
Teoretiske perspektiver på Paternel Perinatal Depression

Rapportens samlede antal tegn:
138.982

Svarende til antal normalsider: 66

Anette Brix Hansen: 20155307

Vejleder: Kristine Kahr Nilsson

4. Semester, Psykologi,
Speciale
Aalborg Universitet
Dato: 090821

Abstract

The purpose of this master thesis is to examine the etiology behind paternal perinatal depression (PPD hereafter) as seen from a sociocultural perspective and a diathesis-stress perspective.

PPD is acknowledged increasingly. The importance of this acknowledgement is seen in proportion to the individual, the family, and the infant, as a non-diagnosed and untreated paternal perinatal depression can cause extremely serious consequences of mistreatment on all three levels. The prevalence of PPD is 7-10 %. Apart from the typical depressive symptoms, the aberrant symptoms that men develop in terms of PPD also include relational deficit; the man pulls himself away from his close relations and seeks autonomy. Self-harming behavior such as alcohol abuse can also be a part of the man's reaction to discontent.

Identification, prophylaxis and treatment and general support that has been established around having a child today is planned from a female perspective and need. This does not work for the man. The man does not feel seen in the translation into fatherhood. He is not asked how he feels.

The phenomena PPD is studied from a sociocultural perspective and a diathesis-stress perspective, which separately and collectively can compose an etiological developmental traumatology on the illness. This is being examined in relation to predicative conditions which increases the potential risk of developing PPD.

A comparison of the differences of the perspectives based on the extend, to which the man is being exposed, including inherent factors, which causes an increased vulnerability with the man, as well as the timing for the exposure; this being the effect of early exposure in the fetal stage or early childhood versus later exposure in adult life. Furthermore, a connection of the perspectives where resilience and protective factors are present.

The results of the findings in this master thesis are that vulnerability that stems from genetic or epigenetic factors and vulnerability and that arise because of exposure for stressful or traumatizing experiences in the antenatal environment, connected to partus, during infancy and throughout childhood constitute a prevalent and essential

risk factor for future development of psychopathology such as PPD. The stressors which the man is exposed to in terms of his transition into parenthood, such as his partner developing perinatal depression or conflict because of an absence of expectations alignment in the relationship, can potentially, in prolongation of the confrontation with his own childhood and relation to parents, cause a development of perinatal depression. This fact necessitates reflections regarding potential possibilities for support and help for the new father early in the pregnancy. While the perspectives in itself cannot explain the significant association between inherent, innate vulnerability, sociocultural effects and PPD, they can inspire reflections that consider how the man, who is at a potential risk of developing this form of psychopathology, can be supported adequately in the period of identity change that this transition is.

In a future perspective, PPD can be regarded from dualistic perspective where intervention happens towards depression as a constituent part and where the identity- and relation part are regarded as another constituent part of the condition.

Table of Contents

.....	1
<i>Introduktion</i>	1
Indledning	1
Problemformulering	5
Sammenfatning af problemstillingen	6
<i>Afgrænsning</i>	7
Disposition	7
<i>Baggrund/gennemgang af feltet</i>	9
Depression	10
Symptomer	11
Sværhedsgrader af depression.....	13
Diagnose klassifikationssystem	13
Subtyper af depression	14
Perinatal depression	15
Definition	15
Symptomatologi	16
<i>Adfærdsmæssige symptomer</i>	18
Prævalens	19
Årsager	21
Rating scales.....	24
Konsekvenser	25
Komorbiditet	26
Differentialdiagnoser	27
<i>Analyse</i>	27
Perspektiver på perinatal depression.....	27
Sociokulturelt perspektiv	28
Faderens første møde med sit barn	31
Paradigmeskifte	31
Den moderne far	32
Nye fædre – ny maskulinitet	33
Identitet	34
Opsummering.....	37
Diatese-stress	37
Diatese-stress modellen	38
Resiliens	41
Paternel perinatal depression i diatese -stressperspektiv.....	42
Genetisk sårbarhed.....	45
Epigenetisk sårbarhed.....	46
Opsummering.....	47
<i>Diskussion og kobling af perspektiver</i>	47

Diagnostisk klassifikationssystem vs. alternative perspektiver	48
Familiedannelse i et kulturelt perspektiv	49
Faderrollen i et paradigmeskifte	50
Paradox.....	52
Juridiske stressorer	55
Familiedannelse i diatese-stressperspektiv.....	57
Perspektivernes forskellighed.....	58
Niveau	58
Timing.....	59
<i>Genetisk niveau.....</i>	<i>59</i>
<i>Antenatalt niveau</i>	<i>59</i>
<i>Postnatalt niveau</i>	<i>60</i>
<i>Sociokulturelle niveau</i>	<i>61</i>
Syntese	62
<i>Konklusion</i>	<i>62</i>
<i>Perspektivering.....</i>	<i>64</i>
<i>Referenceliste</i>	<i>66</i>

Introduktion

Den introducerende del af specialet, har til hensigt at præsentere de centrale elementer. Under introduktionen beskrives forskningsfeltet, hvor samtidens opmærksomhed på forskningsfeltet bliver tydeliggjort. Der har i mange år har været en selekteret kønsforskel indenfor feltet, hvilket leder frem til problemformuleringen. Af dispositionen over specialet fremgår, hvorledes gennemgangen af feltet vil foregå. I lyset af den markante bevægelse der har udspillet sig i forhold til det biologiske og sociale faderskab de seneste 50 år og som er stadig igangværende, er hensigten med dette speciale at bidrage med indsigt i, hvilke konsekvenser det kan have for nogle mænd i deres transition til faderrollen.

Indledning

Under skrivearbejdet af teori afsnittet i nærværende speciale skal jeg ud for at trække lidt frisk luft og samle mine tanker. På vej tilbage, kommer jeg forbi en mand, som jeg husker fra min tid som jordemoder. Han har fået to børn indenfor to og et halvt år. Så vidt jeg ved, er parret gået fra hinanden nu, hvor yngste barn kun er halvandet år, på grund af faderens alkoholmisbrug. Hvordan kan det være? Hvad skete der? Udviklede faderen en perinatal depression og benyttede alkoholen som selvmedicinering? Og forblev den eventuelle perinatale depression ikke-identificeret og dermed også ubehandlet? Hvilken indvirkning har det på parforholdet, hele familien og ikke mindst relationen til børnene? Manden genkender mig, og vi hilser. Jeg styrer min impuls til at gå hen og spørge til ham. Nu skal der skrives, og der skal dykkes ned i ætiologiske forklaringsmodeller for paternel perinatal¹ depression, der kan danne udviklingsstier, som fører til at en far udvikler psykisk lidelse i transitionen til faderskabet.

Indeværende speciale er teoretisk, og omhandler et ætiologisk alternativ til den diagnostiske tilgang til fænomenet paternel perinatal depression. Overordnet omhandler specialet sociokulturelle - og diatese²-stressprocesser, der kan resultere i

¹ Paternel (faderlig) Perinatal betyder ”vedr. fødslen” (lex.dk) og henviser i dette speciale til tiden fra 1. trimester af graviditeten til 1 år efter barnets fødsel.

² Diatesebegrebet refererer til en sårbarhed, der er iboende og medfødt. Sårbarheden er enten af genetiske eller psykosocial karakter og individet er qua sin sårbarhed disponeret for at udvikle psykisk eller somatisk lidelse.

perinatal depression på individniveau. Intentionen er at udforske og sammenligne to forskellige perspektiver, som har indflydelse på patogenesen af perinatal depression hos fædre, for på den vis at give dem en stemme i forhold til at optimere opsporing, profylakse og adækvat behandling af lidelsen.

Perspektiverne; det sociokulturelle- og diatese-stress perspektivet, har differentierede bud på ætiologien omkring fænomenet perinatal depression hos fædre, en lidelse der kan udvikle sig i transitionen til faderskabet; i svangerskabet eller kort efter fødslen. Den udviklings-traumatologiske vinkel repræsenterer en essentiel vinkel at undersøge netop i forbindelse med paternel perinatal depression, idet det distale perspektiv rummer hele det relationelle aspekt, hvor objektrelations erfaringer kommer i spil på flere niveauer i faderens livsverden. Individet er af relationel karakter og er ifølge Wennerberg styret af to primære eksistentielle behov: et behov for at være i relation med andre mennesker, og et behov for at definere sig selv og dermed skabe sin egen identitet (2011). Det sociokulturelle perspektiv kan del-identificere, hvad det gør ved individet, når traditionen ikke leverer en brugbar løsning for faderen der står i transitionen til faderskabet, dels på hvilken måde samfundets diskurs om faderrollen hænger sammen med de virkelige vilkår, de nye familier står i.

Internationalt er paternel perinatal depression stadig relativt sparsomt undersøgt og anerkendt, som en alvorlig psykisk lidelse, til forskel fra maternel perinatal depression, som er veludforsket og anerkendt som: en ”alvorlig behandlingskrævende krisereaktion” ifølge Sv. Aa. Madsen, 2017. Denne lidelse er særlig, fordi det ikke alene berører det enkelte individ, men en familie og i særdeleshed et spædbarn (Wells, Aronson, 2021; Madsen, 2017; Musser, Ahmed, Foli & Coddington, 2013).

Interessen for ætiologien omkring perinatal depression, og hvilke konsekvenser det kan have at være forbundet med en sådan lidelse, illustrerer også min rejse fra jordemoder til psykolog, hvor jeg bevæger mig fra omsorgen i det konkrete svangerskabs forløb, til undersøgelse af psykologiske konsekvenser, som svangerskabet kan medføre på længere sigt. Jordemoderens metier er blevet kaldt at være ansat ved mysteriet. Det er her livet starter i et felt, hvor vi ikke har sikkerhed

for, hvad der venter familien og det lille nye spædbarn, med alt hvad dét rummer; genetiske og miljømæssige påvirkninger og erfaringer i relationen med de primære omsorgspersoner. I mine 30 år som ansat ved mysteriet, har fædrenes plads i den nye familie udviklet sig, fra at det tidligere var mor/barn til nu at være en forældreskabs-konstellation, hvor kravene til faderen ser anderledes ud end de krav der blev stillet til hans far, da han i sin tid var i transition til faderrollen. Interessen for den dynamik som faderskabet er en del af, afspejles både i national og international forskning (Chhabra, McDermott & Li, 2020; Madsen, 2017). Her identificeres nogle af de parametre, som har særlig betydning for mændenes måde at udfylde faderrollen på, der peges f.eks. på arbejdsliv, maskuline normer, tradition, social klasse og familiepolitiske rammer.

Som jordemoder igennem mere end 25 år, der har fulgt de nye familier, har jeg syntes at kunne iagttage, at nogle mænd føler afmagt og frustration overfor den forventning og det ansvar, der er forbundet med at blive far, og det kan komme til udtryk på mange forskellige måder, hvilket det indledende afsnit er ét eksempel på.

Selvom der initialt foreligger et ønske om at få et barn hos manden, så kan ambivalensen imellem tilknytning og autonomi være svær at formå, hvilket kan komme til udtryk på forskellige måder. Svangerskabet er en periode præget af illusioner, men også af lidelse. I praksis oplevede jeg, som fagperson, den særlige udfordring, at de profylaktiske foranstaltninger i forbindelse med opsporing af udvikling af depressive symptomer perinatalt, er fastlagt fra Sundhedsstyrelsens side (sst.dk), uden hensyntagen til, at mænd og kvinder kan udvise forskellig adfærd og behov, hvis de udvikler psykiske problemer i forbindelse med transitionen til forældreskabet. Forskning om perinatal depression har en dyb forankring i kvinders oplevelse af deres depressive symptomer i forbindelse med svangerskab, fødsel og postpartum³ og har derfor hovedsageligt beskæftiget sig med transitionen til moderskab og perinatal depression hos kvinder.

Til trods for en signifikant prævalens, peger forskellige forskere på, at det er sandsynligt, at de i forskningen nævnte procentsatser under- repræsenterer den sande prævalens, da der meget vel kan være tale om en kønsbestemt kontekst hos mænd, der ikke rapporterer depressive symptomer, hvilket fører til en underrapportering og

³ Postpartum: tiden efter fødslen

deraf følgende underdiagnosticering (Chhabra et al. 2020; Wells & Aronson, 2020; Madsen, 2017).

Mændenes adfærd og mestringsstrategier, der kan adskille sig fra kvinders måde at reagere på, betyder at mange mænd ikke modtager adækvat hjælp (Madsen, 2017). Manglende klinisk opmærksomhed i forhold til mænds transition til faderskabet kan have katastrofale følger for manden selv, det nyfødte barn og for parforholdet (Wells & Aronson, 2021; Madsen, 2017; Musser et al., 2013) i særdeleshed, når depressionen forbliver ubehandlet (Cuijpers, Weitz, Karyotaki, Garber & Andersson, 2015).

Min oplevelse fra praksis er, at paternel perinatal depression er stigmatiserende og tabubelagt. At overvældende og /eller negative tanker og følelser om faderskabet ikke vinder indpas i samfundet. Jeg oplever desuden en reel distancetagen hos mange forældre i transitionen til forældreskabet overfor paternel perinatal depression, hvilket, taget i betragtning af, at det kan blive aktuelt hos helt normalt fungerende, i øvrigt sunde og raske fædre, er en uheldig tendens. Denne tabuisering medfører at fædre flygter fra- og skjuler deres lidelser og symptomer, og det er svært for dem at bede hjælp.

For at kunne forstå fædre, der har udviklet en perinatal depression er det nødvendigt at forstå og reflektere over mænds forældreskab; den forandring eller det ideal om et involveret faderskab, der har udspring i den markante ændring i den traditionelle mandlige forsørgerrolle (Brandth & Kvande, 2003). Og stille spørgsmål som: Hvilken spejling kan manden gøre i forhold til sin egen far, i forhold til sig selv som far, hvilke relationelle kompetencer besidder han? Hvordan er mænds reaktionsmønster særligt og hvad kræver det af tilgangen til dialog med manden i forhold til interventioner? For at møde faderen, der har udviklet en perinatal depression er det nødvendigt både at bygge på en indsigt i og forståelse af fænomenet perinatal depressions natur og de særlige problemstillinger, der er knyttet til lidelsen, når den rammer en far. Det kræver en indsigt i de psykologiske aspekter, som gør et individ sårbart for udvikling af psykisk sygdom.

Den faglige beskrivelse af perinatal depression hos fædre i Danmark, har ifølge Madsen, Lind & Munck fundet sted i de seneste ca. 15 år (2002). Videnskabelige

undersøgelser af forekomsten er i Danmark gennemført og publiceret inden for de seneste 10 år (Madsen & Juhl, 2007). Det vidner om et relativt nyopdaget fænomen.

Der er stadig brug for at kortlægge aspekter af ætiologien omkring perinatal depression hos fædre. Den videre udforskning vil kunne bidrage med en yderligere indsigt i- og erkendelsesudvikling i forhold til selve den perinatale depressions kerneproblematikker, og dermed tillige bidrage til uddybning af vores forståelse af perinatal depression hos mødre.

Fænomenet paternel perinatal depression er relativt sparsomt undersøgt (Madsen, 2017; Chhabra et al., 2020), hvilket efterlader et behov for mere viden på området. Forskellige videnskabelige forskningsretninger kan antageligt bidrage med viden, der kan supplere den allerede kendte viden på området, og som kan vise nye prædikative faktorer for den enkelte fars risiko for at udvikle lidelsen. F.eks. kan det udviklings traumatologiske perspektiv bidrage med viden og indsigt i de konsekvenser det kan have for fædre der fødes med en genetisk sårbarhed, og/eller fædre, der har aversive barndomsoplevelser⁴ (herefter ACE), som en internaliseret del af sig, i forhold til risikoen for at udvikle paternel perinatal depression.

Eller faderen, som i spørgsmålet om hvorledes han skal være far, skal forholde sig til i sin transition til faderrollen, at der ikke er brugbare traditioner han ønsker at vende sig imod, samt at skulle forholde sig til et nyt faderideal.

Disse yderligere tiltag vil fremme forståelsen for faderen i transitionen og lede os til en for faderen tryk, empatisk og adækvat måde at intervenere med det enkelte individ på. Det foregående leder til følgende problemformulering:

Problemformulering

Hvordan kan et sociokulturelt perspektiv og et psykologisk perspektiv forklare paternel perinatal depression?

Hvilke implikationer vil en integration af disse perspektiver i en udviklingstraumatologisk forståelsesramme have for måden vi forstår og intervenserer med den enkelte far på?

⁴ Aversive Childhood Eksperience ACE: Et begreb som udspringer af ACE studierne, foretaget i Californien i 1995-1997, som henviser til belastende oplevelser i barndommen, dels vedvarende belastninger dels traumer.

Sammenfatning af problemstillingen

Problemformuleringen er udfærdiget på baggrund af viden om allerede eksisterende teori og kendskab til eksisterende forskning, som beskriver perinatal depression hos fædre set fra forskellige perspektiver, og som understreger vigtigheden af at intervenere og diagnosticere adækvat. Fædre der udvikler den alvorlige psykiske lidelse, som perinatal depression er, har krav på den nødvendige hjælp, men også at der sker en reduktion i et evt. stort mørketal, og dermed en gruppe mænd der har en udiagnostiseret og dermed ubehandlet lidelse, som kan have voldsomme konsekvenser individuelt, for familien og for barnet.

Paternel perinatal depression har tilnærmelsesvist samme prævalens som maternel perinatal depression (Ekin, Nuray & Serka, 2016; Underwood, Waldie & Peterson, 2017). På trods af dette faktum, findes der væsentligt mindre forskning indenfor dette felt. Formålet med dette speciale er at opnå bedre indsigt og forståelse for, hvordan udviklingen af paternel perinatal depression ætiologisk og fænomenologisk kommer til udtryk.

Selvom lidelsen medfører adskillige alvorlige konsekvenser for individet, familien og ikke mindst spædbarnet, så har vi stadig kun begrænset viden om fænomenologiske og ætiologiske perspektiver på fænomenet.

Det er væsentligt at forstå og få erfaringer med, lidelsens dynamik og hvilke implikationer paternel perinatal depression medfører i det hele taget, således at både profylakse, identificering og behandling af fædre kan udvikles.

Fokus i dette speciale er derfor at anskue perinatal depression hos fædre fra to perspektiver; det sociokulturelle perspektiv og diatese-stress perspektivet, for på den vis, at udfolde den palet af viden, der findes om paternel perinatal depression endnu mere, med henblik på at øge indsigten ikke blot hos befolkningen generelt, men i særdeleshed hos de kommende nye familier og de fagprofessionelle, således at fædre kan se en mening med vigtigheden i at søge støtte og hjælp med at håndtere en så alvorlig psykisk lidelse.

Afgrænsning

De to perspektiver, det kulturelle perspektiv og diatese-stress perspektivet er begge meget omfangsrige og komplekse perspektiver, der i dette speciale vil være for omfattende at give en fyldestgørende analyse på. De dele af perspektiverne der vil være fokus på her, er udvalgt fordi de består af dele af det kompleks af essentielle komponenter, der har stor betydning for transitionen til faderskabet i forbindelse med den psykiske udvikling og påvirkning der sker hos manden, og som kan udgøre en potentiel risiko for at han udvikler paternel perinatal depression.

Disposition

Specialets udformning består af fire overordnede kapitler. Det indledende afsnit omfatter en beskrivelse af interesse for emnet og dets relevans, som danner grundlag for dette speciale.

Dernæst udfoldes og præsenteres et deskriptivt afsnit om den såkaldt konventionelle forståelse af depression. Afsnittet vil således præsentere depression, som det forstås inden for den psykiatriske verden - altså set fra det diagnostiske perspektiv.

Definitionen vil være ud fra den diagnosemanual som World Health Organisation (WHO) har udarbejdet: ICD-10/11⁵. Efterfølgende vil der være en præsentation af specifikke subtype perinatal depressioner, også set ud fra ICD-11's diagnostiske måde anskue lidelsen på. Redegørelserne vil være korte og konkrete. Slutteligt vil der, med et kritisk perspektiv argumenteres for alternative tilgange til perinatal depression med henblik på at øge forståelsen for lidelsen.

Den analytiske del vil være den bærende del af specialet. Her præsenteres de to perspektiver: det sociokulturelle perspektiv og diatese-stressperspektivet, som hver især og samlet kan udgøre en ætiologisk udviklingstraumatologisk vinkel, omkring fænomenet perinatal depression hos manden i sin transition til forældreskabet. Det udforskes i forhold til prædikative forhold, der øger den potentielle risiko for udvikling af paternel perinatal depression.

⁵ ICD-10/11: ICD-10 er den version af diagnosemanualen som er gældende indtil januar 2022, hvor den 11. reviderede version træder i kraft (sundhedsdatastyrelsen.dk). Manualen anvendes i Europa, Asien mm.

Der vil belyses en karakteristik af nogle af de væsentlige sociokulturelle faktorer, som kan have indflydelse på manden i hans transition, hvor en mangel på navigationssystem i forhold til faderrollen i dag er aktuel, dels for manden som individ og dels for det professionelle team omkring de kommende forældre. Desuden beskrives en dissonans imellem faderskabsideal og de samfundsmæssige vilkår, som er gældende for faderskabet i Danmark. Diskursen der har hegemoni omkring maskulinitet og psykiske problemer hos mænd er vigtige parametre at folde ud i forhold til den livskrise⁶ det er at blive far. Ligesom kulturelt indlejrede mønstre om faderrollen der kan videreføres transgenerationelt bliver tydelige i denne periode af mandens liv, og som udgør en potentiel faktor i forhold til at udvikle paternel perinatal depression.

