to studier undersøkt perfektjonisme og psykiatriske diagnoser i form av depresjon (Gelabert et al, 2012; Maia et al., 2012), og kun en av dem fant en positiv, signifikant assosiasjon. Følgelig må mer forskning til for å kunne konkludere med at perfektjonisme er en transdiagnostisk prosess for postnatale mentale helseproblemer og om det bør fokuseres på i behandling.

På en annen side, kan det være relevant å vurdere tilstedeværelsen av perfektjonistiske tendenser i den terapeutiske konteksten, og hvilken effekt det har for den terapeutiske prosessen. Empirisk evidens og kasus-rapporter har poengtert at individer som utviser perfektjonistiske tendenser krever intense og ofte komplekse behandlinger (Hewitt et al., 2018, p. 347). Hertil kan perfektjonisme forutsi dårligere behandlingsrespons hos depressive pasienter da perfektjonisme forstyrrer den terapeutiske allianse, samt er assosiert med dårligere sosiale nettverk utenfor terapi (Egan et al., 2011, p. 208).

Som teoretisert av PSDM kan det være at perfeksjonisme medfører en interpersonell sensitivitet (Hewitt et al., 2018, p. 352). Slik sensitivitet kan muligens påvirke den terapeutiske konteksten, som kan bli en særlig arena for bedømmelse og avvisning for en med perfeksjonistiske tendenser, og enkelte kan ha manglende tillitt til at de vil få hjelp og støtte (Hewitt et al., 2018, p. 352). Samtidig da postnatale mentale helseproblemer er assosiert med stigma (Bramante, 2020, pp. 391-393), kan det også være at noen blir særlig sensitive og har vansker med å oppsøke hjelp, i den postnatale perioden. For individer med slike tendenser, kan det bli for risikabelt å fortelle om sine vansker, åpne opp til og stole på terapeuten (Hewitt et al., 2018, p. 352). Videre kan følelser av skam, som ofte er til stede hos individer med stor grad av perfeksjonistiske tendenser, hindre emosjonell åpenhet og fremprovosere forsvar som intellektualisering (Hewitt et al., 2018, p. 357-361). Defensiv perfeksjonistisk atferd og/eller konstante selvkritikk som hindrer mottakelighet for intervensjoner, kan også fremme negative motoverføringsreaksjoner hos terapeuten (f.eks. irritasjon, håpløshet, redusert omsorg for pasienten, behov for å forsvare seg selv), som deretter kan hindre det terapeutiske arbeidet (Hewitt et al., 2018, pp. 352 & 358). Enkelte individer med perfeksjonistiske tendenser kan også ha så urealistisk høye forventninger til terapien, seg selv og terapeuten, at de vil uunngåelig nok «feile», til og med før terapien overhode har begynt (Hewitt et al., 2018, p. 354). I forlengelse herav kan frykten for å feile hindre noen i å prøve nye oppgaver eller oppgi behovet for å nå perfeksjon (Hewitt et al., 2018, p. 355), og følgelig stoppes den terapeutiske prosessen. Derfor hvis disse prosesser ikke blir identifisert og arbeidet med, kan det gå på kompromiss med den terapeutiske allianse (Hewitt et al., 2018, p. 352).

Som oppsamling så er ikke resultatene til den inneværende SO solide nok til å anbefale tverrdiagnostisk behandling av postnatale mentale helseproblemer med fokus på perfeksjonisme. Likevel indikerer annen litteratur og forskning at kan det være fordelaktig for å redusere kostnader, og bør følgelig undersøkes videre i feltet for å avklare hvorvidt det er gunstig å ha en transdiagnostisk behandlingstilgang. Derutover, uansett om man behandler perfeksjonisme eller en diagnose spesifikt, kan perfeksjonisme forstyrre den terapeutiske prosessen og den terapeutiske allianse på ulike måter. Og da den terapeutiske allianse er en av de viktigste fellesfaktorer for terapeutisk endring (Wampold, 2015, p. 273) kan det være nødvendig å ta stilling til forstyrrende

perfeksjonistiske prosesser hos nye mødre, uavhengig av diagnose, symptombilde eller intervensjonstilgang.

8 Referanseliste

- Alberdi, F., & Møhl, B. (2017). 17. Angstilstande. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 383-408). Hans Reitzels Forlag
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychological Association (n.d.). third-variable problem. I APA Dictionary of Psychology, Hentet 16. Mai, 2021, fra <https://dictionary.apa.org/third-variable-problem>
- Arnold, M., & Kalibatseva, Z. (2021). Are “Superwomen” without social support at risk for postpartum depression and anxiety? *Women & Health*, 61(2), 148–159. <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1844360>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories - IA and -II in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597
- Berle, J. Ø., & Holsten, F. (1997). Svangerskapsrelaterte psykiske lidelser: kliniske og epidemiologiske utfordringer. *Norsk Epidemiologi*, 7(1), 111-116 <https://doi.org/10.5324/nje.v7i1.391>
- Biaggi, A., & Pariante, C. M. (2020). Risk Factors for Depression and Anxiety during the Perinatal Period. In S. M. Quatraro, & P. Grussu (Eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice* (pp. 353-389, Google Play Books). New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Bramante, A. (2020). Screening and Early Identification of Women at Risk of Perinatal Psychopathology. In S. M. Quatraro, & P. Grussu (Eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice* (pp. 390-418, Google Play Books). New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group.

- Chen, C., Hewitt, P., & Flett, G. (2015). Preoccupied attachment, need to belong, shame, and interpersonal perfectionism: An investigation of the Perfectionism Social Disconnection Model. *Personality and Individual Differences*, 76, 177–182. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.001>
- Chen, H., Cohen, P., & Chen, S. (2010). How big is a big odds ratio? Interpreting the magnitudes of odds ratios in epidemiological studies. *Communications in Statistics—Simulation and Computation*®, 39(4), 860-864.
- Coolican, H. (2014). Chapter 2: Measuring people - variables, samples and the qualitative critique (pp. 32-62): Chapter 4: Validity in psychological research (pp. 90 -118): Chapter 8: Psychological tests and measurement scales (193-229): Chapter 17: Testing the differences between two samples (pp. 438-486). In *Research methods and statistics in psychology* (6. ed.). London: Hodder & Stoughton.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410-429. <http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1037/bul0000138>
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2018). Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(3), 219-229. DOI: 10.1002/eat.23009
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic Approaches to Mental Health Problems: Current Status and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Dunkley, D. M. (2018). Perfectionism and Daily Stress, Coping, and Affect. Advancing Multilevel Explanatory Conceptualizations. In J. Stoeber (Ed.), *The Psychology of Perfectionism, Theory, Research, Applications* (pp. 253-276, Google Play Books). London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Egan, S. J., Hattaway, M., & Kane, R. T. (2014). The Relationship between Perfectionism and Rumination in Post Traumatic Stress Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 211-223. doi:10.1017/S1352465812001129

- Egan, S. J., Kane, R. T., Winton, K., Eliot, C., & McEvoy, P. M. (2017). A longitudinal investigation of perfectionism and repetitive negative thinking in perinatal depression. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 26–32.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.006>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Elklit, A. (2017). 19. Traumefremkaldte lidelser. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 427-440). Hans Reitzels Forlag
- Emmanuel, E., & St John, W. (2010). Maternal distress: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2104–2115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05371.x>
- Evans, C. R. (2020). *Mind the gap: the role of perfectionism in symptoms of common maternal mental health problems & infantile regulatory difficulties during the perinatal period* (Doctoral dissertation, University of Southampton). Hentet fra <https://eprints.soton.ac.uk/446912/>
- Fahey, J. O., & Shenassa, E. (2013). Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(6), 613–621.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12139>
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). Chapter 11: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). In M. J. Hilsenroth, & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment. Volume 2: Personality Assessment* (pp. 134-143). United states of America: John Wiley & Sons. Inc
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119–126. [https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1016/0191-8869\(93\)90181-2](https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1016/0191-8869(93)90181-2)
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The Dimensions of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Ganellen, R. J. (2007). Assessing Normal and Abnormal Personality Functioning: Strengths and Weaknesses of Self-Report, Observer, and Performance-

BasedMethods. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 30-40, DOI:
10.1080/00223890701356987

- Gelabert, E., Subirà, S., García-Esteve, L., Navarro, P., Plaza, A., Cuyàs, E., Navinés, R., Gratacòs, M., Valdés, M., & Martín-Santos, R. (2012). Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 136, 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.030>
- Gelabert, E., Subirà, S., Plaza, A., Torres, A., Navarro, P., Ímaz, M. L., ... & Martín-Santos, R. (2011). The vulnerable personality style questionnaire: psychometric properties in Spanish postpartum women. *Archives of women's mental health*, 14(2), 115-124.
- Glenny, A. M., Nieri, M., Worthington, H., & Espostio, M. (2008). The importance of the study design: from the case report to the randomised controlled clinical trial. *Eur J Oral Implantol*, 1(4), 317-321.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27–33.
- Hassert, S., Kurpius, S. R., Payakkakom, A., & Kodyšová, E. (2018). Postpartum Depressive Symptoms: Risks for Czech and Thai Mothers. *The Journal of Perinatal Education*, 27(1), 38–49. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.27.1.38>
- Helsedirektoratet (2019). Kapittel 4. graviditet og psykisk helse In. *Svangerskapsomsorgen. Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet PDF den 26.04.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/graviditet-og-psykisk-helse#gravide-bor-fa-sporsmal-om-de-na-eller-tidligere-har-opplevd-nedstemthet-depresjon-eller-andre-psykiske-helseproblemer-helsepersonell-kan-konsultere-psykisk-helsetjeneste-i-kommunen-eller-henvise-videre-ved-behov-sammendrag>
- Helse Norge (n.d.a). Barseltiden – oppfølging etter hjemkomst.. Hentet 10.05.2021, fra <https://www.helsenorge.no/etter-fodsel/oppfolging-etter-hjemkomst/>
- Helse Norge (n.d.b). Svangerskapskontroller. Hentet 10.05.2021, fra <https://www.helsenorge.no/gravid/svangerskapskontroller/#kontroll-1-uke-6-12>
- Hemphill, J. F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist*, 58(1), 78-79. doi:10.1037/0003-066X.58.1.78