Diatese – stressperspektivet, hvor iboende genetiske faktorer og ACE kan påvirke individet med en sårbarhed overfor forskellige former for belastninger senere i livet, f.eks. i forhold til en potentiel risiko for udvikling af paternel perinatal depression (Harder, Jacobsen, Kjøppe, Lunn, Mathiasen & Væver, 2008).

Tredje afsnit vil rumme en kobling af de to perspektiver, på baggrund af de to foregående afsnit. Opdelt i underafsnit, vil perspektivernes forskelligheder og eksempler på, hvorledes perspektiverne supplerer hinanden, analyseres.

Sammenligningen af perspektiverne vil ske set ud fra det niveau individet eksponeres på, her overvejes iboende faktorer, som afstedkommer en øget sårbarhed for individet, samt den timing hvormed eksponeringen sker, dvs. effekten af den tidlige eksponering i fosterstadiet eller barndommen versus den senere eksponering i voksenlivet. Den måde hvorpå de to perspektiver gensidigt supplerer og nuancerer hinanden, vil blive argumenteret for ud fra forskellige begreber som forekommer i forbindelse med begge perspektiver, f.eks. transgenerationelt- interrelationelt - og intrarelationelt perspektiv. Et tredje perspektiv vil her være relevant at inddrage, nemlig det dynamiske perspektiv i form af den udviklingspsykologiske optik, da der er en overlapning med de to øvrige perspektiver.

⁶ Livskrise: en psykisk belastning/stressor, som uanset om det, der udløser en belastning, er en ønsket eller uønsket begivenhed.

Desuden vil beskyttende og vedligeholdende faktorer eksemplificeres og individets resiliens vil indgå i argumentationen for modificerende faktorer, der f.eks. kan implementeres i fremtidig opsporing, profylakse og behandlende intervention af paternel perinatal depression.

Anvendelsen af det sociokulturelle perspektiv og diatese-stressperspektivet i kombination vil føre til at give en bedre forståelse for mænd i transitionen, og på den vis besvare specialets problemformulering.

I syntesen undersøges, om der kan bygges bro imellem de to perspektiver? Mandens identitet, der kommer indefra, kan vise sig at være en slags omdrejningspunkt for fremtidig intervention i forbindelse med paternel perinatal depression. Hans identitet udgør nemlig en kerne i transitionen til faderskabet, idet transitionen er identitetsforandrende, hvilket kan medføre psykiske ubalance.

Specialet afsluttes med en konklusion, hvor specialets indhold og væsentligste pointer opridses i forhold til at konkludere på den opstillede problemformulering. Derefter vil jeg kort i perspektiveringens skitser forslag til intervention i relation til det behandlede fænomen, samt vinkler af paternel perinatal depression der fremtidigt synes interessante at undersøge.

Baggrund/gennemgang af feltet

Følgende afsnit er en kort og overordnet redegørelse af forståelsen af lidelserne depression og perinatal depression, som den er i dag. En kortlægning, som er nyttig i forhold til en udfoldelse af alternative tilgange til forståelse af paternel perinatal depression, og dermed en større indsigt i forskningsfeltet. Afsnittet har til formål at give læseren et billede af på hvilken måde den psykiatriske lidelse depression kommer til udtryk, og hvorledes lidelsen skal forstås i klinisk samt i diagnostisk forstand, hvilket har stor indflydelse på kulturen og diskursen omkring depression i dag (Møhl & Simonsen, 2010). Den konventionelle tilgang er baseret på de internationale klassifikationsmanualer ICD-10/11 og DSM-5⁷.

⁷ DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders udarbejdet af American Psychiatric Association (APA). Amerikansk diagnosemanual, anvendes i syd- og nord Amerika, Australien samt Canada. 5. udgave.

Dernæst præsenteres og beskrives perinatal depression, som lidelsen opfattes inden for den kliniske og diagnostiske psykiatri i dag. Perinatal depression er en subtype af depression og rammer både kvinder og mænd. Indtil for ganske nylig har perinatal depression ikke haft en officiel diagnostisk kode i klassifikationssystemerne ICD-10 eller DSM-5, hvilket er ændret i ICD-11.

Afsnittet skal primært betragtes som et sammenligningsgrundlag og være grundlag til en forståelse, som kan supplere den perspektiverende tilgang dette speciale præsenterer.

Med specialets fokus specifikt på fædre, vil mødre alene nævnes sparsomt, f.eks. i forbindelse med tydeliggørelse af kønsspecifik forskel.

Depression

Depression er en hyppig og meget alvorlig psykisk sygdom. Udover selve den umiddelbare lidelse, som depression medfører, kan den også påvirke individets kognitive evne, hukommelse samt koncentrationsevne.

Diagnosen depression dækker over et bredt spektrum af psykisk lidelse, fra lette forbigående tilstande til svære livstruende sygdomme. Det er omfanget og sværhedsgraden af det symptombillede individet udviser, der afgør, om der er tale om en depression (Gerlach, 2014). Hver femte dansker rammes af depression, lidelsen der påvirker individet både psykisk og somatisk. Epidemiologiske studier viser, at kvinder har en livstidsrisiko for svær depression, der er dobbelt så stor som hos mænd med en øget kønsforskel i kvindens reproduktive år (Colodro-Conde et al., 2018; Soares & Zitek, 2008; Livslinien), og denne kønsforskel er stabil på tværs af forskellige sociokulturelle og økonomiske baggrunde (Bromet et al., 2011).

Den fundamentale forstyrrelse, de psykiske symptomer, er et sænket stemningsleje, dvs. tristhed eller fravær af følelser, der ofte er ledsaget af en række forandringer kognitivt, emotionelt, motivation, adfærd og kropslige reaktioner. Verden perciperes anderledes end tidligere hos individet, hvilket medfører et nedsat aktivitetsniveau (Videbech, 2004). Symptomerne varierer fra individ til individ. Nogle er triste, modløse og har koncentrationsbesvær. Andre igen kan blive irritable og opfarende. Individets evne til at fungere som vanligt ændres og vedkommendes sfære påvirkes

og begrænses, som følge af en depression. Varigheden af en depression er oftest 3-12 måneder, og lidelsen medfører svær reduktion i livskvaliteten og øger risikoen for selvmord.

World Health Organisation (WHO) vurderer, at depression ligger på en fjerdeplads blandt de ti mest alvorlige sygdomme i verden, når man regner ud, hvor stort et tab af livskvaliteten og leveår en sygdom medfører. WHO forventer tillige at depression inden 2030 er den største sygdomsbyrde i verden (WHO; Galea & Frokjaer, 2019).

Fakta om depression

- 125.000 har en moderat til svær depression
- 75.000 har en let depression
- Depression rammer dobbelt så mange kvinder som mænd
- Depression er nogenlunde lige udbredt i alle kulturer og lande
- Depression koster årligt samfundet 10 milliarder kroner
- Der er 20 gange større risiko for selvmord hos individer med depression end hos den øvrige befolkning

(Gerlach, 2014)

Et studie fra Danmark har vist, at livstid prævalensen for depression er 16 % for kvinder og 9 % for mænd (Pedersen et al., 2014).

Det betyder, at udvikler vi ikke selv en depression, så vil vi med stor sandsynlighed være vidne til nogen i den nærtstående familie eller venner, der rammes af lidelsen. Desuden er depression en lidelse, der er præget af recidiv. Ca. 70% af de personer, der har haft en depression, vil med stor sandsynlighed få recidiv. Risikoen for nye depressionsperioder stiger med antallet af tidligere depressioner (Kessing & Miskowiak, 2017; Videbech, 2004)).

Symptomer

Depressionens symptombillede i den diagnostiske klassifikations manual er en beskrivelse af den ændrede adfærd, som beskrives som karakteristisk i forbindelse

med lidelsen. Dette symptombillede danner baggrund for den psykologiske og/eller psykiatriske intervention som tilbydes individet.

Depression rammer bredt i forhold til en persons normale funktionsniveau. Den påvirker både psykologisk og fysiologisk, idet det emotionelle, fysikken, kognitionen, adfærden og motivations- niveauerne bliver inkluderet. Flere af de depressive symptomer er genkendelige for de fleste mennesker. Det er helt almindeligt at føle sig lidt trist indimellem, mangle lyst og energi eller have lette søvnproblemer. For at der er tale om en klinisk depression, skal kriterierne i WHO's internationale klassifikationssystem (ICD-10) være opfyldt, dvs. symptomerne have en vis sværhedsgrad, der skal være et vist antal symptomer til stede, og de skal have varet det meste af tiden i mindst 14 dage (sst.dk., 2007).

Symptomerne på depression opdeles i kernesymptomer og ledsagersymptomer. Man skal mindst have to ud af tre kernesymptomer for at have en depression.

Ledsagersymptomerne opleves i større eller mindre grad alt efter sværhedsgraden af depressionen.

Kernesymptomer:

- Nedtrykthed
- Nedsat lyst eller interesse
- Nedsat energi og / eller øget træthed

Ledsagersymptomer:

- Nedsat selvtillid eller selvfølelse
- Selvbekyndelse eller skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord
- Tænke- eller koncentrationsforstyrrelser
- Ophidselse/vrede eller det modsatte: hæmning
- Søvnforstyrrelser
- Appetit- og vægtændring

(Sundhedsstyrelsens Referenceprogram, 2007)

Sværhedsgrader af depression

Depressionens alvor inddeles i sværhedsgrader når den omtales diagnostisk. Her følger en kort beskrivelse af let, moderat og svær depression:

Let depression: Ved den lette depression er der mindst to kernesymptomer og to ledsagesymptomer til stede. Individets livskvalitet er nedsat, alligevel er individet med en let depression i stand til at passe arbejde og fritidsaktiviteter som vanligt. Er depressionen let går uden behandling over af sig selv (Psykiatrifonden.dk)

Moderat depression: Ved en moderat udgave af depression er der mindst to kernesymptomer og fire ledsagersymptomer til stede. Det er vanskeligt for individet med en moderat depression at få sit liv, med arbejde, familie og fritidsaktiviteter til at fungere normalt. Moderat depression bør behandles enten psykologisk eller medicinsk.

Svær depression med eller uden psykotiske symptomer: Ved svær depression er alle tre kernesymptomer til stede, samtidigt er der mindst fem ledsagersymptomer. Individer med svær depression kan ikke få hverdagen til at fungere. Det er en yderst pinefuld tilstand at være i for den enkelte, der er mange symptomer og tanker. Tanker der også kan være suicidale. Der kan være vrangforestillinger og hallucinationer, som en del af den psykose, som individet kan komme i (WHO ICD-10, 2018; Psykiatrifonden.dk)

Diagnose klassifikationssystem

Idet afsnittets primære hensigt er at skabe en grundlæggende forståelse for de klassiske diagnosemanualer og deres form, er dette afsnit en kort og overordnet redegørelse for, hvorledes den officielt definerede diagnose på depression fremkommer. Forståelsen af depression, som danner grundlag for dels henvisning og dels behandlingen i Danmark, baserer sig på WHO's ICD-manual (sst.dk, 2007).

I USA, Canada og Australien anvendes diagnosemanualen DSM-5, som er udviklet af APA. Begge klassifikationssystemer er i deres kliniske og diagnostiske vejledning ateoretiske. De bygger på den nyeste viden om forstyrrelserne og diagnostiske krav i form af sammensætning og antal af specifikke symptomer, som udgør de enkelte diagnoser. Diagnosemanualerne er ligeledes begge hierarkisk opbygget, således

nogle diagnoser udelukker andre. Symptomatologien i depressionen og de generelle diagnosekrav er grundlæggende ens i de to diagnosemanualer. Begge klassifikationssystemer er kategoriale, hvilket vil sige at der er kvalitative forskelle på de forskellige kategorier. I ICD-10 hører depressive tilstande under kategorien ”affektive lidelser” (Møhl & Simonsen, 2010).

Klassifikationssystemerne er opbygget af en lang række koder, som alle har til formål at skabe mulighed for, internationalt at kunne sammenholde datagrundlag, med henblik på, at kunne planlægge adækvat behandling for patienten. De diagnostiske klassifikationssystemer ICD-10 og DSM-5, begrænser sig til at beskrive depressiv lidelse udelukkende ved hjælp af sæt af symptomer. Diagnoserne beskriver derfor ikke andre perspektiver af den psykiske lidelse som f.eks. de fænomenologiske og ætiologiske perspektiver, som har været medvirkende faktorer i udvikling af symptomer.

Subtyper af depression

Som det fremgår af prævalenstallene beskrevet ovenfor, er depression en meget udbredt psykisk lidelse. Det er samtidig også en meget heterogen psykisk lidelse, hvilket har givet anledning til opdeling i forskellige subtyper af depression. Nogle subtyper er baseret på særlige symptomprofiler, hvor andre er defineret ud fra deres timing eller udløsende faktorer. Som eksempel på en subtype baseret på symptomatologi er depression, som indgår som en del af en bipolar affektive sindslidelse. Her har personen udover depression, episoder af mani, hypomani og /eller blandingstilstande, hvor maniske og depressive symptomer er til stede på samme tid eller veksler meget hurtigt inden for samme døgn. Symptomerne i den bipolare depression svarer til de symptomer, der er beskrevet i afsnittet ovenfor. Unipolar depression forekommer, hvor sygdomsforløbet udelukkende har været en eller flere episoder med depression, og uden hypomane eller maniske symptomer (stt.dk, 2007).

Et andet eksempel på en subtype af depression baseret på symptombilledet er agiteret depression: Denne form for depression rammer både kvinder og mænd. Adfærden bliver, i modsætning til den mere almindelige depression, mere udadrettet og aggressiv. Personen føler sig tom, udbrændt, stresset, irriteret, frustreret, aggressiv,

rastløs og ubeslutsom. Agiteret depression fører ofte til selvskade i form af misbrug af alkohol eller stoffer, og mange kommer ikke i behandling for depression, da hverken de selv eller deres omgivelser har mistanke om, at det er en lidelse som depression, der er på spil (sst.dk., 2007).

Som endnu et eksempel på en subtype af depression, som er defineret ud fra dets timing er netop perinatal depression, som er dette speciales omdrejningspunkt. Denne subtype vil beskrives i det følgende afsnit.

Perinatal depression

Når et barn fødes, ”fødes” der også en mor og en far, som kommer igennem en omvæltende identitetsmæssig, psykisk og social proces, som kan munde ud i en perinatal depression hos den ene eller begge parter.

En perinatal depression er en ”alvorlig behandlingskrævende krisereaktion” (Madsen, 2017), der ikke inkluderer kriser, der i øvrigt kan opstå perinatalt, som f.eks. fødselstraumer, fødsel af dårligt barn, med mere. Det er en heterogen psykisk lidelse, som kan udfordre både kvinder og mænd i deres transition til forældreskabet (Galea & Frokjaer, 2019).

I det følgende afsnit redegøres for de kliniske og diagnostiske elementer, som perinatal depression defineres efter i dag i behandlingssystemet. Symptombilledet er mange facetteret og samlet nedsætter det livskvaliteten for både individet og familien, samtidigt med, at det nedsætter funktionsevnen væsentligt hos individet for en periode.

Afsnittet her er udformet med henblik på at give et indblik i, efter hvilken standard der udvikles; opsporing, profylakse og interventioner af perinatal depression i Danmark i dag.

Definition

Der findes ifølge Scarff ingen universel definition af perinatal depression. Han vælger at definere lidelsen, som en psykisk lidelse, der spænder fra mild forbigående perinatal depression til major depressiv lidelse, af en hvis, men afgrænset varighed-

der går fra flere uger til mange måneder, i forbindelse med fødslen af et barn. Lidelsen kan initiere allerede i løbet af graviditeten, men identificeres oftest postpartum; kort efter, uger efter eller måske måneder efter at barnet er født, hvor det bliver tydeligt, at moderen eller faderen lider og ikke har det som forventet (2019). Scharff inkluderer både kvinden og manden i sin definition af perinatal depression. Andre forskere er kommet med deres bud på en definition af perinatal depression. Madsen (2017), definerer f.eks. perinatal depression således:

Fødselsdepressionen er en relationel lidelse, der er brudt ud under svangerskab og/eller efter fødslen, og som ligger inden for kategorierne alvorlig behandlingskrævende krisereaktion (hvor der ikke foreligger et så alvorligt traume, at dette i sig selv skaber krisen uafhængigt af de perinatale dynamikker), neurotiske lidelser/ angsttilstande, affektive lidelsesformer, samt med enkelte elementer fra gruppen af psykotiske reaktionsmønstre som f.eks tanke- og perceptionsforstyrrelser.

Citat (Madsen, 2017)

Ifølge Scarff defineres perinatal depression, som en lidelse der, lige som den klassiske depression befinder sig på et kontinuum, og hvor timingen er definerende for denne subtype. Perinatal depression er ifølge Scharff forbundet med stor lidelse for den der udvikler sygdommen på et tidspunkt i livet, hvor man forventer at være glad og lykkelig.

I Madsens definition er det en lidelse, der er defineret på sin timing i individets liv: transitionen til forældreskabet. Udover de klassiske depressive træk, peger han på et element af relationelle deficit, samt et billede af den depressive ændrede perception af verden.

Symptomatologi

Det der definerer perinatal depression som en subtype af den klassiske depression er timing, dvs. tidspunktet for debut af perinatal depression er i perioden omkring det at få et barn.

Symptomerne ved perinatal depression er meget identiske med de karakteristiske elementer fra den klassiske depressions diagnose symptomer; nedsænket stemningsleje, nedsat energi og nedsat aktivitetsniveau, søvnløshed. Kumulativ belastning som f.eks. forstyrrede døgnrytme, identitetsforvirring, øget ansvar, som nye forældre oftest har pga. det nyfødte barn korrelerer positivt med depressive symptomer hos både kvinder og mænd (Scarff, 2019).

Fysiske symptomer der ofte optræder sammen med perinatal depression kommer til udtryk som angst og agitation i form af rumination og obsessive tanker om barnet eller graviditeten f.eks. kvalme, svimmelhed, trykken for brystet og en generel utilpashed, samt andre symptomer, som rastløshed, nervøsitet, panikangst, mærkelige følelser og tanker om barnet, kan opstå. Denne rumination om forælderrollen kan være vældig plagsom og koblet til skam og frygt - og ikke mindst selvhad, idet det kan være tanker om f.eks. at gøre skade på barnet eller glemme barnet et sted. Dette er tanker, der er en del af ruminationen, de er ufrivillige og hos nogle kommer tankerne som "flashbacks" / indtrængende billeder, som personen ikke kan kontrollere. Tankerne har ofte et tvangsmæssigt præg (kan være komorbid OCD), og tankerne og forestillingerne ledsages i de fleste tilfælde af voldsom angst, som igen kan medføre undgåelse af f.eks. kontakt med barnet. I værste fald kan tanker om at gøre det forbi, altså suicidale tanker, opstå.

I en artikel af Kim & Swain beskrives biokemiske ændringer hos manden i perinatal perioden. Endokrine ændringer, der kan prædisponere faderen for depression, er ændringer i hypothalamus-hypofyse-aksen (HPA-aksen), oxytocin og testosteron niveauer samt prolactin niveauet. Alt sammen ændringer, som muliggør udvikling af paternel perinatal depression eller som kan forværre allerede eksisterende symptomer (2007).

Der kan være subtile og manifesterede kønsforskelle i debut, og den måde perinatal depression kommer til udtryk hos kvinder og mænd (Scarff, 2019). Et fællestræk for de tanker og følelser, der er hos individet med perinatal depression, er dog koncentreret om det at være et par, hvor udfordringer med mentaliseringsevnen kan medføre parforholdsproblemer. Tanker og følelser om barnet og om individets egen opvækst og relationelle forhold til vedkommendes primære omsorgspersoner. Desuden involverer en depression i forbindelse med det at blive forældre i meget høj

grad relationen til barnet, idet individets mentaliseringsevne nedbrydes (Gullestrup & Terp, 2008).

Adfærdsmæssige symptomer

Hvad angår paternel perinatal depression peger Madsen (2017) på et atypisk heterogent symptombillede, som både kan være indadreagerende, udadreagerende og tilbagetrækkende, hvor faderen trækker sig fra nære relationer. De maskuline symptomer kan også være sænket stresstærskel med affekt, aggressiv adfærd og endda vold, følelse af udbrændthed, tomhed og uforklarlig træthed og samtidig uro. Desuden kan manden også overvældes emotionelt, have ambivalens omkring tilknytning og autonomi og forsøge med flugt fra den psykiske smerte, der ofte fører til misbrug af alkohol / stoffer og/eller anden afhængighed eller risikabel adfærd (som f.eks. spil, tvangsmæssig brug af computer/mobiltelefon, vanvidskørsel eller ægteskabelige sidespring). Alt sammen symptomer, som hører med til udtrykket hos fædre, der udvikler lidelsen.

Det viser sig som værende overordentligt vanskeligt at vurdere, om en far udvikler depressive symptomer, idet han kan virke mere vred og ængstelig end trist (Melrose, 2010). Ifølge Madsen (2017) er det mandens ændrede adfærd, der gør at andre omkring ham, kan se at han har det dårligt. Anderledes er det med kvinder, der oftest taler om det, når de har det dårligt.

Den definition, som Madsen benytter på perinatal depression og som er præsenteret tidligere i afsnittet, er definitionen der danner afsæt i Danmark, når der arbejdes med paternel perinatal depression. Den er i udgangspunktet i overensstemmelse med definitionen af postnatal⁸ depression i den engelske forskning og postpartum⁹ depression og maternel perinatal depression i den amerikanske terminologi. Den brede definition er derfor i overensstemmelse med, hvad der tages udgangspunkt i, i resten af verden, når det vedrører forskning af paternel perinatal depression. Dog er de prænatale symptomer på paternel perinatal depression, ifølge Madsen, endnu ikke anerkendt, ej heller i Danmark, på trods af stigende forskning på området. Den

⁸ Postnatal: engelsk udtryk for ”efter fødslen”

⁹ Postpartum: amerikansk udtryk for ”efter fødslen”

psykiske udviklingsproces, der udfolder sig i transitionen til forældreskab, er en dynamisk proces, hvor de psykiske forstyrrelser kan udvikles og komme til syne når som helst i forløbet (2017).