- Hewitt, P. L. (2020). Perfecting, belonging, and repairing: A dynamic-relational approach to perfectionism. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 61(2), 101–110. <https://doi.org/10.1037/cap0000209>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B., & McGee, B. (2003). Perfectionism is multidimensional: a reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1221–1236. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00021-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00021-4)
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Mikail, S. F., Healy, D., & Zhang, L. C. (2018). Perfectionism in The Therapeutic Context. The Perfectionism Social Disconnection Model. In J. Stoeber (Ed.), *The Psychology of Perfectionism, Theory, Research, Applications* (pp. 346-371, Google Play Books). London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Hollender, M. K., (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2) 94-103.
- Horney, K. (1951). The Tyranny of the Should. In K. Horney. *Neurosis and Human Growth: The struggle toward self-realization* (pp. 64-85). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315010526>
- Ivanouw, J. (2012). Kapittel 4 - Psykometri. In P. Elsass, J. Ivanouw, E. L. Mortensen, S. Poulson, & B. Rosenbaum (Eds.). *Assessmentmetoder: håndbog for psykologer og psykiatere* (pp. 97-157). Viborg, Danmark: Dansk psykologisk forlag.
- Ivanouw, J., & Rosenbaum, B. (2012). Del 2 - Selvrapporteringstest. In P. Elsass, J. Ivanouw, E. L. Mortensen, S. Poulson, & B. Rosenbaum (Eds.). *Assessmentmetoder: håndbog for psykologer og psykiatere* (pp. 179-182). Viborg, Danmark: Dansk psykologisk forlag.
- Joanna Briggs Institute (2017). *Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses*. Hentet fra https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Systematic_Reviews2017_0.pdf
- Kessing, L. K., & Miskowlak, K. (2017). 16. Affektive lidelser. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 347-381). Hans Reitzels Forlag.

- Kingston, D., & Mughal, M. K. (2020). Overview of Perinatal Maternal Stress. In S. M. Quatraro, & P. Grussu (Eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice* (pp. 41-64, Google Play Books). New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Lowndes, T. A., Egan, S. J., & McEvoy, P. M. (2019). Efficacy of brief guided self-help cognitive behavioral treatment for perfectionism in reducing perinatal depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(2), 106–120. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1490810>
- Maia, B. R., Pereira, A. T., Marques, M., Bos, S., Soares, M. J., Valente, J., Gomes, A. A., Azevedo, M. H., & Macedo, A. (2012). The role of perfectionism in postpartum depression and symptomatology. *Archives of Women's Mental Health*, 15(6), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0310-2>
- Malt, U., & Tranøy, K E (n.d.). Empiri. *I Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 7. april 2021 fra <https://snl.no/empiri>
- McGuffin, P., Farmer, A., & Harvey, I. (1991). A polydiagnostic Application of Operational Criteria in Studies of Psychotic illness. Development and Reliability of the OPCRIT System. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 764-770.
- Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews. Disease Primers*, 4(1), 1–18. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>
- Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2020). Depression, Anxiety, and Psychological Distress in the Perinatal Period. In S. M. Quatraro, & P. Grussu (Eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice* (pp. 325-356, Google Play Books). New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Moher, D., Liberati A, Tetzlaff, J., Altman D. G., & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C., B. Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). New Parents and Mental Disorders. A Population-Based Register Study. *Jama*, 296(21), 2582-2589.
- Møhl, B., & Simonsen, E. (2017). 1. Med mennesket i centrum. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 29-64). Hans Reitzels Forlag.
- National Institute of health (n.d.). *Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies; Quality Assessment of Case-Control Studies*. Hentet 16.04.2021, fra <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>.
- National Institute of Mental Health Molecular Genetics Initiative (1999). F. Major Depression (pp. 27-31); G. Mania/Hypomania (pp. 32 -36); O. Suicidal Behavior (p. 84). In. *DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR GENETIC STUDIESREFERENCE MANUAL*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/projects/gap/cgi-bin/GetPdf.cgi?id=phd000170.1>.
- Nussbaum, M. C. (2006). Winnicott on the Surprises of the Self. *The Massachusetts Review*, 47(2), 375-393.
- Oddo-Sommerfeld, S., Hain, S., Louwen, F., & Schermelleh-Engel, K. (2016). Longitudinal effects of dysfunctional perfectionism and avoidant personality style on postpartum mental disorders: Pathways through antepartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 191, 280–288. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.040>
- Page, M. J., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C. D., ... Moher D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49–57. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3)
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). Chapter 1: Why do we need systematic reviews? (pp. 1-26); Chapter 3: What Sorts of Studies do I Include in the Review? Deciding the Review's Inclusion/ Exclusion Criteria (pp. 57- 78); Chapter 4: How to Find Studies: The Literature Search (pp. 79-124). In:

- Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/978047075488>
- Podina, I. R. (2020). Concluding commentary: Treating perfectionism transdiagnostically with an eye on the future. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2109–2115. <https://doi.org/10.1002/jclp.23061>
- Price, L., Centifanti, L., & Slade, P. (2020). Personality factors and vulnerability to post-traumatic stress responses after childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 480–501. <https://doi.org/10.1111/bjc.12262>
- Quatraro, S. M., & Grussu, P. (2020a). Introduction. In S. M. Quatraro, & P. Grussu (Eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice* (pp. 32-39, Google Play Books). New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Quatraro, S. M., & Grussu, P. (2020b). Beyond the Blues: Stress, Emotional Experiences of Women, and Intervention Methods during the Postpartum Period. In S. M. Quatraro, & P. Grussu (Eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice* (pp. 233-265, Google Play Books). New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016) *Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews*. Systematic Reviews. DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rasmussen, K. E., & Troilo, J. (2016). “It Has to be Perfect!”: The Development of Perfectionism and the Family System. *Journal of Family Theory & Review*, 8(2), 154–172. <https://doi.org/10.1111/jftr.12140>
- Renner, KH., Hock, M., Bergner-Köther, R., & Laux, L. (2018). Differentiating anxiety and depression: The State-Trait Anxiety-Depression Inventory. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1409-1423, DOI: 10.1080/02699931.2016.1266306
- Rice, K. G., Suh, H., & Davis D. E. (2018). Perfectionism and Emotion Regulation. In J. Stoeber (Ed.), *The Psychology of Perfectionism, Theory, Research, Applications* (pp. 277-299, Google Play Books). London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

- Rosenbaum, B., & Ivanouw, K (2012). Del 3 – observatørbaserede metoder. In P. Elsass, J. Ivanouw, E. L. Mortensen, S. Poulson, & B. Rosenbaum (Eds.). *Assessmentmetoder: håndbog for psykologer og psykiatere* (pp. 399-402). Viborg, Danmark: Dansk psykologisk forlag.
- Schoppe-Sullivan, S. J., Yavorsky, J. E., Bartholomew, M. K., Sullivan, J. M., Lee, M. A., Dush, C. M. K., & Glassman, M. (2017). Doing Gender Online: New Mothers' Psychological Characteristics, Facebook Use, and Depressive Symptoms. *Sex Roles*, 76(5), 276–289. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0640-z>
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 40(7), 773-791.
- Shafran, R., Egan, S., & Wade, T. (2010). 2. Perfectionism and Other problems (pp. 19-43); 4. Why perfectionism persist (pp. 52-59). In *Overcoming Perfectionism. A self-help guide using cognitive Behavioural Techniques*. Great Britain; Robinson.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A Review of Research and Treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.
- Sirois, F. M., & Molnar, D. S. (2016). Conceptualizations of Perfectionism, Health, and Well-Being: An Introductory Overview. In F. M. Sirois, & D. S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, Health, and Well-Being* (pp. 1-21, 1st ed.). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8>
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(3), 130–145.
<https://doi.org/10.1080/07481756.2002.12069030>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2017). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism–suicide relationship. *Journal of Personality*, 86(3), 522–542. <https://doi.org/10.1111/jopy.12333>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ray, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2021). Is perfectionism a vulnerability factor for depressive symptoms, a complication of depressive symptoms, or both? A meta-analytic test of 67 longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 84, 101982, 1-19.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101982>

- Smith, M. M., Vidovic, V., Sherry, S. B., Stewart, S. H., & Saklofske, D. H. (2018). Are perfectionism dimensions risk factors for anxiety symptoms? A meta-analysis of 11 longitudinal studies. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(1), 4-20. DOI: 10.1080/10615806.2017.1384466
- Simonsen, E., & Jørgensen, M, B. (2017). Appendiks 1. Psykopatologiske grundbegreper. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 383-408). Hans Reitzels Forlag
- Snell Jr. W. E., Overbey, G. A., & Brewer, A. L. (2005). Parenting perfectionism and the parenting role. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 613–624. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.006>
- Stoeber, J. (2018a). The Psychology of Perfectionism: An Introduction. In J. Stoeber (Ed.), *The Psychology of Perfectionism, Theory, Research, Application*. (pp. 13-27, Google Play Books). London & New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Stoeber, J. (2018b). The Psychology of Perfectionism: Critical issues, Open Questions, and Future Directions. In J. Stoeber (Ed.), *The Psychology of Perfectionism, Theory, Research, Application*. (pp. 373-394, Google Play Books). London & New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Sundhedsstyrelsen (2013). 4. kontakter i graviditeten (pp. 39-60); 7. Undersøgelse og vurdering af den gravide (pp. 95-103). 15. barselperioden (pp. 170-186). In ANBEFALINGER FOR SVANGREOMSORGEN. Hentet fra <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/-/media/Udgivelser/2015/Anbefalinger-svangreomsorgen/Anbefalinger-for-svangreomsorgen.ashx>
- Sweeney, A., & Fingerhut, R. (2013). Examining Relationships Between Body Dissatisfaction, Maladaptive Perfectionism, and Postpartum Depression Symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(5), 551–561. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12236>
- Thompson, K. D., & Bendell, D. (2014). Depressive cognitions, maternal attitudes and postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(1), 70–82. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.858312>
- Vliegen, N., Luyten, P., Meurs, P., & Cluckers, G. (2006). Adaptive and maladaptive dimensions of relatedness and self-definition: Relationship with postpartum

- depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 41(3), 395–406. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.029>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277
- Weiss, D. S. (2007). The Impact of Event Scale: Revised. In J. P. Wilson & C. S. Tang (Eds.), *Cross- cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 219–238). New York, NY: Springer Science and Business Media.
- World Health Organization (2020). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders; 6E20 Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium, without psychotic symptoms; 6E21 Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium, with psychotic symptoms. In *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)*. Hentet 18.04.2021 fra <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fent%2f882114523>
- World Health Organization (2019). F53 Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified. In *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. Hentet 18.04.2021, fra <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F53>
- Wilborn, B. L. (1976). The Myth of the Perfect Mother. *The Counseling Psychologist*, 6(2), 42–45. <https://doi.org/10.1177/001100007600600211>
- Winnicott, D. W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41, 585-595.

9 Pensumliste

- Alberdi, F., & Møhl, B. (2017). 17. Angsttilstande. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 383-408). Hans Reitzels Forlag.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

- American Psychological Association (n.d.). third-variable problem. I APA Dictionary of Psychology, Hentet 16. Mai, 2021, fra <https://dictionary.apa.org/third-variable-problem>
- Arnold, M., & Kalibatseva, Z. (2021). Are “Superwomen” without social support at risk for postpartum depression and anxiety? *Women & Health*, 61(2), 148–159. <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1844360>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories - IA and -II in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597
- Berle, J. Ø., & Holsten, F. (1997). Svangerskapsrelaterte psykiske lidelser: kliniske og epidemiologiske utfordringer. *Norsk Epidemiologi*, 7(1), 111-116. <https://doi.org/10.5324/nje.v7i1.391>
- Biaggi, A., & Pariante, C. M. (2020). Risk Factors for Depression and Anxiety during the Perinatal Period. In S. M. Quatraro, & P. Grussu (Eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice* (pp. 353-389, Google Play Books). New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Bramante, A. (2020). Screening and Early Identification of Women at Risk of Perinatal Psychopathology. In S. M. Quatraro, & P. Grussu (Eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice* (pp. 390-418, Google Play Books). New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Chen, C., Hewitt, P., & Flett, G. (2015). Preoccupied attachment, need to belong, shame, and interpersonal perfectionism: An investigation of the Perfectionism Social Disconnection Model. *Personality and Individual Differences*, 76, 177–182. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.001>
- Chen, H., Cohen, P., & Chen, S. (2010). How big is a big odds ratio? Interpreting the magnitudes of odds ratios in epidemiological studies. *Communications in Statistics—Simulation and Computation*®, 39(4), 860-864.
- Coolican, H. (2014). Chapter 2: Measuring people - variables, samples and the qualitative critique (pp. 32-62): Chapter 4: Validity in psychological research (pp. 90 -118): Chapter 8: Psychological tests and measurement scales (193-229): Chapter 17: Testing the differences between two samples (pp. 438-486). In

- Research methods and statistics in psychology* (6. ed.). London: Hodder & Stoughton. [Anvendt pp. 32-62, 92 & 203f & 477]
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410-429. <http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1037/bul0000138>
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2018). Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(3), 219-229. DOI: 10.1002/eat.23009
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic Approaches to Mental Health Problems: Current Status and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Dunkley, D. M. (2018). Perfectionism and Daily Stress, Coping, and Affect. Advancing Multilevel Explanatory Conceptualizations. In J. Stoeber (Ed.), *The Psychology of Perfectionism, Theory, Research, Applications* (pp. 253-276, Google Play Books). London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Egan, S. J., Hattaway, M., & Kane, R. T. (2014). The Relationship between Perfectionism and Rumination in Post Traumatic Stress Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 211-223. doi:10.1017/S1352465812001129
- Egan, S. J., Kane, R. T., Winton, K., Eliot, C., & McEvoy, P. M. (2017). A longitudinal investigation of perfectionism and repetitive negative thinking in perinatal depression. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.006>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Elklit, A. (2017). 19. Traumefremkaldte lidelser. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 427-440). Hans Reitzels Forlag.