Faiberg, Adelson og Shapiro, tegnede tidligt et fint billede af netop de dynamiske processer i transitionen i deres beskrivelse "Ghosts in the nursery" (1974). De beskriver med alene titlen, at ubearbejdede ubevidste traumer fra fortiden dukker op i forbindelse med transitionen til forælderrollen, og sniger sig som et spøgelse ind i bevidstheden på den nye forælder, kræver deres opmærksomhed, og slører dermed opmærksomheden på barnet.

Der findes ikke en selvstændig diagnose til diagnostisering af perinatal depression i den officielle diagnose-klassifikationsmanual DSM-IV, lidelsen klassificeres under den klassiske depressions diagnose. I ICD-11 versionen af diagnosemanualen er perinatal depression opført selvstændigt under koden "6E20" (icd.who.int). Koden beskriver et syndrom, der associeres med den perinatale periode, der involverer signifikante mentale og adfærdsmæssige kendetegn, der som oftest er depressive. Det indikerer muligheden for, at lidelsen kan indeholde andet end depressive symptomer, som f.eks en relationel vinkel (Madsen, 2017).

Prævalens

Forekomsten af perinatal depression er ifølge Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford og Harris, hyppig med en prævalens på ca. 12% hos kvinder (2017). Andre studier viser, at mindst 10% af alle nye mødre udvikler perinatal depression inden for det første år efter fødslen (Cox, Holden, & Henshaw, 2014).

Et dansk registerstudium (N=750.127) har undersøgt kvinder, som debuterede med en psykiatrisk lidelse (angst, bipolar, psykose og ikke mindst perinatal depression) perinatalt. Studiet viste at, når man føder sit første barn, øges risikoen for at debutere med en psykiatrisk lidelse, som f.eks perinatal depression signifikant (RR = 8.65). Risikoen er højest 10-19 dage postpartum. Andengangs fødendes risiko er højest 60-89 dage postpartum, ifølge forfatterne, og for tredjegangs + fødende gælder, at her er risikoen ikke ændret i forhold til anden gang (Munk-Olsen, Jones & Lauersen, 2013; Munk-Olsen & Agerbo, 2015).

Forskellige studier giver forskellige estimater for prævalens – det skyldes bl.a. at der er en variation i, hvorledes perinatal depression defineres, samt ligeledes en variation i metoden benyttet i undersøgelsen (fx spørgeskemaer vs. diagnostiske interviews), og at man bruger forskellige tidsvinduer i forhold til lidelsens debut.

Munk-Olesen & Agerbo (2015) angiver i en undersøgelse på danske kvinder, som fødte deres første barn mellem 1997 og 2015, at én ud af fire kvinder, som debuterede med en psykisk lidelse i forbindelse med første barn, vil få tilbagefald ved andet barn. Samt af de kvinder, som fik tilbagefald ved andet barn, vil mere end halvdelen (58%) få tilbagefald ved tredje barn. Disse studier viser prævalensen af perinatal depression hos kvinder, lignende studier er endnu ikke lavet på mænd.

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangre omsorgen, der oprindeligt blev udgivet i 2009, og senere i en opdateret version 2. udgave i 2013, fremgår det at prævalensen for perinatal depression er fundet til at være omkring 12 % hos mødre op til ½ år efter fødslen og en del af mødrene har ikke en historik med depression (dvs. at den perinatale depression er deres depressions episode debut). Det er således svært at forudsige, hvem der vil udvikle lidelsen (psykiatrifonden.dk), men prævalensen angives her til at være ca. 6 % hos fædre (Sundhedsstyrelsen, 2013).

Ifølge Madsen (2017) viser de seneste opgørelser i Danmark at prævalensen for fædre er 7-8 % og for mødre 10-12% mødre årligt. Med 61.000 fødsler om året er der 4800 fædre og 7400 mødre eller 12.200 forældre, der potentielt årligt rammes af perinatal depression (dst.dk). Da der er nogle familier, hvor begge forældre rammes, kan vi regne med, at det er mindst 10.000 familier årligt, der potentielt berøres af fødselsdepression og hermed også 10.000 børn, samt deres eventuelle søskende.

Forskere i USA har fundet, at tallet for prævalensen af paternel perinatal depression måske snarere er 10 % (Paulson & Bazemore, 2010 & Cameron, Sedov & Tomfohr-Madsen, 2016; Wells & Aronson, 2020). De tal angiver, at der angiveligt er stort set lige så mange fædre, som mødre der vil udvikle perinatal depression. Faktisk, med en kvindelig partner, der lider af maternel perinatal depression, kan prævalensen af paternel perinatal depression være så høj som 24 % - 50 % (Goodman, 2004).

Forskning af perinatal depression er forankret i kvinders oplevelse af deres depressive symptomer i forbindelse med graviditet, fødsel og postpartum og har

derfor hovedsageligt beskæftiget sig med transitionen til moderskab og fødselsdepression hos kvinder.

Det betyder at en hel gruppe, nemlig fædre, som kan være sårbare på lige fod med kvinderne og hvor paternel perinatal depression, ifølge forskningen udgør en væsentlig risiko for den enkelte mand i hans transition til faderskabet, er oversete i den sammenhæng (Goodman, 2004; Scarff, 2019).

Årsager

Transitionen, den subjektive del af det at blive forældre, der forløber fra undfangelsen (evt. allerede initieret i planlægningsfasen) over graviditet og fødsel og ind i spædbarnstiden, er identitetsmæssigt og relationelt livsomvæltende og personlighedspsykologisk omfattende. Forskning viser, at både kvinden og manden i denne periode har høj risiko for at udvikle depression og andre psykiske problemer (Munk-Olsen et al. 2013). Der indgår forskellige dynamikker i transitionen, hvor regression og konfrontation med egen erfaring om tilknytning og primære omsorgspersoner, egen jeg-identitet i barndommen og identiteten som kommende forældre, for at nævne nogle. Der er evidens for at perinatal perioden er præget af forekomst af stærke psykiske reaktioner af mange forskellige slags og af deciderede psykiske forstyrrelser (Madsen, 2017; Scarff, 2019).

Ubearbejdede problemstillinger og konfrontationen med smertefulde konflikter og svigt, der kan udspringe af forældrenes egne erfaringer med tilknytningsstil i forhold til deres primære omsorgspersoner og i særdeleshed deres relation til deres forældre kan blive bevidstgjort i transitionen. Tanker og bevidste og ubevidste emotionelle reaktioner på ansvar og forandringer, som følge af forældreskabet, samt relationsdannelse til barnet, kan betegnes som stressorer¹⁰ i denne livskrise. Ifølge Madsen er det kerneårsagen til udvikling af perinatal depression hos kvinden eller manden (2017).

Forskning viser, at en af de faktorer, der er tungtvejende i forhold til om faderen udvikler perinatal depression er, hvis partneren udvikler lidelsen (Munk-Olesen et al., 2015). Den primære støtte, som faderen læner sig op ad i transitionen til

¹⁰ Stressor: påvirkning der forårsager frigivelse af stresshormoner.

faderskabet, ligger hos partneren (Siegel, 1999; Xu et.al., 2016), og vil ikke være til stede, hos en partner med perinatal depression. Omvendt viser et engelsk studie, at hvis faderen udvikler perinatal depression, så øges moderens risiko for ligeledes at udvikle lidelsen (Xu et al., 2016). Dermed påvirker det partnerne til alle de kvinder og mænd i ovennævnte prævalens estimat, som også kommer i potentiel risiko for at udvikle perinatal depression. Mange familier bliver ramt af den psykiske lidelse og kan endda blive ramt flere gange i takt med, at familien forøges.

Ensomhed og mangel på social kontakt spiller en væsentlig rolle i udviklingen af perinatal depression både hos kvinder og mænd. Generelt er ensomhed anerkendt som en alvorlig risiko for depression og psykisk mistrivsel¹¹ (Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010). Ensomhed hos mødre øger risikoen for utilfredshed med livssituationen og parforholdskvaliteten, hvilket også gør sig gældende for fædre (Wells & Aronson, 2021). Desuden viser deres studie, at flergangs faderen er i større risiko for at føle sig ensom og uden social støtte end førstegangs faderen, idet flergangs fædre, ifølge forfatterne, ofte mangler et stærkt socialt forældretnetværk, det til forskel fra mødre. Det er grunden til at flergangsfædre er meget afhængige af deres partner som støtteperson (2021). Et andet studie, der inkluderer mere end 200 førstegangsfædre identificerede uindfrie forventninger og utilfredshed med støtten fra professionel side, der inkluderer oplysning og education (Paulson, 2010). Fædre føler sig diskrimineret idet de ikke har adgang til undervisning og oplysning omkring fødslen og omsorgen for det nye spædbarn tilrettelagt på en måde, så det styrker faderen i transitionen til faderrollen. Manglende eller ringe forældreevne og self-efficacy omkring faderskabet, kan lede til at faderen ikke føler sig kompetent i forældre-og/eller partnerrollen, eller ikke oplever sig værdsat af sin partner (Wells & Aronson, 2021; Ekin et al., 2016).

Individets tolkning af situationen og vedkommendes valg af mestringsstrategier er betydningsfulde for, om der i forbindelse med en bestemt begivenhed eller livskrise, her transition til faderrollen, vil udvikles en psykisk lidelse (sst.dk, 2007). Perinatal depression er under indflydelse af forskellige faktorer, herunder især iboende sårbarhed overfor depression, men også resiliens spiller en væsentlig rolle (Oehlenschlager & Hansen, 2011).

¹¹ Mistrivsel: en længerevarende tilstand af nedsat energi og glæde til livet, som opstår af negative tanker og følelser.

Individets historik med ACE, psykiske lidelse, en partner med perinatal depression, neurotiske personligheds træk, ringe parforholdskvalitet og manglende social støtte, er grundlæggende tunge faktorer der øger faderens (og moderens) risiko væsentligt for at udvikle perinatal depression (Poromaa, Comasco, Georgakis & Skalkidou, 2017; Racine et al., 2021).

Perinatal perioden for faderen er igen mere kompleks end som så, idet den ligeledes kendetegnes ved mangler i den kønshormonelle status, såvel som i hypothalamus-hypofyse- binyre hormonerne (HPA-aksen) (Skalkidou, 2012). Fædre undersøges sjældent for endokrine forandringer (på baggrund af -) -i den reproduktive periode eller i forbindelse med transitionen til faderskabet, hvilket ifølge Duke primært skyldes, at adfærd som aggression, misbrug og antisocial adfærd påkalder sig større videnskabelig interesse i sig selv (2014). Desuden er mænd reproduktive i meget længere tid end kvinder, og er på den vis mere problematisk at afgrænse. Imidlertid er hormonelle påvirkninger kun delvist ansvarlige for depression. Genetisk sårbarhed, livserfaringer, personlighed, psykosociale faktorer og stress er med til at forme den individuelle risiko for depression i transitionen (Duke et al., 2014).

I tiden fra parret bestemmer sig for at kvinden skal være gravid og til ca. et år efter at barnet er født, altså den reproduktive periode, gennemgår parret individuelt og sammen en række potentielt stressede begivenheder, som hører til transitionen. Og her er svangerskab og fødsel og forælderrollen måske det mest fremtrædende. Selve familieplanlægningsprocessen går dog ikke altid glat; parret kan opleve forskellige udfordringer allerede i denne fase af transitionen til ”potentielle forældre”. Spontane og elektive aborter, perinataltab, infertilitet eller krævende fertilitetsbehandling, der kan strække sig over lange perioder (år). I en sådan periode vil kønsforskellen i prævalensen af depression for kvinde og mand være i forholdet 2:1 (Paulsen & Bazemore, 2010).

Matthey, Barnett, Ungere & Waters argumenterer for at en ætiologisk faktor som kan være prædiktør for at manden udvikler paternel perinatal depression er, hvis han er vokset op i en familie, der har givet ham et meget overbeskyttet liv (2000). Fra en psykologisk vinkel kan det f.eks. anskues, som et individ der ikke har udviklet en selvstændighed og kan være udfordret psykisk, og derfor vil transitionen til faderrollen kunne forekomme voldsom i forhold til ansvar og forventninger til ham.

Det er evident, at faderens tvivl på egen evner i forælderrollen er en væsentlig årsag til udvikling af perinatal depression hos faderen (Poromaa et al., 2017).

Der kan yderligere nævnes talrige faktorer kan medvirke til udviklingen af psykiske forstyrrelser perinatalt, f.eks. fysisk og/eller psykisk stress, særlig sårbarhed relateret til fødslen, obstetriske vanskeligheder, alder, parforholdsvanskeligheder, økonomi og social status, for blot at nævne nogle (Madsen, 2017).

Paternel perinatal depression er stigmatiserende og for de allerfleste menneskers vedkommende er det tabubelagt, at nogen mænd har det svært som ny fædre, fordi de overvældende og/eller negative følelser og tanker ikke er passende på et tidspunkt af de unge mænds liv, der er forventet at være en

af de lykkeligste perioder. Det er forbundet med tabu og uvidenhed, at de kommende forældre kan udvikle psykisk sygdom som perinatal depression, det på trods af at det kan blive aktuelt hos helt normalt fungerende, og tilsyneladende psykisk velfungerende individer. Symptomerne på perinatal tolkes ofte af venner og familie, som værende helt normale reaktioner for småbørnsforældre i en stresset periode. Dette kan medføre at fædre flygter fra- og skjuler deres lidelser og symptomer, og det er svært at bede hjælp (Chhabra et al., 2020).

Rating scales

Siden 1990'erne er nybagte mødre i Danmark screenet post partum for postpartum depression (sst.dk). Det benyttede instrument er Edinburgh Postnatal¹² Depression Scale¹³ (EDPS), en del af en traditionel depressionsskala, som er tilpasset gravide, f.eks. er spørgsmål vedrørende søvnmønster ekskluderet pga. det vigende søvnmønster der naturligt forbindes med svangerskabet og postpartum. Det er nationalt og internationalt det mest benyttede screeningsinstrument omkring perinatal depression. Selvrapporteringskemaet med 10 spørgsmål, som kan indikere om

¹² Postnatal er det engelske begreb for "efter fødsel", hvor postpartum er det amerikanske begreb.

¹³ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) er et spørgeskema udviklet til at prædikte eller identificere individer med depression postnalt

forælderen har depressive symptomer. Cut-off score er sat forskelligt hos kvinder og mænd, lavest hos mænd.

Screening fortæller om tilstande i individet, men ikke om ætiologien i forhold til tilstanden. Og ikke noget om forældreskabet i øvrigt. Screening er ikke en diagnosticering, men en risikovurdering som efterfølges af en samtale om relation (Madsen, 2017).

Pga. mænds atypiske symptomer i forbindelse med perinatal depression, er der en gruppe mænd, som ikke identificeres med EDPS. Her benyttes i stedet Gotland Male Depression Scale, der ligeledes er et selvrapporteringsværktøj, der er vurderet som validt i forhold til at identificere paternel perinatal depression (Sundmand.dk).

Konsekvenser

Madsen argumenterer for, at perinatal depression udfolder sig på tre niveauer; et individuelt, oplevelsen af barnet/samspelet og et relationelt i forhold til tidligere erfaringer (2017).

Individuelt: De symptomer, som individet med perinatal depression oplever, er både yderst smertefulde og voldsomme og omhandler forældreskabet. De intra- og interrelationelle emotionelle konflikter individet oplever kan medføre bl.a. rumination og angst. Sammen med en usikker identitet, kan det medføre hjælpeløshed, håbløshed, skyldfølelse, lavt selvværd, og vrede, tomhed og forladthed etc. I yderste konsekvens kan det medføre suicidale tanker (Madsen, 2017).

Oplevelse af barn/samspil: Allerede i den tidlige del af graviditeten oplever de fleste kommende forældre, at de danner en relation til barnet. Oplevelsen af og tankerne om at der venter et enormt ansvar i forbindelse med forælderrollen, kan danne kim for perinatal depression, allerede her. Kernemotivationen for mange i forhold til at få et barn, er den dybe relation og forbundenhed, der vil være hele livet i tilknytningen til barnet. Denne tanke kan for nogen være angstprovokerende og affektive og angstfyldte tanker, som f.eks. ikke at kunne opfylde barnets behov, kan opstå (Madsen, 2017).

Den betydning forældre har, f.eks på spædbarnets emotionelle og affekterende udvikling, den spejling og tilknytning, som er helt essentiel for barnet, bliver kompromitteret, når én eller begge forældre rammes af en psykisk lidelse som perinatal depression (Poromaa et al., 2017). Jo yngre barnet er desto større betydning, har det med nærvær og omsorg fra primære omsorgspersoner.

Deprimerede fædre viser mindre positiv og mere negativ adfærd og deres børn har en øget risiko for at udvikle emotionelle og adfærdsmæssige lidelser (Stein et al., 2014). Ifølge Kerstis et al. (2016) kan barnets tilknytning til primære omsorgsperson blive voldsomt påvirket ved perinatal depression og barnet har en stor risiko for utryk tilknytning, hvis begge forældre er deprimerede. Smith-Nielsen et al. (2016) argumenterer i deres studie for at effekten hos spædbarnet på kognitiv udvikling ses ved barnets 4 måneders alder, men ingen effekt ses når barnet er 13 mdr.

De nære relationer: Transitionen til forældreskabet repræsenterer en betydelig og for nogen, særdeles psykisk vanskelig periode, hvor gensidig støtte mellem de ny forældre er essentiel (Formica, 2018). Den efterspørgsel af støtte til hinanden, parret kan have hver især, kompromitteres hvis den ene part udvikler perinatal depression. Relationelle udfordringer kan være til stede før transitionen til forældreskabet, hos den ene eller begge parter. Det kan være noget mere permanent og individuelt, og er der ikke alene pga depressive symptomer. Parforholdskvaliteten kan blive udfordret maksimalt fordi forventninger om intimitet og nærhed, i en tid hvor parterne kan opleve utryghed og forvirring, udebliver (Chhabra et al. (2020). En høj grad af stress og vold i hjemmet kan ligeledes identificeres som konsekvenser af perinatal depression (Chhabra et al. 2020).

Følelsesmæssig kulde hos den kommende forældre kan opstå som følge af tilbagetrækning fra nære relationer. Høj ACE-score forudsiger misbrug/psykisk syge - depression /vold/overgreb. Aversive barndomsoplevelser vækker pinefulde erindringer og udfordrer transitionen til forælderrollen maksimalt (Madsen, 2017; Racine et al. 2020).

Komorbiditet

I forbindelse med paternel perinatal depression kan komorbiditet optræde i form af andre psykiske lidelser. Mænd der har udviklet perinatal depression kan opleve symptomer på generel angst (GAD) og posttraumatisk stresssyndrom (PTSD), ifølge

Scarff (2019). De kan desuden udvise symptomer på eller opfylde kriterier for obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD), som f.eks. kan komme til udtryk i de ruminationer de kan have om barnet (Scarff, 2019).

Ifølge (dp.dk) er der en vældig høj komorbiditet i forhold til misbrug. Det kan dreje sig om primært misbrug, hvor depressionen er sekundær, men det kan også dreje sig om sekundært misbrug, som følge af depressionen. Misbrug og depression forværrer prognose, varighed og suicidal risiko.

Differentialdiagnoser

Depression kan desuden være sekundær til en mere langvarig angstlidelse, og har her en dårligere prognose end primær depression (dp.dk). Angst lidelse, er en lidelse som mange mænd møder, i transitionen til faderrollen, hvilket udgør en væsentlig risiko for, at faderen kan udvikle en perinatal depression.

Med denne gennemgang af depression samt subtypen perinatal depression set igennem det psykiatriske klassifikationssystem ICD-10/11 præsenteres det kliniske værktøj, som benyttes til at diagnosticere og behandle depressionslidelsen ud fra. I det følgende vil læseren få en beskrivelse af to forskellige perspektiver, som kan udgøre en del af ætiologien omkring perinatal depression.

Analyse

Perspektiver på perinatal depression

En depressionsdiagnose i transitionen til forældreskabet siger ikke noget om de ætiologiske aspekter, som er en del af komplekset i den alvorlige psykiske lidelse, som paternel perinatal depression er. I lyset af dette, skues der her i afsnittet imod andre horisonter end de diagnostiske og kliniske, nemlig mod to forskellige perspektiver på årsagssammenhænge ved perinatal depression hos mænd.

I følgende afsnit redegøres for de to perspektiver, som jeg har udvalgt til at belyse paternel perinatal depression. Det ene perspektiv er det sociokulturelle perspektiv, hvor komponenter som f.eks. tradition, maskulinitet, arbejdsliv, normer, socialklasse, familiepolitiske rammer, juridiske samfundsmæssige forhold og den rolle samfundets

diskurs spiller for den nye far. Den udefra kommende påvirkning kan potentielt virke som stressor og kan dermed påvirke individets sårbarhed.

Diatese- stress perspektivet, hvor iboende sårbarhed udgør væsentlige dele af individets iboende fundament, kan blive udfordret i den transition manden gennemlever i forhold til faderskabet. Mandens iboende sårbarhed kan være helt afgørende for, om han ved eksponering af belastning potentielt kan udvikle perinatal depression (Madsen, 2017). Det er to perspektiver, som er meget forskellige i deres umiddelbare udtryk. De påvirker individet på forskellige niveauer og samtidigt komplimenterer de også hinanden, hvilket synliggør kompleksiteten i paternal perinatal depression.