- Emmanuel, E., & St John, W. (2010). Maternal distress: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2104–2115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05371.x>
- Evans, C. R. (2020). *Mind the gap: the role of perfectionism in symptoms of common maternal mental health problems & infantile regulatory difficulties during the perinatal period* (Doctoral dissertation, University of Southampton). Hentet fra <https://eprints.soton.ac.uk/446912/> [Anvendt pp. 9-28]
- Fahey, J. O., & Shenassa, E. (2013). Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(6), 613–621. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12139>
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). Chapter 11: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). In M. J. Hilsenroth, & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment. Volume 2: Personality Assessment* (pp. 134-143). United states of America: John Wiley & Sons. Inc
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119–126. [https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1016/0191-8869\(93\)90181-2](https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1016/0191-8869(93)90181-2)
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The Dimensions of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Ganellen, R. J. (2007). Assessing Normal and Abnormal Personality Functioning: Strengths and Weaknesses of Self-Report, Observer, and Performance-Based Methods. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 30-40, DOI: 10.1080/00223890701356987
- Gelabert, E., Subirà, S., García-Esteve, L., Navarro, P., Plaza, A., Cuyàs, E., Navinés, R., Gratacòs, M., Valdés, M., & Martín-Santos, R. (2012). Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 136, 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.030>
- Gelabert, E., Subirà, S., Plaza, A., Torres, A., Navarro, P., Ímaz, M. L., ... Martín-Santos, R. (2011). The vulnerable personality style questionnaire:

- psychometric properties in Spanish postpartum women. *Archives of women's mental health*, 14(2), 115-124.
- Glenny, A. M., Nieri, M., Worthington, H., & Espostio, M. (2008). The importance of the study design: from the case report to the randomised controlled clinical trial. *Eur J Oral Implantol*, 1(4), 317-321.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27–33.
- Hassert, S., Kurpius, S. R., Payakkakom, A., & Kodyšová, E. (2018). Postpartum Depressive Symptoms: Risks for Czech and Thai Mothers. *The Journal of Perinatal Education*, 27(1), 38–49. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.27.1.38>
- Helsedirektoratet (n.d.). Kapittel 4. graviditet og psykisk helse In. *Svangerskapsomsorgen. Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet PDF den 26.04.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/graviditet-og-psykisk-helse#gravide-bor-fa-sporsmal-om-de-na-eller-tidligere-har-opplevd-nedstemthet-depresjon-eller-andre-psykiske-helseproblemer-helsepersonell-kan-konsultere-psykisk-helsetjeneste-i-kommunen-eller-henviser-videre-ved-behov-sammendrag>
- Helse Norge (n.d.a). Barseltiden – oppfølging etter hjemkomst.. Hentet 10.05.2021, fra <https://www.helsenorge.no/etter-fodsel/oppfolging-etter-hjemkomst/>
- Helse Norge (n.d.b). Svangerskapskontroller. Hentet 10.05.2021, fra <https://www.helsenorge.no/gravid/svangerskapskontroller/#kontroll-1-uke-6-12>
- Hemphill, J. F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist*, 58(1), 78-79. doi:10.1037/0003-066X.58.1.78
- Hewitt, P. L. (2020). Perfecting, belonging, and repairing: A dynamic-relational approach to perfectionism. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 61(2), 101–110. <https://doi.org/10.1037/cap0000209>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B., & McGee, B. (2003). Perfectionism is multidimensional: a reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002).

- Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1221–1236.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00021-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00021-4)
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Mikail, S. F., Healy, D., & Zhang, L. C. (2018). Perfectionism in The Therapeutic Context. The Perfectionism Social Disconnection Model. In J. Stoeber (Ed.), *The Psychology of Perfectionism, Theory, Research, Applications* (pp. 346-371, Google Play Books). London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Hollender, M. K., (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2) 94-103.
- Horney, K. (1951). The Tyranny of the Should. In K. Horney. *Neurosis and Human Growth: The struggle toward self-realization* (pp. 64-85). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315010526>
- Ivanouw, J. (2012). Kapittel 4 - Psykometri. In P. Elsass, J. Ivanouw, E. L. Mortensen, S. Poulson, & B. Rosenbaum (Eds.). *Assessmentmetoder: håndbog for psykologer og psykiatere* (pp. 97-157). Viborg, Danmark: Dansk psykologisk forlag.
- Ivanouw, J., & Rosenbaum, B. (2012). Del 2 - Selvrapporteringstest. In P. Elsass, J. Ivanouw, E. L. Mortensen, S. Poulson, & B. Rosenbaum (Eds.). *Assessmentmetoder: håndbog for psykologer og psykiatere* (pp. 179-182). Viborg, Danmark: Dansk psykologisk forlag.
- Joanna Briggs Institute (2017). *Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses* (pp. 1-7). Hentet fra https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Systematic_Reviews2017_0.pdf
- Kessing, L. K., & Miskowlak, K. (2017). 16. Affektive lidelser. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 347-381). Hans Reitzels Forlag.
- Kingston, D., & Mughal, M. K. (2020). Overview of Perinatal Maternal Stress. In S. M. Quatraro, & P. Grussu (Eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice* (pp. 41-64, Google Play Books). New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Lowndes, T. A., Egan, S. J., & McEvoy, P. M. (2019). Efficacy of brief guided self-help cognitive behavioral treatment for perfectionism in reducing perinatal

- depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(2), 106–120. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1490810>
- Maia, B. R., Pereira, A. T., Marques, M., Bos, S., Soares, M. J., Valente, J., Gomes, A. A., Azevedo, M. H., & Macedo, A. (2012). The role of perfectionism in postpartum depression and symptomatology. *Archives of Women's Mental Health*, 15(6), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0310-2>
- Malt, U., & Tranøy, K E (n.d.). Empiri. *I Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 7. april 2021 fra <https://snl.no/empiri>
- McGuffin, P., Farmer, A., & Harvey, I. (1991). A polydiagnostic Application of Operational Criteria in Studies of Psychotic illness. Development and Reliability of the OPCRIT System. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 764-770.
- Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews. Disease Primers*, 4(1), 1–18. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>
- Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2020). Depression, Anxiety, and Psychological Distress in the Perinatal Period. In S. M. Quatraro, & P. Grussu (Eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice* (pp. 325-356, Google Play Books). New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Moher, D., Liberati A, Tetzlaff J., Altman D. G., & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C., B. Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). New Parents and Mental Disorders. A Population-Based Register Study. *Jama*, 296(21), 2582-2589.
- Møhl, B., & Simonsen, E. (2017). 1. Med mennesket i centrum. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 29-64). Hans Reitzels Forlag.
- National institute of health (n.d.). *Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies; Quality Assessment of Case-Control Studies*. Hentet 16.04.2021, fra <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>

- National Institute of Mental Health Molecular Genetics Initiative (1999). F. Major Depression (pp. 27-31); G. Mania/Hypomania (pp. 32 -36); O. Suicidal Behavior (p. 84). In. *DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR GENETIC STUDIESREFERENCE MANUAL*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/projects/gap/cgi-bin/GetPdf.cgi?id=phd000170.1>.
- Nussbaum, M. C. (2006). Winnicott on the Surprises of the Self. *The Massachusetts Review*, 47(2), 375-393.
- Oddo-Sommerfeld, S., Hain, S., Louwen, F., & Schermelleh-Engel, K. (2016). Longitudinal effects of dysfunctional perfectionism and avoidant personality style on postpartum mental disorders: Pathways through antepartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 191, 280–288. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.040>
- Page, M. J., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C. D., ... Moher D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49–57. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3)
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). Chapter 1: Why do we need systematic reviews? (pp. 1-26); Chapter 3: What Sorts of Studies do I Include in the Review? Deciding the Review's Inclusion/ Exclusion Criteria (pp. 57- 78); Chapter 4: How to Find Studies: The Literature Search (pp. 79-124). In: *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/978047075488>
- Podina, I. R. (2020). Concluding commentary: Treating perfectionism transdiagnostically with an eye on the future. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2109–2115. <https://doi.org/10.1002/jclp.23061>
- Price, L., Centifanti, L., & Slade, P. (2020). Personality factors and vulnerability to post-traumatic stress responses after childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 480–501. <https://doi.org/10.1111/bjc.12262>
- Quatraro, S. M., & Grussu, P. (2020a). Introduction. In S. M. Quatraro, & P. Grussu (Eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice*

- (pp. 32-39, Google Play Books). New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Quatraro, S. M., & Grussu, P. (2020b). Beyond the Blues: Stress, Emotional Experiences of Women, and Intervention Methods during the Postpartum Period. In S. M. Quatraro, & P. Grussu (Eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice* (pp. 233-265, Google Play Books). New York & London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). *Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews*. Systematic Reviews. DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rasmussen, K. E., & Troilo, J. (2016). “It Has to be Perfect!”: The Development of Perfectionism and the Family System. *Journal of Family Theory & Review*, 8(2), 154–172. <https://doi.org/10.1111/jftr.12140>
- Renner, KH., Hock, M., Bergner-Köther, R., & Laux, L. (2018). Differentiating anxiety and depression: The State-Trait Anxiety-Depression Inventory. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1409-1423, DOI: 10.1080/02699931.2016.1266306
- Rice, K. G., Suh, H., & Davis D. E. (2018). Perfectionism and Emotion Regulation. In J. Stoeber (Ed.), *The Psychology of Perfectionism, Theory, Research, Applications* (pp. 277-299, Google Play Books). London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Rosenbaum, B., & Ivanouw, K (2012). Del 3 – observatørbaserede metoder. In P. Elsass, J. Ivanouw, E. L. Mortensen, S. Poulson, & B. Rosenbaum (Eds.). *Assessmentmetoder: håndbog for psykologer og psykiatere* (pp. 399-402). Viborg, Danmark: Dansk psykologisk forlag.
- Schoppe-Sullivan, S. J., Yavorsky, J. E., Bartholomew, M. K., Sullivan, J. M., Lee, M. A., Dush, C. M. K., & Glassman, M. (2017). Doing Gender Online: New Mothers’ Psychological Characteristics, Facebook Use, and Depressive Symptoms. *Sex Roles*, 76(5), 276–289. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0640-z>
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 40(7), 773-791.