Perspektiverne er i specialet ikke præsenteret eller søgt anvendt som endegyldige sande beskrivelser af fænomenet paternal perinatal depression, men som modeller, der hver især og samlet kan bidrage til en større indsigt i ætiologien af fænomenet.

Følgende redegørelse af de to perspektiver tilfører en måde at forstå forskellige bidrag fra det iboende og medfødte opvækstmiljø, samtidigt med hvilken påvirkning sociokulturelle faktorer har på individet.

Sociokulturelt perspektiv

Kultur kan opfattes som et sæt karakteristiske mønstre af f.eks. normer, diskurs og adfærd, som deles af en gruppe individer, og som har til formål at regulere deres daglige liv. Det sociokulturelle perspektiv er samspillet imellem mennesker og deres påvirkning af hinanden (Bornstein, 2012). Det faderlige terræn er på flere niveauer repræsenteret i dette speciale af en bred vifte af foki, herunder sociokulturelle repræsentationer, diskurser om faderskab og dets konceptualitet, samt en familiepolitisk vinkel. Overbevisninger og adfærds former som har indflydelse på manden, f.eks. den måde forældre drager omsorg for deres barn på, i sin transition til faderrollen er en del af den sociokulturelle ramme for faderskabet. Familieroller og interaktions mønstre, kulturelle handlemåder og mønstre, der kan være epigenetiske faktorer der influerer på mandens "frie" valgmuligheder i transitionen til faderskabet. Omsorgsmønstre der er unikke, gør at individer i forskellige kulturer er som de er og adskiller sig fra hinanden. Kultur hjælper med at konstruere forældre, hvor kultur

opretholdes og transmitteres ved at påvirke forældres kognition, der igen menes at forme forældrepraksis (Bornstein, 2012).

Familietransformationer og omdefinering af socialt konstruerede roller, der er tildelt mænd og kvinder, har medført ændringer i den betydning, der tilskrives faderskab af vestlige samfund (Miguel, Gandasegui & Gorfinkiel, 2019). Faderrollen er dynamisk og i den udvikling der er gennemgået siden kvindernes indtog på arbejdsmarkedet, har den bevæget sig væk fra patriarkens tid. National og international forskning viser, at fædre i dag er mere involverede i familielivet idet de bruger mere tid med deres børns helt fra spædbarnsalderen, end tidligere i historien (Rehel, 2014; Stevens, 2015; Bonke & Christensen, 2018). Det lever op til den diskurs der hersker i familien, om-og idealet for faderskabet i dag, nemlig at faderen bør være engageret i, og bruge mere tid med sit barn. Det handler om kønsroller og måden vi indretter familierne på. Hvilke ansvarsopgaver har manden i familien? (Bisgaard, 2020)

Dette fokus på mænds involvering i familielivet, identificerer samtidig også strukturer og tendenser i samfundet, der begrænser fædres mulighed for involvering. Der kan nævnes kulturelle ubalancer i forhold til moderrollen, som bl.a bygger på en ammeanbefaling¹⁴ samt en tradition omkring afholdelse af barselsorlov. Ifølge Dencik, Jørgensen & Sommer (2018) betragter han den nye nærværendes faders plads i samfundet som skrøbelig. Han angiver, at den moderne faderrolle, ikke hviler på noget fuldstændig traditionsbestemt, som moderens rolle gør. Moderens rolle som forældre er så indgroet gennem tiden, men faderens rolle er endnu ikke indlejret i samfundet, så der er lagt op til, at det er den enkelte fader, der afgør om han har tid, lyst eller overskud til at indgå i familien på lige fod som moderen. Og netop tid og lyst kan være svært at finde, ifølge Dencik et al. Den familiepolitik vi har i Danmark, lægger ikke op til at faderen skal bruge mere tid på familielivet (2018).

Dencik nævner bl.a. barselsorlov som eksempel. Det er et faktum at Danmark ligger meget lavt i forhold til andre nordiske lande, i forhold til hvor mange dages orlov fædre tager. Faderens betydning er betragtelig i forbindelse med familiedannelsen, både for moderen, familien som samlet enhed og i særdeleshed for barnet. Hans egen livskvalitet er ligeledes betydningsfuld i dette perspektiv. Men ifølge Dencik et al.

¹⁴ Sundhedsstyrelsen anbefaler amning fuldt og helt til barnet er 6 måneder (sst.dk)

skal der kæmpes for den nye far – politisk, således at der bliver en aktiv plads til ham (2018).

I Danmark er vi nu forpligtet til, som følge af et EU-direktiv der omhandler balance mellem arbejdsliv og privatliv, at indføre minimum to måneders øremærket barsel til hver forældre senest i 2022. Dette møder modstand særligt fra de liberale partier og Dansk Arbejdsgiverforening, hvor der henvises til ”det frie valg” og hvor der ikke umiddelbart er et ønske om lovgivning på området, men overlader beslutningen til den enkelte mand/familie at tilrettelægge familielivet (dr.dk; Reinicke, 2010). Ønsket om en engageret og involveret far i de danske børnefamilier er reelt, betingelserne for dette er dog ikke til rådighed og det efterlader faderen i et paradoks.

Uden mulighed for øremærket barsel fastholdes faderen i den henseende på sidelinjen, idet en øremærket barsel vil optimere muligheden for faderen i at få et stærkere og mere selvstændig tilknytning til deres barn (Brandt & Kvande, 2003). Den øremærkede barsel kan dermed stille fædre bedre juridisk i sager om forældrerettigheder, hvor det vægter tungt, hvor meget tid man tilbringer sammen med sit barn (Bisgaard, 2020). Ydermere fremfører Bisgaard, moderen og faderen har forskellige roller i juridisk henseende i forbindelse med skilsmisse. Moderen er for det meste primær omsorgsperson juridisk, og hvis parret ikke er gift, har faderen ikke rettigheder til barnet på lige fod med moderen, det gælder også selvom forældrene har fælles forældremyndighed (Bisgaard, 2020). I skilsmissesager¹⁵ og sager om retten til at blive bopælsforældre, føler fædre sig processuelt mindre retfærdigt behandlet. Hvis der skal være ligestilling i forældrerollerne skal fædre være sikre i sine krav og komme mere på banen i processen, ifølge Bisgaard (2020). Mødre er oftest meget determinerede og forberedte på kamp om barnet, hvor fædre ofte virker mere samarbejdsvillige, hvilket giver indtryk af, ifølge Bisgaard, at fædre kommer uforberedt (2020).

Med et faderideal for øje samtidig med de faktiske muligheder for at opnå idealet efterlader manden i et krydsfelt mellem på den ene side at være motiveret til en mere

¹⁵ Skilsmisseraten i Danmark er i 2020 er, ifølge Danmarks Statistik, 48 % (dst.dk). Blandt danske ægtepar med børn bliver flest skilt inden det yngste barn er 5 år (boernsvilkår.dk)

aktiv rolle i forældreskabet og på den anden side, at der ikke stilles de fornødne betingelser til rådighed.

Fædres praksis som forælder er betinget af en række samfundsmæssige og sociale omstændigheder, der har indflydelse på den enkelte fars betingelser for at praktisere faderskab. Både i dansk, nordisk og international forskning har man beskæftiget sig med faderskabet og har identificeret nogle af de faktorer der har særlig indflydelse på fædre i deres nye rolle. Herunder kvaliteten i parforhold, arbejdsliv, maskulinitet, tradition, social klasse, og ikke mindst familiepolitiske rammer (Chhabra et al., 2017).

Faderens første møde med sit barn

For bare to generationer siden var det stort set ikke muligt for en far at være til stede ved sit barns fødsel, særligt ikke hvis fødslen foregik på et hospital, men også ved hjemmefødsler var faderen henvist til de tilstødende gemakker. Faderen var hensat til at vandre hvileløst rundt på hospitalsgangene, eller beskæftige sig med noget andet-sandsynligvis arbejde. Efterfølgende blev barnet fremvist til ham- liggende i moderens arme. De omstændigheder omkring fødsel og faderens første møde med sit barn har ændret sig radikalt i løbet af ganske kort tid (få årtier). Anderledes ser det ud i dag, hvor fædre i Danmark er til stede ved ca. 95 % af alle fødsler og kan være et stort aktiv i forhold til at hjælpe og støtte sin fødende kvinde (Madsen, Munck & Tolstrup, 1999; Madsen, 2017). Det er et entydigt billede der viser sig i Danmark, som i en lang række andre europæiske lande, nemlig at det er fædre fra alle samfundslag og fra alle dele af landet der deltager når deres barn fødes.

Paradigmeskifte

Den traditionelle rollefordeling mellem kvinder og mænd udelukkede faderen fra direkte involvering i omsorgen for og plejen af barnet (Miguel et al., 2019). Selvom den fraværende far er blevet mere sjælden, findes han stadig. Efter Anden Verdenskrig og op igennem '60erne og '70erne begyndte børn at give udtryk for at de savnede deres fædre (Madsen, 2017). Barnet ønskede anerkendelse og nærvær fra deres far. Det betragtede ham på distance, mens det ønskede brændende at være sammen med ham. Patriarken var dominerende havde regler, efterlevede normer, og

havde ofte en tilgang til opdragelse, der var hård og meget kønsopdelt, men kom til kort ved de nære relationer. Den relation der var imellem moderen, som oftest udgjorde den primære omsorgsperson og barnet, var som oftest omsorgsfuld og fuld af nærvær, havde en beskyttende effekt hos barnet imod en dominerende fader. Den klippe og det fyrtårn, som var inkluderet i rollen som patriark, den der kunne styre og vise vej, nød beundring hos barnet, men der var også megen frygt forbundet med patriarken. Patriarken havde magt og hans ord var familiens lov (Madsen, 2017; McGill, 2014; Wall & Arnold, 2007).

Fra at familien var en institution, der var båret af tradition, forpligtigelse og gensidig sikkerhed, er familien i dag bundet sammen af intime relationer. Giddens henviser til i sin individualiserings tese, at familier i dag handler mere om intimitet og kærlighed end praktik, som det var tilfældet tidligere (Chambers, 2012).

Samfundet transformeredes og i '60erne blev adgangen til uddannelse lettere, så viden om verden og livet blev tilgængeligt for børn. Det blev naturligt for dem at stille spørgsmål til patriarkens isolerede verden, som stod i kontrast til den verden børnene levede i. Det børnene kom til at beskæftige sig med i deres liv var helt og aldeles fremmed for patriarken. Modsat vandt de erfaringer, som patriarken bidrog med, ikke resonans hos børnene. Han var statisk i sin person og formåede ikke at holde sig ajour med de yngre generationers udvikling. Han mistede grebet om familien og blev efterladt alene tilbage (Madsen, 2017). Tradition fulgte ikke med, som en anvendelig del til manden i sin transition til faderrollen i dag.

Den moderne far

Det var ikke (alene) et resultat af ændringer i individets konkrete adfærd, men snarere et resultat af strukturelle faktorer, der fungerede som enten facilitatorer eller barrierer for udviklingen og fremskridtet for det nye faderskab (Miguel et al., 2019), f.eks. at moderen er tilknyttet arbejdsmarkedet.

Der kan argumenteres for, at den nye fader kan ses som en modreaktion på den far, der kom før ham. Sensitivitet er essentielt for den nye fader, fordi han har oplevet at hans egen far var åndeligt eller fysisk fraværende. Sensitivitet defineres her som nærvær, positivt engagement, samt støttende involveringsevne til mentalisering

(Grossmann, Grossmann, Kindler & Zimmermann, 2008). Den moderne fader har bevæget sig i en retning, som gavner familiens trivsel idet fædrenes nærvær og engagement er blevet nøgleord i definitionen af den mand, der er far i dag. Faderen er engageret i graviditeten, er med når barnet fødes og gerne også til samtlige besøg hos sundhedsplejersken. Han er interesseret i at lære sit barn at kende på barnets betingelser, og han stiller relevante spørgsmål og krav til de professionelle.

Nye fædre – ny maskulinitet

Det vides faktisk ikke om mænd altid har været i risiko for at udvikle perinatal depression, da der ifølge Madsen ikke findes undersøgelser om emnet (2017). Måske har der ikke fra de professionelles side været opmærksomhed på det pga. den distance faderrollen indebar indtil for få årtier siden, eller måske har mænd tidligere haft psykiske reaktioner i forbindelse med transitionen og har reageret med atypiske depressions symptomer, som er blevet mistolket. Aktualiteten af fænomenet kan givetvis findes i det faktum at manden kommer på banen i forhold til forældreskabet, til fødslen og i forhold til den helt tidlige og nære spædbarnskontakt. Psykiske problemer som perinatal depression har i årtier været anerkendt som værende en potentiel risiko for kvinden i forbindelse med transitionen til moderskabet, hvor det nu også anerkendes, at manden kan reagere med perinatal depression i sin transition til faderskabet (Chhabra et al., 2020).

Madsen, der i en lang årrække har forsket i mandens psykologi, er fortrøstningsfuld idet han mener, at fædrene er fulde af motivation. Selvom mange af de nærværende fædre har en forandrende drivkraft væk fra noget, som har givet et savn (en fraværende far), så er der også særlig drivkraft imod noget, nemlig samværet og tilknytningen til barnet, der tiltrækker dem og som de finder stor nydelse ved (Madsen, 2017).

Faderen må i dag kunne forene begreberne identitet og maskulinitet med omsorg, i den måde han ønsker at praktisere sin faderrolle på. I Danmark og i de øvrige nordiske lande er der en udvikling hen imod en faderrolle, der på mange parametre lægger sig meget tæt op ad den traditionelle moderrolle, når det kommer til omsorg for spædbarnet (Nielsen & Westerling, 2015; Andreasson & Johansson, 2016). De forandringer der ses i samfundet i dag når det gælder fokus på faderens rolle og

faderskabets betydning for manden, er givetvis årsag til den opmærksomhed på- og anerkendelse af fænomenet perinatal depression hos fædre (Sundhedsstyrelsen, 2013).

Det er en udvikling der medfører at mandens psykiske reaktioner i transitionen til faderrollen i højere grad, på en naturlig vis bliver synlige, idet han konfronteres med sine objektrelationer og tidlige barndomsoplevelser.

I projektet 'Far for livet', der er iværksat af Forum for mænds sundhed, argumenteres for at mænd i dag mangler rollemodeller for et tidsvarende faderskab (farforlivet.dk). Det har givet anledning til at deres projekt sætter fokus på oplysning og inspiration til de vordende og nye fædre, til stor glæde for mange mænd.

En af de måske største ændringer der er sket i de seneste generationer ved mænds livsforhold og dermed også ved opfattelsen af maskulinitet er deres ændrede engagement i deres børn, helt fra barnets fødsel og i virkeligheden tidligere; helt fra svangerskabet i sin vorden- og for nogen i en lang fertilitetsperiode op til svangerskabet. Den moderne far er omstillingsparat og vil derfor kunne leve sig ind i sit barns fleksibilitet og udvikling lige fra det fødes (Machin, 2015 ; McGill, 2014). Ifølge Marsiglio (2000) afsætter den involverede far mere tid af til at udfylde faderrollen, på trods af at visse værdier, der traditionelt er forbundet med maskulinitet og som stadig manifesteres i deres adfærd. Den moderne far fungerer stadig oftest som den primære forsørger og sekundære tilknytnings person, da han er blevet socialiseret med modstridende værdier med hensyn til hans rolle som far.

I undersøgelsen Masculinity in a Contemporary Danish Context, finder Bloksgaard et al. at de traditionelle og i særdeleshed patriarkalske maskulinitetsidealer afvises blandt mænd generelt. I stedet identificeres en mere ligestillingsorienteret maskulinitet (2015). Det viser sig svært at efterleve det ligestillingsvenlige maskulinitetsideal i praksis, idet der viser sig forskellige udfordringer afhængigt af socialklasse ifølge Bloksgaard et al. (2015), f.eks. jo kortere uddannelse manden har, desto lavere grad af fleksibilitet er der i hans job.

Identitet

Kultur og socialisering har, set i et socialkonstruktivistisk perspektiv, indflydelse på individets identitet, idet en given kultur og sociale mønstre bidrager til individet med

identiteter som denne overtager dele deraf (Jørgensen, 2017; Ziehe, 2007). Individet er ikke skabt med selvbillede eller et koncept for selvet eller identiteten. Det skabes ud fra individets livshistorier i interaktioner med andre mennesker og i erfaringer og oplevelser, som individet har/gør sig.

I sin transition til faderrollen, har manden valgmuligheder i nutidigt ideal og mønstre fra tidligere generationer, som han må agere i og forsøge at finde frem til sin egen faderidentitet i.

Jørgensen (2017) angiver, at man kan tale om identitet på flere niveauer, hvor psykoanalysen f.eks opererer med identitet som et dynamisk begreb, der er funderet i indre psykiske strukturer. Han argumenterer for at individets identitet ligeledes har både en objektiv og en subjektiv side, hvor det enkelte individs objektive karakteristika og livsomstændigheder hænger sammen med den objektive del og hvor individets egen opfattelse og fornemmelse af sig selv beskriver den subjektive side (2017).

I sin transition til faderrollen vil mandens identitet udgøre en essentiel del af transitionen. Der er skabt et ideal for faderskabet som er klart: faderen bør være en engageret, nærværende og interesseret far, der fra svangerskabets indtræden er en aktiv part og når barnet fødes og i tiden efter, bruger mere tid med sit barn (Marsiglio et al., 2000). Det handler om måden han ønsker samt har mulighed for at praktisere faderrollen på. Den frihed til at skabe sig selv og sin faderskabsidentitet medfører uundgåeligt at den enkelte mand sammenligner sig med andre, ikke mindst på internettet. Idealet er uopnåeligt og den sårbare mand, som psykisk og socialt ikke formår at forvalte deres frihed og leve op til det høje ideal der er for faderrollen, er i potentiel risiko for at udvikle perinatal depression. Social isolation, ensomhed, alkohol og stofmisbrug er kønsspecifikke depressionstegn, der signalerer mistrivsel og som er udviklet fordi manden ikke formår at skabe mening og sammenhæng i sit liv.

Giddens (1996) taler netop om (i Jørgensen, 2017), at individet har et behov for ontologisk tryghed og en basal tillid, sideløbende med den øgede frihed, hvor frihed her kan forstås som frihed i at finde sin egen identitet i faderrollen. Tryghed skal grundlæggende findes i selvet, der udvikles igennem de intrapsyke og personlighedsstrukturelle forudsætninger for denne udvikling. Identitet handler om

evnen til at kunne konstruere et meningsgivende og sammenhængende selvbiografisk narrativ. Og manifesterer sig ved individets fornemmelse af hvor vedkommende bevæger sig hen, en fornemmelse af hvad der giver mening i livet og en indre tiltro til, at man finder anerkendelse hos de mennesker der er vigtige for den enkelte (Jørgensen, 2017).

Individets identitet beskrives som værende en dynamisk proces, hvor individet vedvarende bliver bragt i tvivl, hvorefter individet må kæmpe for at genvinde identitetsfølelsen (Jørgensen, 2017).

Er individet grundlæggende psykisk velafbalanceret og har et godt selvværd, formår han, i takt med transitionen at være tilpas udfordret i sin nye rolle som far.

Den stabilitet der udgør en tryghed, som Giddens efterlyser, er for den sårbare mand i transitionen, ikke eksisterende. Den ustabilitet og usikkerhed og følelse af mangel på kompetence som dette potentielt medfører øger risikoen for at udvikle perinatal depression hos den enkelte mand. Prævalensen for paternel perinatal depression i Danmark ligger på 7-8%, hvor det antages, at der er mørketal, dvs. uopdagede tilfælde af den alvorlige psykiske lidelse, der ikke bliver hjulpet med behandling.

Der ligger en helt unik og kompleks udfordring i at mestre at være far i nutidens familie. Hans rolle i relationen til moderen, spædbarnet og ikke mindst sig selv skal redefineres, samtidig med, at forældrene forsøger at komplementere og støtte hinanden i den nye familiestruktur (Roberts et al., 2006). Opfattelsen, der har hegemoni lige nu er, at sammenhængen mellem forældres køn og omsorg for barnet er mere kompleks end først antaget. Således er adækvat, sensitiv og differentieret støtte fra begge forældre vigtig, for at barnet fra den helt tidlige spædbarnsalder, oplever sig tryk og kan være nysgerrig på verden (Bretherton, 2010). Det trygge fundament, som grundlægges fra meget tidligt i tilværelsen, den form for tilknytning og det selvværd som opbygges hos barnet gør, at barnet lettere kan finde en balance i tilværelsen, når det gælder relations dannelse og udforskning- også under pres. Den tillid og tryghed, og den agens og selvtillid, som er essentiel for den nye fader i relationen med partneren og barnet, vil forstærkes hvis manden havde en følelse af ligestilling i samspillet, ifølge Bisgaard (2020).

I takt med det øgede engagement i graviditeten og den helt tidlige og tætte tilknytning til spædbarnet, er det sandsynligt at problemets omfang er øget (Madsen,

2017) Ofte oplever faderen et krydspres i at være nødsaget til at prioritere, idet familielivet og arbejdets livet kæmper om faderens opmærksomhed, specielt i tiden lige op til fødslen og efter endt barselsorlov.

Opsummering

Som det er beskrevet i dette afsnit om det sociokulturelle perspektiv, er der flere forskellige samfundsmæssige, sociale og kulturelle faktorer, som kan formodes at have indvirkning på at mænd agerer og reagerer når de bliver fædre, og som dermed spiller en rolle i paternal perinatal depression. Hvor dette perspektiv lægger vægt på faktorer i individets omverden, er der sandsynligvis også iboende (medfødte eller erhvervede) faktorer hos individet, som bidrager til at nogle individer er mere sårbare og i højere risiko for at udvikle paternal perinatal depression.