- Shafran, R., Egan, S., & Wade, T. (2010). 2. Perfectionism and Other problems (pp. 19-43); 4. Why perfectionism persist (pp. 52-59). In *Overcoming Perfectionism. A self-help guide using cognitive Behavioural Techniques*. Great Britain; Robinson.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A Review of Research and Treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.
- Sirois, F. M., & Molnar, D. S. (2016). Conceptualizations of Perfectionism, Health, and Well-Being: An Introductory Overview. In F. M. Sirois, & D. S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, Health, and Well-Being* (pp. 1-21, 1st ed.). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8>
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(3), 130–145.
<https://doi.org/10.1080/07481756.2002.12069030>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2017). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism–suicide relationship. *Journal of Personality*, 86(3), 522–542. <https://doi.org/10.1111/jopy.12333>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ray, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2021). Is perfectionism a vulnerability factor for depressive symptoms, a complication of depressive symptoms, or both? A meta-analytic test of 67 longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 84, 101982, 1-19.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101982>
- Smith, M. M., Vidovic, V., Sherry, S. B., Stewart, S. H., & Saklofske, D. H. (2018). Are perfectionism dimensions risk factors for anxiety symptoms? A meta-analysis of 11 longitudinal studies. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(1), 4-20. DOI: 10.1080/10615806.2017.1384466
- Simonsen, E., & Jørgensen, M. B. (2017). Appendiks 1. Psykopatologiske grundbegreper. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 383-408). Hans Reitzels Forlag. [Anvendt p. 1015]
- Snell Jr. W. E., Overbey, G. A., & Brewer, A. L. (2005). Parenting perfectionism and the parenting role. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 613–624.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.006>

- Stoeber, J. (2018a). The Psychology of Perfectionism: An Introduction. In J. Stoeber (Ed.), *The Psychology of Perfectionism, Theory, Research, Application*. (pp. 13-27, Google Play Books). London & New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Stoeber, J. (2018b). The Psychology of Perfectionism: Critical issues, Open Questions, and Future Directions. In J. Stoeber (Ed.), *The Psychology of Perfectionism, Theory, Research, Application*. (pp. 373-394, Google Play Books). London & New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Sundhedsstyrelsen (2013). 4. kontakter i graviditeten (pp. 39-60); 7. Undersøgelse og vurdering af den gravide (pp. 95-103). 15. barselperioden (pp. 170-186). In ANBEFALINGER FOR SVANGREOMSORGEN Hentet fra <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/-/media/Udgivelser/2015/Anbefalinger-svangreomsorgen/Anbefalinger-for-svangreomsorgen.ashx>
- Sweeney, A., & Fingerhut, R. (2013). Examining Relationships Between Body Dissatisfaction, Maladaptive Perfectionism, and Postpartum Depression Symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(5), 551–561. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12236>
- Thompson, K. D., & Bendell, D. (2014). Depressive cognitions, maternal attitudes and postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(1), 70–82. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.858312>
- Vliegen, N., Luyten, P., Meurs, P., & Cluckers, G. (2006). Adaptive and maladaptive dimensions of relatedness and self-definition: Relationship with postpartum depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 41(3), 395–406. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.029>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277
- Weiss, D. S. (2007). The Impact of Event Scale: Revised. In J. P. Wilson & C. S. Tang (Eds.), *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 219–238). New York, NY: Springer Science and Business Media.
- World Health Organization (2020). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders; 6E20 Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium, without psychotic symptoms; 6E21 Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the

puerperium, with psychotic symptoms. In *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)*. Hentet 18.04.2021 fra

<https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fent%2f882114523>

World Health Organization (2019). F53 Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified. In *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. Hentet 18.04.2021, fra <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F53>

Wilborn, B. L. (1976). The Myth of the Perfect Mother. *The Counseling Psychologist*, 6(2), 42–45. <https://doi.org/10.1177/001100007600600211>

Winnicott, D. W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41, 585-595.

I alt: 1514 sider