I det følgende vil jeg beskrive diatese-stress perspektivet. Som i afsnittet ovenfor er der her flere forskellige faktorer, der vides at øge sårbarheden hos individet. Faktorer som genetiske faktorer, der formes af et epigenetisk udtryk, sidstnævnte som er dynamisk og bidrager til individers forskellighed, kan potentielt være årsag til en øget sårbarhed f.eks. over for psykisk lidelse, som perinatal depression i forbindelse med transition til faderskabet (www.sund.ku.dk). Men også faktorer som ACE, der internaliseres i individet, kan udgøre en øget sårbarhed med risiko for at udvikle en alvorlig psykisk lidelse som perinatal depression.

Diatese-stress

Inden for psykologien har ACE længe været formodet at spille en ætiologisk rolle i forhold til psykiske lidelser herunder også paternal perinatal depression. Det er dog først de seneste årtier at forskningen er kommet med mere præcise bud på årsagsmekanismer. Det har vakt min nysgerrighed og har givet anledning til i dette speciale at undersøge, hvilke faktorer der prædisponerer nogle individer med en særlig sårbarhed, på en måde så de er i øget risiko for at udvikle perinatal depression, mens andre undgår det. Ifølge forskningen handler det om et komplekst bio-psyko-socialt samspil med personlighedsmæssige forhold (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Simonsen & Møhl, 2017).

Sårbarhed indbefatter både arvelighed i forhold til psykisk lidelse som f.eks. perinatal depression, epigenetiske påvirkninger samt prænatale forhold m.m. (Harder et al., 2008). Det betyder at den medfødte sårbarhed kan påvirkes af multiple faktorer bl.a. indenfor de ovenfor nævnte.

Stresskomponenten henviser til at der er særlige forhold mellem individet og omgivelserne, som opfattes som en belastning for det enkelte individ eller som overstiger vedkommendes ressourcer, og dermed truer vedkommendes velbefindende (netdoktor.dk). For manden i transitionen til faderskabet eksponeres han for en livskrise, som ændrer livet for ham og hans partner for evigt. Transitionen er indbefattet af multiple potentielle stressorer, som, hvis han har en iboende sårbarhed, kan udvikle sig til psykisk lidelse, som perinatal depression.

I det følgende vil en redegørelse af diatese-stressmodellen give læseren et overblik over en forklaringsmodel, samt en indsigt i en del af den kompleksitet, der hersker i individet allerede fra undfangelsestidspunktet.

Diatese-stress modellen

Tidlig modgang bliver biologisk indlejret og ændrer fysiologien på tværs af kropssystemer. Neurale netværk, endokrine funktioner med f.eks. stress dysregulation er blandt de ændringer. Disse forstyrrelser kan disponere individet for f.eks. perinatal depression (Kim & Swain, 2007).

Individer reagerer heterogent på stressbelastning. Med henblik på at få en forståelse af, hvorledes denne heterogenitet er opstået vil diatese-stressmodellen være udgangspunktet.

Den grundlæggende opfattelse, som modellen er bygget op omkring, er at enkelte individer har prædisponeret sårbarhed af forskellig grad, som ved en stressbelastning kan bidrage til udvikling af f.eks. psykisk lidelse som perinatal depression (Møhl & Simonsen, 2017). Således er risikoen for, ifølge modellen, at udvikle en perinatal depression afhængig af, hvilken medfødt sårbarhed, der er iboende hos individet. Sårbarheden indbefatter både arvelighed i forhold til depression, epigenetiske påvirkninger samt prænatale miljøforhold m.m. Den form for belastninger, der refereres til i modellen betegnes stressorer, som i samspil med individets sårbarhed

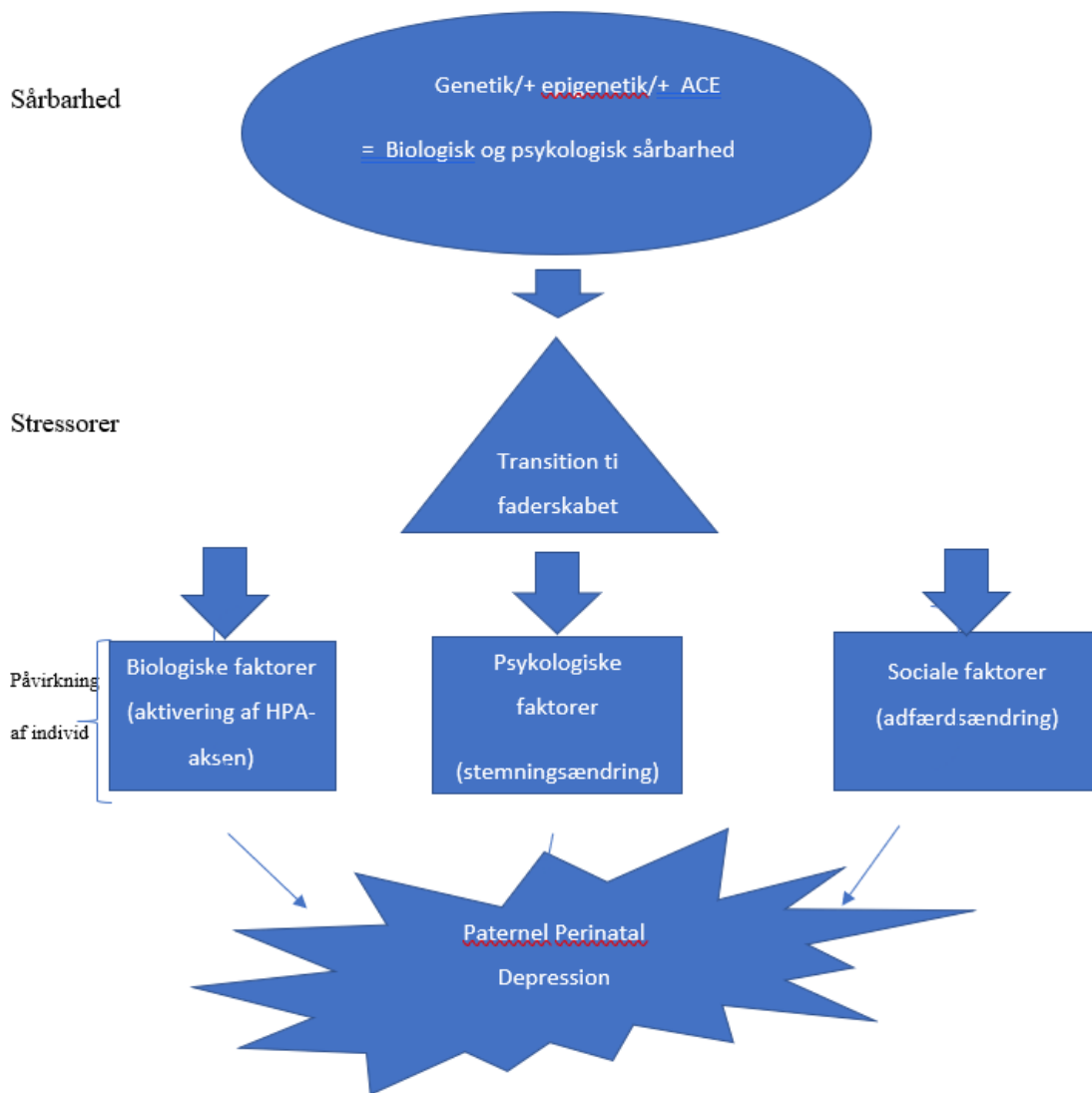
kan påvirke individet inden for en biologisk, psykologisk og socialforståelsesramme og som kumuleret prædisponerer individet for en psykopatologisk lidelse som perinatal depression.

Den medfødte sårbarhed er idiosynkratisk og hos nogle individer udløses psykopatologiske processer selv ved små mængder af stress belastning. Andre individer er ikke så belastede af sårbarhed og har derfor en større tolerance over for stressbelastning uden at reagere med psykopatologi (Møhl & Simonsen, 2017; dp.dk; Harder et al., 2008).

Det dynamiske samspil der findes mellem de respektive faktorer, er forsøgt gengivet i en oversigtsmodel, der beskriver udviklingen af perinatal depression i en diatese-stressmodel.

Ifølge modellen er både fysiske og psykiske lidelser under indflydelse af en række forskellige bio-psyko-sociale faktorer, se her figur 1.

Sårbarheds- stress modellen, figur 1.



Frit efter Depression, 2006 (p.138) /Psykiatri Fonden

Note: HPA-aksen¹⁶

Ifølge Harder et al., (2008) kan disse faktorer inddeles skematisk i 4 typer:

¹⁶ HPA-aksen: Hypotalamus- Hypofyse- Binyrebark- aksen, en model der forklarer den hormonelle stressrespons med udskillelse af adrenalin og kortisol (Grønbæk & Sommer, 2019)

- Sårbarhedsfaktorer, som prædisponerer for udvikling af problemer. Er individet genetisk disponeret for udvikling af bestemte psykiske lidelser, udvikles disse lidelser alene, hvis bestemte psykologiske og sociale forhold er til stede. Sårbarheds faktorer er f.eks. kognitiv vulnerabilitet, usikker tilknytningsstil, lavt selvværd, type af personlighed, eller tab.
- Udløsende faktorer / risikofaktorer, der på baggrund af sårbarhedsfaktorerne forårsager debut eller markant forværring af problemer. Faktorer som somatisk sygdom, livsbegivenheder/kriser og tab, hører under udløsende faktorer.
- Vedligeholdende faktorer, som fastholder problemerne efter at de først har udviklet sig, kan være f.eks. misbrug, ringe netværk, dårlige mestringsstrategier.
- Beskyttende faktorer, der fremmer individets resiliens (modstandskraft) overfor udvikling af psykisk lidelse, er f.eks. stabil livsførelse, gode mestrings strategier, social støtte.

Resiliens

Som en naturlig følge af ovenstående afsnit fremtræder begrebet resiliens af relevans. Compas (2006) beskriver den dynamiske modstandskraft, som resiliens er, som non-specifikke faktorer (Møhl & Simonsen, 2017), som beskytter individet med henblik på at opretholde adaptiv og positiv vækst og udvikling på psykosocialt stress (Compas, 2006). Det udgør en afgørende faktor i forhold til en evt. medfødt eller tidligt erhvervet sårbarhed, idet et individ med høj resiliens vil være i stand til at håndtere psykologisk og fysiologisk stress. Den dynamiske del af resiliens formes af individets levede liv og påvirkes derfor konstant af individets oplevelser og udfordringer (Cicchetti & Curtis, 2006).

Når man taler om resiliens er det ikke udelukkende en indre kvalitet i individet der henvises til. Beskyttende miljøfaktorer udgør tillige en vigtig komponent og foranderlighed for udvikling og vedligeholdelse af den mentale sundhed. De non-specifikke faktorer, som Møhl og Simonsen (2017) henviser til at der er tale er f.eks.

social støtte og optimisme, men også økonomisk sikkerhed og en anamnese¹⁷ uden psykisk lidelse. Individfaktorer som ængstelighed og neuroticisme og foretrukne undgående mestringsstrategier, er associeret med en forhøjet risiko for at udvikle psykopatologisk lidelse, som f.eks. perinatal depression i forbindelse med livskrise. Friborg (2010) argumenterer for at miljøfaktorerne er vigtigst i de første år af barnets liv, idet den neurale udvikling og myelering¹⁸ af den umodne hjerne sker i et hurtigere tempo end på senere tidspunkter af livet (Grønbæk & Sommer, 2019), mens individfaktorerne bliver tiltagende vigtige i resten af individets liv (Friborg, 2010).

Paternel perinatal depression i diatese -stressperspektiv

Dette afsnit vil beskrive, hvordan et diatese-stressperspektiv potentielt kan anvendes til belysning af individfaktorer, som prædisponerer manden for at udvikle paternel perinatal depression. Diatese-stress modellen udgør en forklaringsmodel på depressionens ætiologi (Colodro-Conde et al, 2018) og forskning vil underbygge, at den livskrise¹⁹, som det kan defineres som, når man venter sit første barn, for nogle mænds vedkommende kan være ensbetydende med, at de udvikler en perinatal depression (Mosbæk 1996: Madsen, 2017; Warren, 2020). Forskning viser at der er meget stor diversitet i måden hvorpå individer reagerer på livskriser. Det er langt fra alle mennesker, som gennemlever en livskrise, som samtidig udvikler en depression.

Både mænd og kvinder gennemgår ifølge Poromaa et al. en række potentielt stressende begivenheder i deres reproduktive periode, men kønsforskellen i prævalensraten for depression er stabil og er højest for kvinder. Den mest alvorlige form for psykisk lidelse i forbindelse med det at få et barn, er perinatal depression (2017).

¹⁷ Sygehistorik

¹⁸ Isolering af neurale forbindelser

Hormonelle ændringer i forbindelse med forældreskabet, kan sætte ikke kun mødre men også fædre i en øget risiko for at udvikle lidelsen (Poromaa et al, 2017; Kim & Swain, 2007).

Desuden er begrebet en ”fælles forældrehjerne” beskrevet, hvor kønsforskelle bemærkes positivt i forbindelse med forælderrollen og forbindelsen med følsomheden overfor stimuli fra barnet (Poromaa et al, 2017). Studier om kønsforskelle i de neurale korrelater af mødres og fædres adfærd understreger relevansen af den emotionelle del af hjernen hos mødre og den sociokognitive hjerne hos fædre, og beskriver dermed tilstedeværelsen af en kumulativ effekt af begge forældres tilstedeværelsefælles. Summen af begge køns forskellige psykologiske forcer supplerer hinanden til fordel for det lille barn. Poromaa et al. argumenterer for, at det at være forældre forårsager forandringer i hjernens plastisitet hos både mødre og fædre, ligesom der er beskrevet forskelle i neurogenesen og hjernens plastisitet i forhold til perinatal depression (2017).

Den iboende medfødte og den erhvervede sårbarhed, som individets psyke kan have, træder tydeligt frem, når en eller flere belastninger bliver for store eller for vedvarende. Og den måde sårbarheden bliver tydelig på, er gennem individets emotioner, adfærd, somatisk reaktion og perception af verden.

Variabler, der kan forudsige depressiv episode, viser sig ligeledes generelt at være forudsigende for perinatal depression (O’Hara, Schlechte, Lewis & Varner, 1991a; Whiffen & Gotlib, 1993). Det er grunden til at diatese - stressmodellen blevet foreslået af O’Hara et al., som den mest hensigtsmæssige ramme, gennem hvilken forholdet mellem depression og transition til faderrollen kan forstås. I denne ramme antages perinatal depression at være forårsaget af interaktion mellem disponerende faktorer, der udgør sårbarhed og stress fra oplevelsen af at have ansvaret for et nyfødt spædbarn (1991a). Modellen kan, ifølge O’Hara et al. forstås som, at selv om antallet af depressive lidelser kan være forhøjet i forbindelse transitionen til forældreskabet, er prævalensen af depression ikke højere end den ville blive observeret efter en sammenlignelig stressende oplevelse (1991a).

Ud fra diatese - stressmodellen repræsenterer transitionen til faderrollen til det første barn et særligt interessant tidspunkt at undersøge eksponeringen af den potentielle stress i perinatal perioden, fordi fødslen af det første barn kræver en anderledes og

mere radikal form for justering og tilpasning end ved evt. efterfølgende fødsler (Wells & Aronson, 2021). Førstegangsfædre oplever nye krav til deres rolle som partner og nye identitet som fader, med bl.a. f.eks. afbrudt nattesøvn, ændringer i parforholdskvaliteten og nedsat autonomi til følge. Barnet vil med sin tilknytningsadfærd forsøge at hidkalde en form for opmærksomhed fra faderens side, en opmærksomhed der kan være ny og skræmmende for ham, nemlig en emotionel og empatisk og nærværende side. Disse faktorer kan udgøre stressorer og ligner til forveksling faktorer der kan kædes sammen med depression på andre tidspunkter i livscyklussen, såsom parforholdskriser, lave niveauer af partnerstøtte, negative livsbegivenheder, følelse af begrænset personlig kontrol, manglende autonomi, utryghed og inkompetence (Ross & Mirowsky, 1989; Weissman & Klerman, 1977; O'Hara et al., 1999a). Wells & Aronson argumenterer for at flergangsfædre potentielt er i risiko for udvikling af perinatal depression pga. udeblevet professionel støtte, samt indsnævret netværk (2021). Den sociale støtte til flergangs faderen kan opleves som minimal, hvilket kan eksponere til udvikling af psykisk lidelse.

Med diatase-stressmodellen kan der argumenteres for, at faktorerne, der forudsiger depression, inkluderer både de faktorer, der er specifikke for den stressede begivenhed, såvel som generelle faktorer forbundet med sårbarhed til at udtrykke lidelse gennem depressiv symptomatologi. For mænd og kvinder kan disse faktorer være forskellige, da mænd og kvinder har forskellige socialt- kulturelt og samfundsmæssigt bestemte forhold; ret til barsel, ansvarsfordeling i hjemmet og arbejdsmønstre efter fødslen af et barn (Cooney & Uhlenberg, 1991). Måden, hvormed potentiel perinatal depression udtrykkes er heterogen. Mænd og kvinder, som køn varierer i deres sårbarhed overfor eksponering, oplevelse og adfærd overfor perinatal depression. Madsen argumenterer for at der formodentlig er et mørketal i forbindelse med paterne perinatal depression, således at det kønsspecifikke reaktionsmønster kan maskere en paternel perinatal depression, idet misbrug af alkohol/stoffer eller angst/OCD, som har komorbiditet til perinatal depression, kan være symptombilledet hos manden (Madsen, 2017)

Genetisk sårbarhed

Vi fødes med forskellige iboende egenskaber. Gener udgør enheder der indeholder individets biologiske arv. De befinder sig på kromosomerne og består af information kodet i DNA'et. Gener sikrer variation gennem den kønnede reproduktion og der forekommer på den vis en naturlig og kønnet selektion. Arvelige egenskaber videreføres langsomt ned gennem stamtræet, dvs. vertikalt, fra generation til generation. Hver gang en celle deler sig, dannes en identisk kopi af individets DNA (Grønbæk & Sommer, 2019).

Biologisk indlejring beskriver processer, ved hvilke oprindeligt forbigående homøostatiske reaktioner varigt ændrer fysiologi. Det betyder at systemet er påvirkeligt og der kan ved specifikke belastende påvirkninger ske irreversible ændringer (Grønbæk & Sommer, 2019).

Udgangspunktet for individet, som overleveres via genetiske arvemateriale (genotype), kan variere i deres betydning og afvigelser og udtryk (fænotypisk). Det er epigenetiske/miljømessige påvirkninger, der udvikler fænotypen. Det betyder, at en genotypes fænotypiske udtryk vil variere, alt efter epigenetisk/miljøpåvirkning (Grønbæk & Sommer, 2019).

I hvilket omfang erfaringer/oplevelser (f.eks. modgang, traumer) potentielt påvirker enkeltindividet, i mødet med belastning eller stress afhænger af vedkommendes resiliens.

Forskning indikerer at aversive barndomsoplevelser (ACE), medfører neurologiske forandringer i barnet (Galea & Frokjaer 2019). Det kronisk forhøjede kortisolniveau i hjernen, som stress medfører, har formentlig en toksisk indvirkning på den umodne hjerne, der er i udvikling. Specifikt, som følge af stress, kan udviklingen af de orbito frontale områder påvirkes med atrofi af hippocampus og amygdala. Neurobiologiske ændringer, der opstår som en reaktion på utilsigtet perinatal stress hos spædbarnet, kan føre til livslang psykiatrisk følgevirkning, hvor paternel perinatal depression kan være debuten. Der kan ses påvirkning på f.eks stresskontrol, mentaliseringsevne og hukommelse (Nemeroff, 2004). Den dynamiske opfattelse af hjernen og dens udvikling, som et plastisk organ, er her af afgørende betydning, idet samtidig med en grundlæggende sund og normal psykisk udvikling, vil det samlet være en beskyttelsesfaktor for individet (Harder et al., 2008).

Epigenetisk sårbarhed

Den genetiske kode er ikke alene om at indeholde arvelig information. Det er ifølge Sonne-Hansen et al. (2014) vist at ud over den genetiske kode, kan der forekomme ændring i genernes organisering. Den information, der påvirker den biologiske organisering, er ikke at finde i den genetiske kode, men i modifikationer omkring DNA'et. Informationen kopieres ved celledeling, altså indeholder individet celler to former for arveligt materiale, den genetiske og den epi²⁰-genetiske.

Epigenetiske ændringer er således overførbare til næste generation, uden at selve genet ændres. Generation har her en dobbeltbetydning, idet det kan henvises til en stamcelledeling (ny generation af celler hos det samme individ) og/eller en arvegang fra individ til næste generations individ (Sonne-Hansen et al., 2014).

Epigenetik udgør en form for hukommelse, som er aktuel fra befrugtningen sker, til senere i livet, således at hver celle opretholder sin specialiserede funktion.

I differentieringen af cellerne, altså dannelsen af specialiserede celletyper, er epigenetiske mekanismer ansvarlige for at slukke og tænde for udvalgte gener (Sonne-Hansen et al. 2014) og dette er helt afgørende for at cellen kan bevare sin identitet og funktion.

DNA-strengen, der er to meter, ligger i individets cellekerne og er viklet rundt om et histon²¹. Kromatinet, som udgøres af DNA og histon, er i histondelen tilgængelig for remodellering, som gør histonet ansvarlig for netop specialisering af celletyper idet der kan ske både aktivering og deaktivering af et gens udtryk. Dette kan ske ved inducering af kemiske grupper f.eks. methylgrupper (Sonne-Hansen et al. 2014). Disse kemiske grupper har på den måde betydning for tilgængeligheden af DNA'et og for om genet er aktivt eller passivt. Sonne-Hansen argumenterer for at det er muligt igen at fjerne modifikationerne fra histonet, hvilket gør epigenetisk regulering reversibel (2014). Det har desuden vist sig, at epigenetiske mekanismer justerer processer i individets celler, når det er udsat for miljøpåvirkning som f.eks. stressorer

²⁰ Epi-: græsk oprindelse, ”betyder ved siden af”. Epigenetisk betyder derfor ved siden af gener.

²¹ Protein i cellekernen

(Sonne-Hansen et al. 2014). Langvarig eksponering for stress påvirker individet på celleniveau og kan ændre genaktiviteten i en potentielt psykopatogen retning. Sker dette i sensitive perioder hos individet, d.v.s perioder med meget aktivitet i celledelingen, som f.eks. er tilfældet i fostertilværelsen og barndommen, prædisponerer barnet for udviklingspatologi senere i livet, f.eks en prædisposition for at udvikle depression, som kan debutere som en paternel perinatal depression (Sonne-Hansen et al. 2014).

Epigenetiske modifikationer, som sker som følge af miljøpåvirkning, lagres i cellernes hukommelse og kan potentielt udgøre transgenerationelle faktorer som medfører sårbarhed (Sonne-Hansen et al. 2014)

Opsummering

Diatese -stressperspektivet, som er beskrevet i dette afsnit, viser at der er flere forskellige iboende og ydre (miljø) faktorer, som kan formodes at have indvirkning på, at mænd i deres transition til faderskabet allerede prænatalt kan udvikle symptomer på psykisk lidelse.

I det følgende diskussionsafsnit kobles det sociokulturelle perspektiv med diatese-stressperspektivet. Først ses på perspektivernes forskelle og derefter på deres måder at supplere hinanden på. Slutteligt vil en syntese af perspektivernes indflydelse på manden i hans transition til faderskabet diskuteres.

Diskussion og kobling af perspektiver

Som beskrevet i indledningen er formålet med dette speciale at undersøge det socio-kulturelle perspektiv og diatese-stress-perspektivet, med henblik på hvordan de to perspektiver divergerer, men også hvorledes de kan supplere hinanden i forståelse af ætiologien omkring paternel perinatal depression. Det er en måde at forstå forskellige bidrag fra iboende medfødte sårbarheder til de stressorer som manden eksponeres for i sit levede liv og i forbindelse med den livskrise det er at blive far. Som en konsekvens af den overlapning, der vil opstå i denne kobling af de to perspektiver, vil et tredje perspektiv, nemlig det dynamiske udviklingsperspektiv blive inddraget i

diskussionen, ligesom det psykiatriske diagnostiske perspektiv vil bringes til sammenligning.

Først vil egentlige diskussioner finde sted i, herefter vil perspektiverne sammenlignes og sammenholdes. I en syntese vil muligheden for at bygge en bro imellem perspektiverne blive undersøgt.

Diagnostisk klassifikationssystem vs. alternative perspektiver

De diagnostiske klassifikationssystemer og de psykologiske perspektiver i dette speciale tager udgangspunkt i forskellige niveauer af lidelsen perinatal depression. Den medicinske sygdomsmodel der arbejdes efter i det danske sundhedsvæsen og de diagnostiske klassifikationssystemer ICD-10 (ICD-11 fra 2022), har indenfor psykiatriske lidelser primært sit udgangspunkt i symptombilledet, hvor diagnosen som begreb skal udgøre en skelnen mellem sygdom og ikke sygdom. Der stilles diagnostiske krav i form af sammensætningen og antallet af symptomer i diagnosemanualen, der er hierarkisk opbygget (Møhl & Simonsen, 2017) sådan at nogle diagnoser udelukker andre. Diagnosen er udgangspunktet for behandling samt et skøn over, hvorledes sygdomsforløbet kan udvikle sig og behandlingen sker ofte ud fra et ønske om at reducere symptomer.

Af fremtrædende fordele i de diagnostiske klassifikationssystemer er, at der på en simpel og overskuelig måde gives et omfattende og retvisende billede af hvad depressionsdelen af perinatal depression er, på baggrund af specifikke symptomer og kombinationer af disse. Desuden beskrives uddybende aspekter som f.eks. sværhedsgrader af lidelsen og den objektive tilgang, som med få ord kan beskrive symptombilledet, dvs. at det er letforståeligt blandt nationale og internationale klinikere.

De diagnostiske klassifikationssystemer, begrænser sig til at beskrive perinatal depression ved et sæt symptomer, der ikke siger noget om tilstandens indhold. Det siger ikke noget om ætiologien bag lidelsen og hvad der ligger bagved, samt hvad der er kerneproblemstillingen. Via de to psykologiske perspektiver der fremstilles i indeværende Speciale vil en integrativ forståelse af fænomenet paternel perinatal depression medtage flere niveauer, i forsøget på at nærme os kerneproblemstillingen og et svar ud af flere på, hvorfor nogle mænd får perinatal depression. Dette

effektueres i en bevægelse bag de diagnostiske symptombeskrivelser med henblik på at identificere mulige årsagssammenhænge mellem genetik, opvækstbetingelser, traumer og relationer, dvs. dele af ætiologien der kan ligge til grund for paternel perinatal depression. Udgangspunktet er at se manden i et holistisk og ideosynkratisk perspektiv i forbindelse med hans transition til faderskabet. Samtidig at se den helhed han er en del af i familiedannelsen, nemlig partner og nyfødt barn. Det sociokulturelle perspektiv har fokus på både individet, familien som dynamisk enhed, konsekvenser for barnet og forskellige sociale og kulturelle påvirkninger som hos nogle mænd kan virke som stressorer. Der er generelle faktorer, der har indflydelse på mandens transition til faderskabet, og ligeledes kønsspecifikke faktorer, som fremtræder og kan belaste manden i den perinatale periode i en sådan grad, at han udvikler perinatal depression.

Diatese -stressperspektivet har fokus på indflydelsen af en række biologiske, sociale og psykologiske faktorer, som dels er iboende og dels er forskellige stresseksposeringer (f.eks. traumer eller sociale påvirkninger), der i et komplekst samspil kan påvirke individet tidligt i livet, og som efterlader en prædisposition for at udvikle paternel perinatal depression (Møhl & Simonsen, 2017).

Diatese-stress modellen er beskrivende forslag til hvorledes forskellige udviklingsstier for paternel perinatal depression kan dannes. Det sociokulturelle perspektiv er forklarende, i forhold til udviklingsmæssige sammenhænge og faktorer, som kan være medvirkende til at danne grobund for at depressive symptomer opstår hos manden i sin transition til faderrollen.

Familiedannelse i et kulturelt perspektiv

Flere forskellige samfundsmæssige og sociokulturelle faktorer formodes at have indvirkning på at manden agerer og reagerer, når han bliver far og dermed spiller de også en rolle i paternel perinatal depression.

Kulturelt organiserer og distribuerer forældre normalt deres pleje og opdragelse af barnet, hvor de er tro imod oprindelige kulturelle trossystemer og adfærdsmønstre. Kulturelle adfærdsmønstre går i arv og socialkonstruerede traditioner og overbevisninger kan være så magtfulde, at forældre handler på dem og udelukker alt andet (Bornstein, 2012). Ifølge Bornstein (2012) hjælper kultur og tradition med at

konstruere forældre. Dette modargumenternes af Miguel et al. (2019), idet han argumenterer for, at der i det senmoderne samfund foregår en transformation af familiekonstellationer, kvinde/mand imellem, hvor roller omdefineres og ændres i deres betydning. Manden, der i dag befinder sig i transitionen til faderskabet, er ifølge international forskning, mere involveret i familielivet og bruger mere tid med deres spædbarn, tid hvor den grundlæggende omsorg og pleje af spædbarnet også får plads. Den sociale institution, som familien kan betragtes som, forvaltes af gensidigt anerkendte regler, der lever helt op til den gældende diskurs der hersker i familien i dag, hvor mændene skal være engagerede og interesserede fædre. Så fra at konstellationen hed mor og barn, er denne nu ændret til at hedde forældre og barn.

Faderrollen i et paradigmeskifte

Faderrollen er dynamisk og indenfor de seneste 50 år er der sket et paradigmeskifte i faderrollen. Faderen har bevæget sig fra patriarkens trone til at være næsten ligestillet med moderen i børnefamilien (Madsen, 2017; McGill, 2014; Wall & Arnold, 2007).

Den autonomi og individualisering, der har udviklet sig for det enkelte individ parallelt med en ændret betydning af traditioner, familiemønstre, religion og social klasse, kan for manden der har en iboende sårbarhed virke som en utryk tid. Det kan være svært at finde sin identitet i en tid, hvor alt er til diskussion. Identitet er ifølge Jørgensen (2017) bundet op på fundamentale værdier og normer som er medvirkende til at manden, i dette tilfælde, har en intakt psykologisk funktion som giver ham en følelse af stabilitet og agens i eget liv. Den autonomi og individualisering vi ser i den senmodernistiske kultur, betyder at ydre retningslinjer er udvisket. Det får konsekvenser for manden, i forhold til at skulle manøvrere i- og håndtere multiple situationer, hvor valg skal tages. Her vil en veludviklet identitet være essentiel (Jørgensen, 2017). Alvorlige forstyrrelser i identiteten, som er en konsekvens af tidlig eksponering for stress og/eller traume, kan få vidtrækkende og alvorlige konsekvenser for manden, som kan udvikle perinatal depression.

Ydermere må han tillige forholde sig til et paradigmeskifte i faderrollen, i sin transition faderskabet, en transition der kan være både belastende og stressende uagtet om det er ønsket eller uønsket. Processen fra at være mand og kæreste, til at

være en forælder er for de fleste menneskers vedkommende forbundet med en radikal livsændring.

Madsen (2017) angiver at mændene er fulde af motivation for at gå ind i faderrollen, idet han beskriver en forandrende drivkraft hos dem væk fra den fraværende far, som har givet dem afsavn og frem imod den nærværende og engagerede far. Dencik et al (2018) deler ikke den betragtning med Madsen, idet Dencik et al. betragter den nye nærværende faders plads i samfundet som skrøbelig, da den ikke på samme vis som moderens rolle hviler på noget traditionsbestemt. Denne manglende indlejring af faderrollen i samfundet lægger op til, at den enkelte far selv afgør, hvor involveret han ønsker at være. Og selv baner vejen for sit faderskab. Den skrøbelighed Dencik et al. referere til kan for den mand, der har en iboende sårbarhed betyde, at han i sin transition til faderrollen bliver usikker og forvirret og oparbejder tvivl på sin egen formåen og evne til at udfylde faderrollen på en god måde.

Der er forventningsniveauer og der stilles krav til manden om at være engageret og nærværende, dels af ham selv og dels af hans omgivelser. Diskursen omkring at skulle til at være forældre, er at det er lykken at blive forældre. Det kan opleves som overvældende for manden, med al den fokus der kommer på den gravide kvinde, fra multiple vinkler lige fra familie og venner til den fokus, der kommer fra det sundhedsprofessionelle svangersystem. Set i et systemisk perspektiv, kan parforholdet blive voldsomt udfordret, idet kvinden ofte nyder den øgede opmærksomhed, der er i forbindelse med et svangerskab og som oftest er møntet på hendes person, som den gravide. Hos manden kan den overvældelse han oplever, føre til negativitet og aggression og mønstret mellem parterne kan blive en gensidigt forstærket proces, hvor der udvikles selvforstærkende uhensigtsmæssige interaktionsmønstre, som uden opmærksomhed kan ende med at de bliver vedligeholdt eller optrappet. Hvis manden oplever sig overvældet og eller nærer negative følelser og tanker, kan han let føle sig forkert og på forhånd fejlslagen i sin nye faderrolle.

Transitionen til faderskabet er at beskrive som en livskrise. Livet byder på kriser fra tid til anden, og mange kommer fint igennem disse kriser uden større mén. Den livskrise manden står i, når han skal være far for første gang, er at betragte som en af de største kriser vi som menneske møder. For den sårbare mand kan det blive en

periode som får alvorlige konsekvenser for ham, hans partner og deres lille spædbarn, hvis han står helt alene med den. Transitionen til faderskabet er den psykologiske fødsel, en udviklingsproces hen imod faderskabet, der som Mosbæk (1996) angiver, ikke er afgrænset på samme vis som den biologiske fødsel. Han konfronteres på en gang med ikke alene sin fortid og nutid, men også sin fremtid, som i sig selv kan virke temmelig overvældende og som kræver hjælp og støtte fra nære relationer og fagprofessionelle mennesker, at komme godt igennem uden at udvikle en paternel perinatal depression.

Den overvældelse af at barndomsoplevelser, ACE måske endda, oplevelser der konfronterer manden med relationen til sig selv og sine primære omsorgspersoner, der tidligere kan have været fastholdt i han ubevidste, kan i transitionen til faderskabet bliver bevidste. Lagret i hukommelsen som fragmenter af sensoriske komponenter af begivenheden/erne, der hidtil har været fastfrosne og ubevidste processer hos manden, og måske maskeret af intellektualisering eller isolering pga den smerte der er forbundet med dem, bliver atter fyldt med affekt og virkeliggørelse og kan medføre et højt og kronisk stressniveau hos manden (Heller & Lapierre, 2020).

Yderligere stresseksponering kan ske ved det forventningspres manden oplever, kan medføre en tilbagetrækning fra de nære relationer. Et af de atypiske reaktionsmønstre, som er angivet i forbindelse med paternel perinatal depression er netop denne autonomi han søger, når han ikke mere kan overskue situationen. Når det hele bliver for overvældende og alt for farligt og grænseløst at gå ind i. Måske han dulmer smerten med alkohol, mere arbejde, selvdestruktiv adfærd; den smerte han føler ved ikke at kunne agere, over for f.eks de mange tanker og følelser, der pludselig er blevet bevidste.

Potentielt kan det have nogle alvorlige psykiske konsekvenser såsom udvikling af paternel perinatal depression.

Paradox

De samfundsmæssige og familiepolitiske rammer vi har i Danmark og den diskurs, hvor idealer i forhold til faderrollen kommer til udtryk, harmonerer kun delvist (Brandt & Kvande, 2003; Chhabra et al, 2017). Fædres praksis, som forælder er betinget af samfundsmæssige, sociale og kulturelle omstændigheder, der har

indflydelse på den enkelte fars betingelser for at praktisere faderskabet. Forskellige befolkningsgrupper i samfundet kan have forskellige muligheder f.eks økonomisk eller arbejdsmæssig. Alene inden for den danske kultur kan der være mange subkulturer, hvilket medfører stor heterogenitet, som dog alligevel deler nogle generelle strukturer. Samfundets normer og regler, sociale værdier, som er toneangivende i forhold til den ønskelige eller forventede adfærd for individer i gruppen eller hele samfundet, kan påvirke sårbarheden. Der er stor forskel på, hvorledes kulturen og det sociale forankres i individet. Det kan forvaltes meget forskelligt af den enkelte og måden hvorpå manden og hans partner formår at gennemleve deres transition til forældreskabet, er udslagsgivende for om den fører til udvikling af paternel perinatal depression.

Idealet og dermed diskursen for faderrollen er, at manden skal engagere sig og interagere mere med sit barn. Forberedelsen til dette, sker i bl.a. i svangerskabet hvor faderen opfordres til på lige fod med moderen at deltage i diverse, for svangerskabet relevante kontroller. Forældreforberedelse, der i mange regioner er konverteret til en online video, dvs ingen menneskelig kontakt, fra det enkelte fødested, som parret sammen opfordres til at se, inkluderer på den vis, faderen. Stort set al forberedelse til forældreskabet er tilrettelagt med kvinden for øje, henvender sig til kvinden og omhandler kvinden. Kvinden har mulighed for at få fri fra arbejde for at kunne møde op til f.eks. kontroller og ultralydsscanninger, manden har ikke den mulighed, det er helt op til den enkelte arbejdsplads at honorere et ønske om frihed til det. Dette kan sætte manden i et krydspres, idet han ønsker – og der er forventninger til at han deltager.

I forbindelse med opsporing af perinatal depression har Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) indtil 2017, været det foretrukne screeningsinstrument ikke alene i Danmark, men i mange lande, hvis manden skulle screenes for perinatal depression. Skalaen er siden 1990'erne blevet benyttet af landets praktiserende læger og sundhedsplejersker til at screene kvinderne for perinatal depression. Madsens forskning (2017) viser, at mænd ofte udvikler en atypisk symptomatologi i forbindelse med, at de udvikler perinatal depression. Der er flere udad reagerende og tilbagetrækkende symptomer, som ikke kan måles på EPDS. Det er grunden til, at bl.a. Madsen og mange med ham, antager, at der er et stort mørketal i forhold til at identificere mænd med perinatal depression. Gotland skalaen, blev anbefalet til,

sammen med EPDS at identificere paternel perinatal depression (Madsen, 2017). Det er nu muligt i højere grad at identificere de mænd, der i deres transition til faderrollen mistrives. Udfordringen er her, at det er relativt få kommuner i Danmark der har tilbud om screening i forhold til perinatal depression hos manden og kun syv kommuner, der har et reelt behandlingstilbud til manden, hvis han er i risiko for at have en perinatal depression. Her foreligger en kønsdiskrimination, som kan have alvorlige og vidtrækkende konsekvenser for ikke alene manden selv, men også hans partner og ikke mindst hans nyfødte barn.

Dvs. familiepolitisk prioriteres manden ikke på lige fod med kvinden i deres transition til forælderrollen, hverken i svangerskabet, under fødslen, hvor undersøgelser viser, at faderen føler sig som en gæst til fødsel og ikke som en aktiv andel af den forestående begivenhed. Det at manden ikke har mulighed for at deltage aktivt i de for graviditeten planlagte kontroller og ultralydsscanninger, har den konsekvens, at han ikke har et professionelt forum, hvori han kan stille spørgsmål om alt det der sker med partneren og ham selv, men også vigtige spørgsmål i forhold til det kommende barn, hvilket er en del af den tidlige tilknytning til barnet. I svangerskabet knytter forældrene bånd til barnet, efter fødslen knytter barnet bånd til forældrene. Denne tidlige tilknytning til barnet er en modningsproces udi faderskabet for manden. Den støtte og vejledning, som det fagprofessionelle team omkring den svangre familie, kan bidrage til manden med, kan være helt essentiel i forhold til at han føler sig rustet og klar til at blive far. For den far der ikke modtager faglig støtte og vejledning kan det give tiltagende utryghed, i forhold til alle de spørgsmål han måtte have, som han selv kan gå med og gruble over og på den vis blive overbelastet og stresset. For manden der har en iboende sårbarhed, kan dette være en af flere stressorer, han støder på i sin transition.

Efterfølgende, er der stor regional forskel på, hvilket barselstilbud der kan gives og på hvilken måde faderen er tænkt ind i det. Faderen har på de fleste fødesteder lov til at blive hos moderen og barnet, hvis de er indlagt, i løbet af dagen og til og med sengetid, hvor han derefter må tage hjem og sove. Mange mænd giver udtryk for et stort savn i den forbindelse. De savner deres partner og ikke mindst deres nyfødte barn. De savner tosomheden og trygheden med deres partner omkring den skelsættende begivenhed de lige har været igennem. Og de savner at blive set, som den ene vigtige forælder af to. Mandens selvværd omkring og agens i transitionen til

faderrollen understøttes på den måde ikke adækvat af det danske sundhedssystem. Det manden giver udtryk for, når han savner sin partner, og lille nye spædbarn, som han efterlader på hospitalet, kan være en utryghed i den for ham helt nye og fremmede situation, og/eller samtidig et savn efter sin partner efter at de sammen har oplevet fødslen af deres barn. Han anerkendes ikke på lige fod med sin partner i løbet af svangeskabet og til fødsel, hvilket kan betyde at hans selvværd og self-efficacy påvirkes negativt i forhold til faderrollen og relations dannelsen til det nyfødte barn. Den første tid med det nyfødte barn er helt essentiel.

Juridiske stressorer

Ifølge Danmarks Statistik var der en skilsmisseprocent på 48 i 2020, og de fleste skilsmisser blev foretaget inden det yngste barn var fyldt 5 år. Men hvad med faderen, hvilke rettigheder har han i forhold til barnet i en skilsmisse? Bisgaard (2020), har undersøgt og fundet, at 98% af børn efter en skilsmisse har primære bopæl hos moderen. Det vil sige, at også her findes en kønsdiskriminering, nemlig en juridisk kønsforskel, selvom forældrene, hvis de ikke er gift, har fælles forældremyndighed. Faderen har ikke rettigheder i forhold til barnet på lige fod med moderen. Hvad gør det ved ham? Hvilke parametre har forrang i spørgsmålet om, hvem der skal være bopælsforældre? Et af de tungt vejende parametre er, hvor meget tid man har sammen med barnet.

I den forbindelse kan barselsorloven komme i spil. Vi er i Danmark på vej imod en øremærket orlov til manden i forbindelse med at han bliver far. På den måde kan hans tid med spædbarnet udvides og han inkluderes i forælderrollen på en anden måde. Det er dog endnu på trapperne, men ikke helt vedtaget. Indtil da, har faderen 14 dages fædreorlov i forlængelse af fødslen af sit barn. Parret samlet har herefter ret til at holde forældreorlov i hver 32 uger, hvor de tilsammen har ret til dagpenge i 32 uger, dvs. halvdelen af den berettigede periode.

I forhold til det økonomiske aspekt kan dette blive en stressfaktor for den nye far, idet han bliver sat i et krydsfelt imellem en indtægt og samvær med sit nyfødte barn. Det er efterhånden de fleste arbejdspladser der respekterer mandens ønske om fædreorlov overordnet. Kulturen på arbejdspladsen eller i omklædningsrummet i sportsklubben for den sags skyld, er vigtig i forhold til, om det er tilladt at give udtryk for sine emotionelle oplevelser og behov (Madsen, 2017). Der kan være tale

om en maskulin kultur, hvor feminine dyder, som f.eks. det at manden gerne vil have forældreorlov til at være sammen med sit lille spædbarn, giver anledning til mobning eller ekskludering eller lign. Hvis den nye fader har en iboende sårbarhed, vil eksponering for den form for manglende anerkendelse og måske endda decideret ekskludering fra en gruppe kunne bringe manden i en potentiel risiko for at udvikle perinatal depression. Konsekvenserne for barnet kan være at faderen danner projektioner overfor barnet, af svære følelser han har om sig selv. Projektioner, hvor barnet er f.eks. besværligt eller krævende. Sådanne projektioner internaliseres over tid i spædbarnet. Spædbarnet er umodent i sine sanser og derfor særdeles modtagelig over for stemninger og emotionelle og affektfulde oplevelser. Den meget tidlige internalisering der sker, vil præge barnet i sin oplevelse af sig selv fremadrettet.

Både det faktum at faderen er på sidelinjen i forbindelse med svangerskabet og fødslen, men også i forhold til at have barsel, hvor en relationsdannelse proces med det nyfødte barn er helt essentiel, kan virke som den ene stressor, der følger den anden for faderen. I hver fase, svangerskab, fødsel og barsel, føler han sig ikke set som en ligeværdig part i forældredannelsen, og føler sig ikke støttet adækvat af sundhedssystemet. Den sårbarhed der kan være forbundet med at bevæge sig ind på en ukendt arena, der er opbygget og tilrettelagt i forhold til kvinden, vil kræve en selvtillid og et selvværd hos manden, for at kunne agere i det og for at være i stand til at stille spørgsmål og give udtryk for forventninger. En mand med et lavt selvværd og en tvivl på sin egen agens i faderrollen som følge af tidlige barndomsoplevelser og manglende brugbar kulturel og social arv, der har brug for støtte og hjælp til denne transition, vil kunne opleve en række stressorer i forbindelse med mødet med sundhedssystemet, som følge af skuffelse og forventninger der ikke indfries og en følelse af forladthed i en i forvejen for ham svær tid. Som tidligere beskrevet, vil en mand ofte ikke gøre opmærksom på, at han ikke trives i det han er i, og derfor kan det føre til at han udvikler en perinatal depression.

Partnerstøtte, som er essentiel for manden i transitionen til faderskabet, er der måske heller ikke på den måde, han havde forventet. I forbindelse med svangerskabet sker der på lige fod med manden også en psykisk udvikling hos den gravide kvinde. De forventninger, som parret har til svangerskabet kan blive udfordret, på en måde, så kvindens fokus ændres fra dualiteten med manden til at være fokuseret indad, mod sin egne udfordringer, hvilket kan efterlade manden alene og med en følelse af at

blive forladt. Den tætte støtteperson, som han er tryk ved, er der måske ikke på den måde han har brug for. Ligeledes ændres fokus hos kvinden, når barnet er født, til at dreje sig om barnet og igen kan manden føle sig svigtet og forladt. Hvis han har en iboende sårbarhed med svigt fra den tidlige barndom, kan dette måske betegnes som et dobbelt svigt, først fra sin primære omsorgsperson og nu fra den tætteste støtteperson i et af sit livs store kriser. Den forladthed og den usikkerhed det kan medføre hos manden, er en stressor og kan potentielt medføre en risiko for udvikling af perinatal depression.

Diskussionen har indtil nu foregået i det sociokulturelle perspektiv, som vægter i forhold til faktorer, i individets omverden. Det er ydre påvirkninger der potentielt virker belastende for manden i transitionen til faderskabet. Den måde han belastes på og hans mestringsstrategier i forhold til stress er forskellig fra individ til individ. Det er ikke alene store livskriser der påvirker den mand, der har iboende sårbarhed, det er også konflikter i f.eks parforholdet, eller andet pres som han eksponeres for i sin dagligdag. Det sociokulturelle perspektiv indeholder multiple stressfacilliterende kontekster for den mand, der har en iboende sårbarhed.

Paternel perinatal depression er en subtype af depression som er mere relevant end andre, set i forhold til hvilke konsekvenser den kan få for flere generationer.

Familiedannelse i diatase-stressperspektiv

Familiedannelse, her set i et diatase-stressperspektiv, kan opfattes som et dynamisk begreb, en proces, der begynder ved svangerskabet og rummer biologiske og sociale udfordringer og udviklingspotentialer. Processen er forskellig hos henholdsvis kvinden og manden, hvor sidstnævnte påvirkes af psykologiske forandringer i forhold til identitet og selvværd.

Forskning viser, at den livskrise, som det kan defineres som, når manden skal til være far, og specielt første gang, kan være forbundet med dels belastende påvirkninger fra omgivelserne, men i særdeleshed belastninger i den intrapsykiske sfære (Mosbæk, 1996; Madsen, 2017, Warren, 2020). Eksponeringen af stress i perinatalperioden sker som følge af den radikale omlægning og tilpasning til det nye familieliv. Der stilles krav til manden i hans rolle som partner og som far. Denne

eksponering vil potentielt påvirke manden, der har en iboende medfødt sårbarhed, så han er i risiko for at udvikle en perinatal depression.

Den iboende sårbarhed hos manden kan være opstået som følge af eksponering for traumatiske oplevelser eller deprivation i barndommen, hvor skræmmende interaktioner med den primære omsorgsperson, kan resultere i varige internaliserede neurologiske og fysiologiske ændringer hos manden (O'Conner, 2016). Hans fysiologiske stressregulering, HPA-aksen, som bl.a regulerer stresshormoner i kroppen kan, alt efter grad af eksponering i fostertilværelsen og tidlige barndom, medføre en neurologisk påvirkning af hippocampus, som atrofierer, som følge af permanente unormale høje mængder af stresshormonet kortisol og adrenalin i kroppen.

Sårbarhed hos manden der befinder sig i transitionen til faderskabet, indbefatter ifølge Kim & Swain (2007) tidlige belastende oplevelser, der bliver biologisk indlejret, dvs. epigenetisk påvirkning, som følge af DNA- methylering/acetylering.

Sårbarhed kan overføres transgenerationelt, hvilket vil sige, at sårbarhed der er opstået hos et individ i én generationen, kan overføres og påvirke flere efterfølgende generationer, med f.eks sårbarhed over for psykiske lidelser som perinatal depression.

Perspektivernes forskellighed

Niveau

Niveauet for perspektivernes indflydelse på individet, er forskellig imellem diatese-stressperspektivet og det sociokulturelle perspektiv.

Diatese-stress perspektivet, der opdelt består af to komponenter, diatese som beskriver sårbarhed som følge af genetisk arv og epigenetisk forandring, samt aversive barndomsoplevelser som i samspil medfører en biologisk iboende sårbarhed hos individet. Individet påvirkes på celle niveau.

Hierarkisk set er niveauet for diatese-stress grundlæggende for den måde manden reagerer på, ved eksponering af stressbelastning i sin transition til faderskabet.

Timing

Genetisk niveau

Den forskellighed, der tydeligt kan identificeres imellem diatese-stressperspektivet og det sociokulturelle perspektiv er timingen. Med timing menes, tidspunktet for at det enkelte perspektiv har sin grundlæggende indflydelse på individet.

Diatese-stressperspektivet beskriver barnets sårbarheder i udviklingsperioden med start ved undfangelsen. Denne udviklingsperiode er afhængig af et dynamisk samspil imellem biologiske, psykologiske og miljømæssige faktorer, som genetik, tilknytning, familiedynamik og interpersonelt samspil, indre psykiske strukturer, personlighed men også kultur og historie (Berk, 2014; Hart & Møhl, 2017).

Barnet dannes med et sæt gener, som er et resultat af replikation og information fra forældrene. DNA, som udgør arvematerialet, er opbygget på en måde, så en fuldstændig kopiering kan ske med stor præcision og arvelighed føres på den vis videre fra generation til generation. Individets fænotype, modificeres epigenetisk ud fra miljømæssige påvirkninger, det kan være påvirkninger i det interuterine miljø, som f.eks palcentainsufficiens²² eller udefra kommende påvirkning, som f.eks moders misbrug af alkohol eller stoffer, eller mors kroniske stress. Disse ultra tidlige påvirkninger forbliver iboende som sårbarhed i individet og kan prædisponere for potentielt senere udvikling af psykisk lidelse som perinatal depression.

Diatese-stress perspektivet er beskrivende for den genetiske og epigenetiske påvirkning individet har iboende, samt den allertidligste ydre miljøpåvirkning i forbindelse med livet interuterint²³ og i spædbarnsalderen.

Antenatalt niveau

Depression hos moderen under graviditeten har være forbundet med en øget risiko for negativ neurologisk udvikling hos barnet, hvor epigenetiske faktorer kan være en af biologiske forklaringsmodeller til at forklare en årsagsmekanisme. Stress i

²² Reduktion i moderkagens funktion, som kan medføre væksthæmning i forskellig grad hos fostret.

²³ I livmoderen.

graviditeten særligt kronisk stress, hvor moderens serumkortisol²⁴ er konstant forhøjet, vil påvirke barnet på en måde, så det også har kronisk forhøjede kortisolniveauer. Hos moderen vil en kronisk stresspåvirkning medføre en reversibel atrofi af hippocampus, således at hun får øget følsomhed overfor stressorer. Hos barnet, der har en umoden hjerne der er i udvikling, og hvor neurogenesen er på sit højeste, der påvirkes hippocampus ligeledes og atrofierer²⁵. Påvirkninger af stress så tidligt som i fosterstadiet vil forstyrre hjerneaktiviteten og andre organer og kan ende med at være irreversible skader. I forhold til stresspåvirkninger efterfølgende vil barnet i resten af sit liv være mere disponeret for stressorer og vil have en øget risiko for potentielt at udvikle perinatal depression i transitionen til faderskabet. Det vil med andre ord sige, at moderens mentale og fysiske sundhed i løbet af svangerskabet er prædikator for kvaliteten af fostrets miljømæssige vilkår i uterus²⁶.

Timing er ofte betinget af, hvor tidlig eksponering af ACE, hvor barnets umodenhed gør, at synaptogenese foregår i med stor fart, hvilket prædikerer at jo tidligere barnet eksponeres, desto større og mere alvorlig og langvarig er skaden der påføres.

Postnatalt niveau

Timing er en af de væsentligste faktorer i udviklingstraumatologisk øjemed. Det antages at jo tidligere individet eksponeres for mistrivsel som f.eks. ACE desto sværere er graden af traumet.

Der er ifølge forskningen både en umiddelbar og en varig effekt af ACE (Racine, 2021), idet eksponering for f.eks. emotionelt misbrug og/eller forsømmelse, både i den tidligste spædbarnsalder, i barndommen og i teenagealderen, samt kronisk vedvarende eksponering i løbet af barndommen, er fundet som signifikant prædikator for psykiske lidelse, som f.eks. paternel perinatal depression.

Disse iboende grundlæggende faktorer medfører at individet har nogle sårbarheder, som kan komme til udtryk, men ikke nødvendigvis. Faktum er, at det giver en

²⁴ Kortisolniveau i blodet.

²⁵ Volumen reduceres

²⁶ Livmoderen

iboende disposition, som kan formodes at have indvirkning på, at nogle mænd i deres transition til faderskabet allerede prænatalt kan udvikle en psykisk lidelse som perinatal depression.

Barnets tilknytningsmønster er ikke etableret før 1 års alderen, men i tiden fra fødslen til 1 års alderen kan der frames et tilknytningsmønster hos spædbarnet. Forældre sensitivitet er en vigtig prædikator for tilknytningskvaliteten.

Moderen, der stadig oftest er barnets primære omsorgsperson, er mandens første og helt essentielle erfaring med den tidlige socialisering. Mandens første spæde selv er et mor-selv som, hvis hun ikke udgør den sikre base for barnet, men er psykologisk utilgængelig og måske truende og kaotisk, medfører at hans grundlæggende behov ikke opfyldes emotionelt og relationelt.

Sociokulturelle niveau

Det sociokulturelle niveau påvirker individet fra undfangelsen. Den gravide kvinde bor og lever i et miljø som allerede har sin påvirkning på fostret i livmoderen.

Moderens levevis og psykiske helbred er essentielle for at fostret har de optimale vækstvilkår. Hvis moderen har et misbrug af f.eks alkohol, påvirkes barnet via en let passage over placenta, af alkoholen hvilket kan føre til føtalt alkoholsyndrom²⁷, hvis hun er meget stresset i lange perioder, da påvirkes barnet via det høje serum kortisol og adrenalin mor konstant har, hvilket kan medføre atrofi af hippocampus. Dette har betydning for at individet hurtigere bliver belastet af stress.

Op igennem det levede liv påvirkes manden af de sociale og kulturelle strømninger som findes i samfundet.

Der forekommer et hierarki i forhold til de to perspektivers indvirkning på individet. Diatesedelen, hvor der er en iboende medfødt sårbarhed, er grundlæggende for individets reaktion overfor f.eks kulturelt funderede stressorer i resten af livet.

²⁷ Føtalt alkohol syndrom: Varierende symptomer. Giver neurologiske problemer- hjerneskade (sundhed.dk).

Syntese

Det sociokulturelle- og diatese-stress perspektivet opererer på forskellige niveauer, nemlig timing, i forhold til den tidsmæssige påvirkning af manden samt niveau, hvorpå manden belastes fysisk og psykisk i forbindelse med perinatal depression.

Sårbarheden hos manden grundlægges distalt og er iboende indtil f.eks hans transition til forældreskabet og prædisponerer ham for potentiel risiko for at udvikle perinatal depression. Manden kan være psykisk velfungerende indtil sin transition til faderskabet. I transitionen forbereder manden sig psykologisk til den nye rolle. Hans identitet forandres og fornemmelsen af egen identitet kan forstyrres af tidlige barndomsoplevelser og internaliseringer med samspil med primære omsorgspersoner som hidtil har været ubevidste og som kan være oplevet i den nonverbale periode af hans liv, hvorfor han kan mangle sprog for oplevelserne. Disse ubevidste tanker og følelser bliver bevidste i takt med mandens refleksion over sin rolle som far.

Samtidigt påvirkes han af sociale og kulturelle normer, regler, forventninger m.m., som samlet og delt kan virke som stressorer. Den iboende sårbarhed medfører stor øget risiko for udvikling af paterne perinatal depression.

Desuden kan epigenetiske ændringer kan overføres fra en generation til en anden, uden at den genetiske kode involveres direkte (Sonne- Hansen et.al, 2014). Disse transgenerationelle forandringer kan ligeledes ses i kulturelle handlemåder og interaktionsmønstre.

Konklusion

Dette speciale tager udgangspunkt i en nysgerrighed overfor fænomenet paternel perinatal depression, samt en frustration over den manglende intervention over for lidelsen, taget lidelsens konsekvenser i betragtning.

Inden for psykologien har aversive barndomsoplevelser længe været formodet at spille en ætiologisk rolle i forhold til psykiske lidelser som f.eks paternel perinatal depression. Paternel perinatal depression er en kompleks lidelse, hvor aversive barndomsoplevelser er et delelement, et blandt flere, som gør denne subtype af depression speciel.

En kobling af det sociokulturelle perspektiv og diatese-stressperspektivet, som er foretaget i dette speciale, muliggør at arvelige forhold, epigenetik, opvækstvilkår samt aktuelle belastninger i et komplekst samspil potentielt udgør et risiko for manden i forhold til at udvikle perinatal depression. Sammen med genetiske faktorer spiller miljøfaktorer en væsentlig rolle for udviklingen af lidelsen. Det sociokulturelle perspektiv kan på den vis anskues som værende en miljøfaktor, idet kulturel prægning kan medføre en stressfaciliterende kontekst for manden i sin transition til faderskabet.

Set ud fra det ufødte barnets perspektiv, vil en tidlig identificering forhåbentlig medføre et omgående tilbud om intervention, der kan begrænse den negative eksponering for et forstyrret faderskab og dermed få stor betydning for barnets udvikling.

De sundhedsprofessionelle, der arbejder med de nye forældre i løbet af et svangerskab, må være sensitive overfor kønsrelaterede forhold og den psykiske tilstand hos manden, for at kunne identificere og hjælpe og støtte de mænd, der er i potentiel risiko for at udvikle perinatal depression.

Øget opmærksomhed og fintunede evner i forhold til at identificere perinatal depression hos mænd vil kræve en øget indsigt samt en øget forståelse for lidelsen partneren, men i særdeleshed hos det sundhedsprofessionelle team, der arbejder med forældrene i løbet af svangerskabet – dels i primærsektoren; privatpraktiserende læge, jordemoder og sundhedsplejerske, men også personalet på de obstetriske afdelinger og barselsafdelinger.

Paternel perinatal depression kan som en forsigtig konklusion på dette speciale, med fordel betragtes i et dualistisk perspektiv, hvor intervention sker på depression, som et delelement og hvor identitets- og relationsdelen udgør det andet element af lidelsen.

Mandens sårbarhed kan vise sig at være en indsigtfuld vejledning i udredningen af ætologi, når det gælder perinatal depression.

Perspektivering

Der søges med dette speciale indsigt i lidelsen, således at en mere dybdegående forståelse, vil kunne akkumulere supplerende og alternative ideer til den profylakse og intervention, der findes til faderen i transitionen til faderskabet allerede.

Det paradigme fædre med perinatal depression placeres i (hvis de er heldige, skal siges) er på trods af denne brede palet af heterogene symptomer, et sygdomsparadigme, der fokuserer på helbredelse af forstyrrelsen. I stedet kunne man tage udgangspunkt i et sundhedsparadigme, der fokuserer på vejen til et tilfredsstillende liv for ham og hans familie. Perspektivet er at se lidelsen som relateret til deres vilkår, mere end en pådraget forstyrrelse. Det betyder ikke, at der skal ses bort fra den viden, der findes om behandling af den specifikke depressionslidelse.

Profylaksen omkring perinatal depression bør efter min overbevisning gribes an på tre niveauer; partnerniveau, professionelt niveau og samfundsniveau.

En helt essentiel støtte kommer fortrinsvist fra mandens partner. Det vil sige, at en bevidsthed om og en indsigt, hos både manden og kvinden, i hvorledes perinatal depression er en potentiel risiko når man venter barn og i barnets første leveår. Jeg mener, at det er helt essentielt, at begge parter bliver oplyste om emnet, da begge parter kan udvikle lidelsen. Hvis parterne bliver opmærksomme på ændringer i den andens adfærd i forløbet, så kan de måske dels tale om det der er svært indbyrdes, og dels rekvirere professionel hjælp af f.eks. privatpraktiserende læge eller jordemoder.

Forståelse for vigtigheden af støtte foranstaltninger kan være helt essentiel hos professionelle inden for svangeromsorgen, jordemødre, læger, sygeplejepersonale og sundhedsplejersker og andre fagfolk, der yder støtte og hjælp til mænd i den sårbare transition til faderskabet. Ligeledes er viden om og indsigt i ætiologien omkring paternel perinatal depression essentiel, idet en øget forståelse hos de professionelle der agerer inden for svangre omsorgen, vil give bedre forudsætning for at yde adækvat støtte og hjælp til den kommende fader.

Budskabet bør ligeledes bredes ud i befolkningen, budskabet om at perinatal depression hos både manden og kvinden er en risiko, når man venter barn.

Vigtigheden i at opspore og forebygge lidelsen skal tydeliggøres i forhold til konsekvenserne det kan få for individet, parforholdet og barnet.

Den traditionelle kønsfokuserede tilgang bør suppleres med en familiefokuseret tilgang, hvor der tages højde for mandens behov, for at sikre en mere effektiv interventionsstrategi til gavn for familieenheden som helhed.

Referenceliste

- Abidin, R. (1992) The Determinants of Parenting Behavior. In: *Journal of Clinical Psychology*. Vol 21, udg. 4 (407-12) 6 sider
- Ammitzbøll, J., Gullestrup, L., Lindvad, K., Madsen, S.A., Videbech, P., Vinter, M. (2012) *Fødselsdepression- der er hjælp at få*. 1. udg. 1. oplag. Forlaget Frydenlund (263 sider)
- Andreasson, J. & Jonasson, T. (2016) Becoming a half-time parent: Fatherhood after divorce. In: *Journal of family studies* (p 1-16) 16 sider
- Arendt, M., & Rosenberg, N. K. (2012) Kognitiv adfærdsterapi ved affektive lidelser. In: *Kognitiv Terapi: Nyeste udvikling*. Hans Rietzels Forlag (1. udgave, pp. 116–150) 34 sider
- Berens, A. E., Jensen, S. K. G., & Nelson, C. A. 3rd. (2017) Biological embedding of childhood adversity: from physiological mechanisms to clinical implications. In: *BMC Medicine*, 15:135. 12 sider
- Berk, L. E., (2014) *Child Development* (6.th ed.) USA: Pearson. Kap.1, 2, 5 & 14 (pp. 2- 44, 44-78, 150- 181, 462-499) 145 sider
- Bisgaard, M. (2020) Who Works the System? Investigating Gender Differences in Client Behavior. In: *Child Visitation Disputes*. PHD, AU.
- Bloksgaard, L., Christensen, A-D., Jensen, S. Q., Hansen, D., Kyed, M. C. & Nielsen, K., J., (2015) Masculinity Ideals in a Contemporary Danish Context. *NORA—Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 2015. Vol. 23, No. 3, (p 152–169) 19 sider

Bonke, J., Wiese, E. & Christensen, A., (2018) *Hvordan bruger danskerne tiden?*
Gyldendal: 21, 39

Bornstein, M. H. (2012) Cultural Approaches to Parenting. *Parenting: Science and Practice* Vol.12: 212-221 (11 sider)

<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1080/15295192.2012.683359>

Brandth, B. & Kvande, E. (2003) Fleksible fedre. Maskulinitet, arbeid, velferdsstat
In: *Norsk antropologisk tidsskrift*. Vol 16.

Bretherton, I. (2011) Fathers in attachment theory and research – a review. In:
Newland, L.A., Freeman, H.S. & Coyl, D.D. (2011) *Emerging Topics on Father Attachment. Considerations in theory, context and development*. Routledge, Taylor & Francis. (p 9-24) 16 sider

Brewin, C.R. & Andrews, B & Valentine, J. V. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000, Vol. 68, No. 5, (pp. 748-766) 18 sider

Bromet, E., Andrade, L.H., Hwang, I., Sampson, N.A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A.N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J.P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M.E.M., Browne, M.O., Posada-Villa, J., Viana, M.C., Williams, D.R., Kessler, R.C. (2011) Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 90. (p 1741-1757) 16 sider

Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L., Schmied, V.,(2005) "Big build": hidden depression in men. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39: (p 921-931) 10 sider

Cameron, E.E., Sedov, J.D. & Tomfohr-Madsen, L.M. (2016) Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An update meta-analysis. In: *Journal of Affective Disorders*. Vol 206 (p. 189-203) 14 sider

Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Thisted, R. A. (2010) Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analysis of loneliness and depressive symptomatology in Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. In: *Psychology & Aging*, Vol 25. Iss 2. (p. 453-463) 10 sider

Chambers, Deborah (2012) *A Sociology of Family Life. Change and Diversity in Intimate Relations*. Polity Press. Cambridge: 85

Chhabra, J., McDermott, B. & Li, W. (2020) Risk factors for paternal perinatal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. In: *Psychology of Men & Masculinity* (57 sider)

Cicchetti, D. (2010) Resilience under conditions of extreme stress: A multilevel perspective. In: *World Psychiatry*, 9, 1-10. 10 sider

Cicchetti, D. (2016). Socioemotional, personality, and biological development: Illustrations

from a multilevel developmental psychopathology perspective

on child maltreatment. In: *Annual Review of Psychology*, 67, (p 187-211) 24 sider

Cicchetti, D., & Curtis, JW. (2006). The developing brain and neural plasticity: Implications

for normality, psychopathology, and resilience. In D. Chicchetti & D. J.

Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2. ed.). New

York: Wiley (p 1-64) 64 sider

Clark, R. (1999) The parent-child early relational assessment: A factorial validity study. In: *Educational and Psychological Measurement*, vol. 59. No. 5. Sage

Publications, Inc. (821-846) 24 sider

Colodro-Conde,L., Couvy-Duchesne,B., Zhu,G., Coventry,W.L., Byrne, E.M.,

Gordon, S., Wright; M.J., Montgomery,G.W., Madden, P.A.F. (2018) A direct test of the diathesis-stress model for depression. In: *Molecular Psychiatry*. Vol.23, Iss.,7 (p

1590-1596) 6 sider

Compas, B. E. (2006) Psychobiological Processes of Stress and Coping. Implications

for Resilience in Children and Adolescents - Comments on the Papers of Romeo &

McEwen and Fisher et al. *Annals of the New York academy of sciences*, 1094(1), (p.

226–234) 8 sider

Condon, J. (2006) What about dad? Psychosocial and mental health issues for new

fathers *Australian Family Physician*, Vol.35, No. 9 (p. 690-692) 3 sider

Cooney, T.M. & Uhlenberg, P. (1991) Changes in work-family connections among

highly educated men and women, 1970 – 1980. In: *Journal of Family Issues*. Vol. 12

(p. 69-90) 21 sider

Cowan, CP. & Cowan, PA. (2000) *When Partners Become Parents: The Eig*

Lifechanges for Couples. Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Cox, J., Holden, J. & Henshaw, C. (2014) *Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*. The Royal College of Psychiatrists. 2.ed.

Cuijpers, P., Weitz, E., Karyotaki, E., Garber, J., & Andersson, G. (2015) The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: A meta-analysis. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), (p 237-245) 8 sider

Darwin, Z., Domoney, J., Iles, J., Bristow, F., Siew, J., & Sethna, V. (2020) Assessing the Mental Health of Fathers, Other Co-parents, and Partners in the Perinatal Period: Mixed Methods Evidence Synthesis. In: *Frontiers in Psychiatry*, 11, (p 1-18) 19 sider

Deater-Deckard, K. (1998) Parenting Stress and Child Adjustment: some old hypotheses and new questions. In: *Clinical Psychology: Science and Practice*. Vol. 5, udg 3 (p 314-32) 18 sider.

Dencik, L., Jørgensen, P.S. & Sommer, D. (2008) *Familie og børn i en opbrudstid*. Hans Reitzels Forlag

Ekin, D., Nuray, E., Serka, G., Esma, B., (2016) Paternal depression rates in prenatal and postnatal periods and affecting factors. In: *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol.30 Iss.6 (p 747-752) 6 sider

Edward, K.; Castle, D.; Mills, C.; Davis, L.; Casey, J. (2015) An integrative review of paternal depression. In: *American Journal of Mens Health*, vol 9. Iss 1 (p. 26-34) 9 sider

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1974). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. In: *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, (p 387-421) 34 sider

Frankenhuis, W.E., Nettle, D. & McNamara (2018) Echoes of Early Life: Recent Insights From Mathematical Modeling. In: *Society for Research in Child Development*. Vol.89, Iss.5 (p 1504-1518) 14 sider

<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1111/cdev.13108>

Fredriksen, E., Von Soest, T., Smith, L. & Moe, V. (2019) Depressive symptom contagion in the transition to parenthood: Interparental processes and the role of partner-related attachment. In: *Journal of abnormal psychology*, 128(5), pp. 397-403. 7 sider

Friborg, O. (2010) "Resiliens" <http://www.uit-psyk.net/art10/Resiliens.pdf> 5 sider

Galea, L.A.M. & Frokjaer, V.G. (2019) Perinatal Depression: Embracing Variability toward Better Treatment and Outcomes. In: *NeuroView*, Vol. 102, Iss 1 (p 13-16) 4 sider

Gerlach, J. et al. (2014) *Depression. Symptomer, årsager og behandling*. PsykiatriFondens Forlag.

Giddens, A. (1991/1996). *Modernitet og Selvidentitet – Selvet og Samfundet under Sen-moderniteten*. København: Hans Reitzels Forlag. Kap. 3, pp. 108-120

Glasser, S. & Lerner-Geva, L. (2019) Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. In: *Perspectives in public health*, 139(4), pp. 195-198. 4 sider

Goodman, J. H. (2004) Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. In: *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), (p 26-36) 10 sider

Gullestrup, L. & Terp, I. M. (2008) *Fødselsdepression*. 1. udg. 1. oplag. Psykiatrifondens Forlag (176 sider)

Grossmann, K., Grossmann, K.E., Kindler, H. & Zimmermann, P. (2008) A wider view of attachment and exploration. The Influence of Mothers and Fathers on the Development of Psychological Security from Infancy til Young Adulthood. In: Cassidy, J. & Shaver, P.R. (2008): *Handbook of Attachment*, 2. Ed. The Guilford Press (p 857-879) 22 sider

Grønbæk, E. S. & Sommer, D. (2019) Epigenetik og udviklingstransaktioner i den tidlige tilknytningsrelation. In: *Psyke & Logos*, 40 (p 189- 207) 18 sider

Harder, S., Jacobsen, B., Køppe, S., Lunn, S., Mathiesen, B.B., & Væver, M.S. (2008) *Sårbarhed. Diatese-stress-modellen til diskussion*. København: Hans Reitzels Forlag

Heller, L & Lapierre, A. (2020) *Udviklingstraumer. Hvordan udviklingstraumer påvirker selvregulering, selvbillede og evnen til kontakt*. Hans Reitzels Forlag. Kap. 8 (143-180) 43 sider.

Hodgson, S., Painter, J., Kilby, L. & Hirst, J. (2021) The Experiences of First-Time Fathers in Perinatal Services: Present but Invisible. In: *Healthcare*, 9(2).

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.L., Rochat, T., Stein, A., Milgrom, J. (2014) Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. In: *Lancet* 384 (p. 1775- 88) 13 sider

Jørgensen, C.R. (2017) *Identitet. Psykologiske og kulturanalytiske perspektiver*. Hans Reizels forlag 2.udg. 3. oplag. Kap. 2, 5 (pp 28-79, 132-169) 88 sider

Kerstis, B., Aarts, C., Tillman, C., Persson, H., Engstrøm, G., Edlund, B. et al. (2016) Association between parental depressive symptoms and impaired bonding with the infant. In: *Archives of Women's Mental Health* vol.19, Iss.1 (p 87-94) 7 sider

Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK, Angst J. (2004) The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders - a life-long perspective. In: *Acta Psychiatrica Scand.* Vol.109 (p 339-344) 6 sider

Kim, P. & Swain, J.E. (2007) Sad dads. Paternal postpartum depression. In: *Psychiatry*. Vol.4. Iss.2 (p 35-47) 12 sider

Klerman, G. L & Weissmann, M. M. (1987) Interpersonal psychotherapy (IPT) and drugs in treatment of depression. In: *Pharmacopsychiaty*, Vol 20, Iss. 1

Letourneau, N. L., Dennis, CL., Benzies, K., Duffet-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P.D., Este, D., & Watson W. (2012) Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the Impact on Mothers, Fathers, and Children. In: *Mental Health Nursing*, 33:7. (p 445-457) 12 sider

<https://doi.org/10.3109/01612840.2012.673054>

Leung, B.M., Letourneau, N.L., Giesbrecht, G.F., Ntanda, H., Hart, M., (2017) Predictors of postpartum depression in partnered mothers and fathers from a longitudinal cohort. In: *Community mental health journal*. 53 (4), (p 420-431) 11sider

Levine, A. (2001) *Væk tigeren*. Borgens Forlag, København

Machin, A. J. (2015) Mind the gap: The expectation and reality of involved fatherhood. In: *Fathering*, vol. 13, Iss. 1 (p 36-59) 23 sider

Madsen, S.Aa. (2017) Guide til behandling af fædre med fødselsdepression. København: *Rigshospitalets Fædreforskningsprogram*.
<https://sundmand.dk/FogFD.pdf>

Madsen, S. A. & Burgess, A. (2010) Fatherhood and mental health difficulties in the postnatal period. In: D. Conrad & A. White *Promoting Men's Mental Health*. Oxford: Radcliffe Publishing.

Madsen, S. Aa. & Juhl, T. (2007) Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. In: *Int Journal of Men's Health & Gender*. Vol 4 Issue I, (p 26-31) 6 sider

Madsen, S. Aa., Lind, D. & Munck, H. (2002) *Fædres tilknytning til spædbørn*. København. Reitzels forlag.

Madsen, S. Aa., Munck, H. & Tolstrup, M. (1999) *Fædre og fødsler*. København: Frydenlund Grafisk

Madsen, S.Aa (1996) *Bånd der brister – Bånd der knyttes. Intervention ved forstyrrelser i den tidlige mor-spædbarn- relation*. København: Hans Reizels Forlag. (342 sider)

Mangialavori, S., Giannotti, M., Cacioppo, M., Spelzini, F. & Baldoni, F. (2021) Screening for Early Signs of Paternal Perinatal Affective Disorder in Expectant Fathers: A Cluster Analysis Approach. In: *Journal of Personalized Medicine*, 11(1), pp. 10-15. 6 sider

Marsiglio, W. (2000) Scholarship on Fatherhood in the 1990s and Beyond. In: *Journal of Marriage and Family*, Vol 62, Iss. 4.

Melrose, S. (2010) Paternal postpartum depression: How can nurses begin to help? In: *Contemporary Nurse*, vol 34 Iss.2 (p 199-210) 11 sider

Miguel, B. E-S., Gandasegui, V. D. & Gorfinkiel, M., D. (2019) Is Involved Fatherhood Possible? Structural Elements Influencing the Exercise of Paternity in Spain and Norway. In: *Journal of Family Issues*. Vol 40. Iss.10 (p 1364-1395) 31 sider

Mosbæk, C. (1996) *Det nyfødte barn – de nye forældre* Hans Reitzels Forlag A/S, København. (206 sider)

Munk-Olsen, T. & Agerbo, E. (2015) Does Childbirth Cause Psychiatric Disorders? A population-Based Study Paralleling a Natural Experiment. In: *Epidemiologi*, vol 26 (1) (p 79-84) 5 sider

Munk-Olsen, T., Jones, I. & Lauersen, T. M. (2014) Birth order and postpartum psychiatric disorders. In: *Bipolar Disorders*, vol. 16, Iss. 3 (p 300- 307) 8 side

Musser, A.K., Ahmed, A.H., Foli, K.J., Coddington, J.A. (2013) Paternal postpartum depression: What health care providers should know. In: *Journal of Pediatric Health Care* 27 (6), (p. 479-485) 16 sider

Nemeroff, C.B. (2004) Neurobiological consequences of childhood trauma. In: *The Journal of clinical psychiatry*, Vol. 65 Suppl.1, Iss. Suppl.1 (p. 18 – 28) 10 sider

Nielsen, S.B. & Westerling, A. (2015) Fathering as a learning process: breaking new ground in familiar territory. In: Eydal, Guðný Björk & Rostgaard, T.: *Fatherhood in the Nordic Welfare States. Comparing care policies and practice*. Bristol, Policy Press

O'Connor, T. G. (2016). Chapter 5: Developmental Models and Mechanisms for Understanding the Effects of Early Experiences on Psychological Development. In: D. Cicchetti (Ed), *Developmental Psychopathology, Theory and Method* (pp. 156-198) 32 sider. ProQuest Ebook Central <https://ebookcentral.proquest.com>

Oehlenschläger, P. & Hansen, A.I. (2011) Posttraumatisk stress- et bio-psyko-socialt perspektiv. In: *Psyke & Logos*. 32 (p.267 – 289) 22 sider

O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D.A. & Varner, M., W. (1991 a) Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables. In: *Journal of Abnormal Psychology* Vol 100. Iss. 1 (p.63-73) 10 sider.

Parkes CM. (1971) Psycho-social transitions: a field for study. In: *Social science & medicine* vol.5 Iss. 2 (p 101-15) 15 sider

Paulson, J.F. (2010) Focusing on depression in expectant and new fathers. In: *Psychiatric Times*, vol 27(2) (p 48-52) 5 sider

Paulson, J.F. & Basemore, S.D. (2010) Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and its Association with Maternal depression. In: *Journal of the American Medical Association*. Vol 303 Iss: 19 (p 1961-1969) 9 sider

Pedersen, C. B., Mors, O., Bertelsen, A., Waltoft, B. L., Agerbo, E., McGrath, J. J., & Eaton, W. W. (2014) A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. In: *JAMA Psychiatry*, 71, (p 573-581) 8 sider

Poromaa, I. S., Comasco, E., Georgakis, M., K., Skalkidou, A. (2017) Sex differences in depression during pregnancy and the postpartum period. In: *Journal of Neuroscience Research*. Vol. 95. Udg. 1-2 (p. 719-730) 11 sider

PsykiatriFonden (2006) *Depression*

Racine, N., Devereaux, C., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J. & Madigan, S. (2021) Adverse childhood experiences and maternal anxiety and depression: a meta-analysis. In: *BMC Psychiatry*, 21(1).

Reinicke, K. (2013) *Mænd–Køn under forvandling*. Aarhus Universitetsforlag

Reinicke, K. (2010) Arbejdsliv, maskulinitet og karrieredilemmaer: In: *Tidsskrift for Arbejdsliv*. 12. årg. nr. 2

Rehel, E.M. (2014) When dad stays home too: Paternity leave, gender, and parenting. In: *Gender and Society*. Vol. 28: Iss.1(p. 110–132) 22 sider

Ross, C.E. & Mirowsky J. (1989) Explaining the Social Patterns of Depression: Control and Problem Solving – or Support and Talking? In: *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 30 (p. 206 – 219) 13 sider.

Rothbaum, F., Rosen, K., Ujiie, T., & Uchida, N. (2002) Familiesystemteori, tilknytningsteori og kultur. In: *Familieproces*, vol. 41 (3), (p 328 - 350) 22 sider

<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1111/j.1545-5300.2002.41305.x>

Scarff, J. R. (2019) ” Postpartum depression in Men”. In: *Innovations in Clinical Neuroscience*, Vol. 16, Iss. 5-6 (p. 11–14) 4 sider

Schwartz, L.K. (2016) *Når far taber sutten. Depression og angst i faderskabet*. København: Books on Demand GmbH, 2.udg.1. oplag (189 sider)

Siegel, D. J. (1999) *The Developing Mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press New York & London

Simonsen, E. & Møhl, B. (2017) *Grundbog i Psykiatri*. (2.udg.) Hans Reitzels Forlag. Kap. 2, 5, 16, 44 (pp. 65- 92, 133- 149, 347- 382, 885- 898) 91 sider

Smith-Nielsen, J., Tharner, A., Steele, H., Cordes, K., Mehlhase, H., Vaever, M.S. (2016) Postpartum depression and infant-mother attachment security at one year: The impact of co-morbid maternal personality disorders. In: *Infant Behavior and Development*. Vol 44. (p. 148-158) 11 sider

<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.06.002>

Soares, C. N., & Zitek, B. (2008) Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: A continuum of vulnerability? In: *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, Vol. 33(4) (p 331–343) 12 sider

Sonne-Hansen, K., Etzerodt, C. & Helin, K. (2014) Fra genetik til epigenetik. In: *Aktuel Naturvidenskab*, vol. 3. (p 36-40) 5 sider.

Stevens, E. (2015) Understanding discursive barriers to involved fatherhood: The case of Australian stay-at-home fathers. In: *Journal of Family Studies*, Vol. 21. Iss. 1. (p 22–37) 15sider

Tarsuslu, B., Durat, G. & Altinkaynak, S. (2020) Postpartum Depression in Fathers and Associated Risk Factors: A Systematic Review. In: *Turk Psikiyatri Dergisi*, 31(4), pp. 280-289. 10 sider

Tuszynska-Bogucka, W. & Nawra, K. (2014) Paternal postnatal depression- A review. In: *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, vol. 2 (p 61-69) 8 sider

Underwood, L., Waldie, K. & Peterson, E. (2017) Paternal depression symptoms during pregnancy and childbirth among participants in the growing up in New Zealand study. In: *Psychiatry*, Vol. 74(4) (p 360-369) 9 sider

Videbech, P. (2004) Depression kan påvirke hjernen. In: *Sygeplejersken* (32) (p. 36-40) 5 sider

Warren, J. (2020) Supporting Men in Their Transition to Fatherhood. In: *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*. Spring 2020, bind 34 Udgave 3, (p 230-237). 8 sider

Wells, M.B & Aronson, O. (2021) Paternal postnatal depression and received midwife, child health nurse, and maternal support: A cross-sectional analysis of primiparous and multiparous fathers. In: *Affective Disorders Journal of* 280 (p 127-135) 8 sider

Wenneberg, T. (2011). *Vi er vores relationer*. København: Dansk Psykologisk forlag A/S. 1.udgave. 1. oplag (pp 13-24; 71-88; 89-104) hele bogen 233 sider.

WHO ICD-10: World Health Organization. (2018) ”*WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser - klassifikation og diagnostiske kriterier*”. København, DK: Munksgaard.

Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H., (1993) Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: clinical presentation, psychiatric history, and psychosocial functioning. In: *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, Vol. 61, Iss 3.

Woody, C.A., Ferrari, A.J., Siskind D. J., Whiteford, H.A., Harris, M.G., (2017) A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. In: *Journal of Affect Disorders* 219. (p.86-92) 7 sider

Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathé, A. A. (2013) Understanding resilience. In: *Frontiers in behavioral neuroscience*, kap. 7, 10.

Xu, F., Sullivan, E., Binns, C. & Homer, C.S., (2016) Mental disorders in new parents before and after birth: a population-based cohort study. In: *BJ Psych open*, Vol. 2 (p. 233-243) 10 sider

Zahavi, D. & Grünbaum, T. (2011) Fænomenologisk psykologi – Den filosofiske tradition. In: B. Karpatschhof & B. Katzenelson (Eds.), *Klassisk og moderne psykologisk teori*, 2. ed., København: Hans Reitzels Forlag (p 85-100) 15 sider

Ziehe, T. (2007) *Øer af intensitet i et hav af rutine: Nye tekster om ungdom, skole og kultur*. København: Politisk Revy.

Internetadresser:

<https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F50-F59/F53-/F53.0>

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~-/media/C18BD8F183104A8384F80B73B155826D.ashx>

<https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-og-nyt/Nyheder-og-pressemeddelelser/Sider/Nyt-projekt-skal-teste-om-f%C3%B8dselsdepression-kan-forudsiges-ved-hj%C3%A6lp-af-ny-screeningsmetode.aspx>

https://www.sst.dk/~-/media/Udgivelser/2007/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Dep,-d,-rapport,-d-,pdf.ashx

<https://www.psychiatry.org/>

<https://pro.medicin.dk/Sygdomme/Sygdom/318200>

https://www.netdoktor.dk/sundhed/hvad_er_stress.htm

<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/vielser-og-skilsmisser/skilsmisser>

<https://www.dr.dk/nyheder/politik/eu-godkender-maneders-oremaerket-barsel-til-hver-foraelder>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

<https://www.rockwoolfonden.dk/app/uploads/2018/11/Hvordan-bruger-danskerne-tiden.pdf>

<http://www.livslinien.dk/om---selvmord/statistik/>

<https://sund.ku.dk/forskning/webfeature-longread/epidenetik-visuel/>

<https://www.Sundhedsdatastyrelsen.dk>

https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release

<https://www.farforlivet.dk>