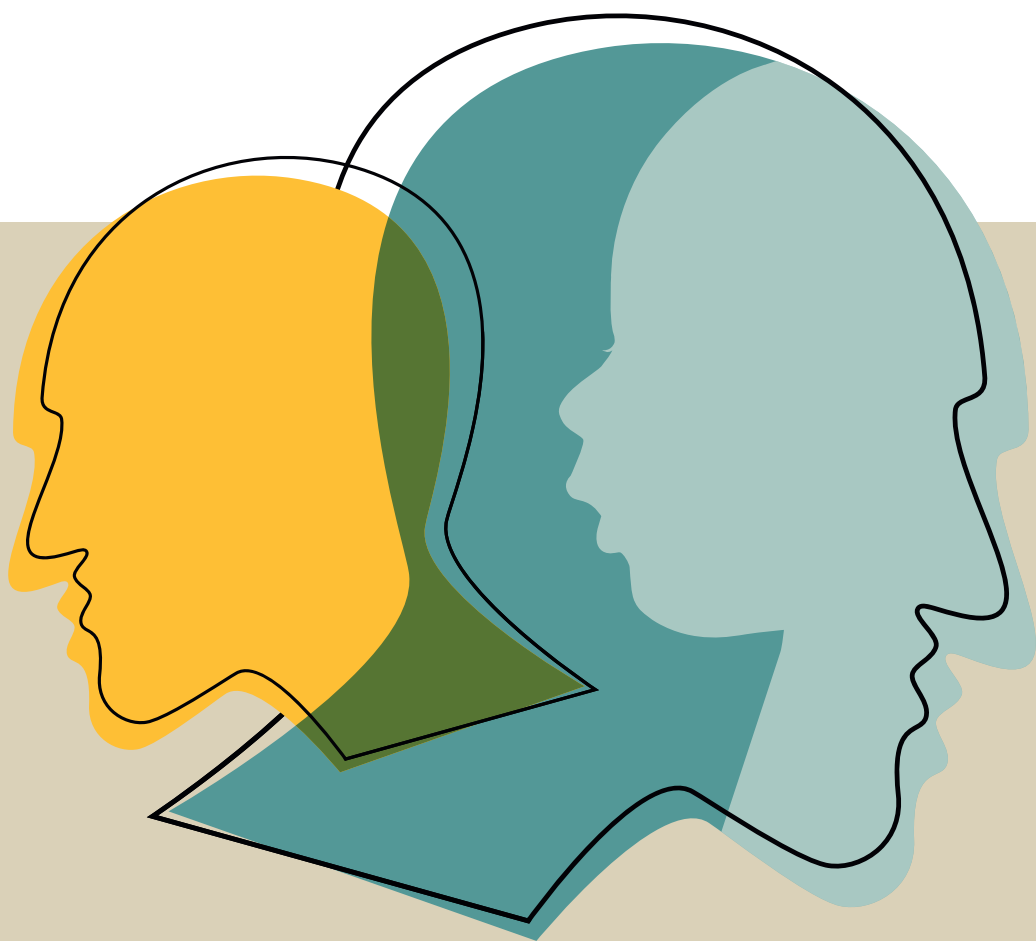


Guide til behandling af

FÆDRE MED FØDSELSDEPRESSION



Svend Aage Madsen



Svend Aage Madsen er ph.d. og forskningsleder på Rigshospitalet i København.

Han har været leder af Rigshospitalets Fædreforskningsprogram i Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning siden 1997.

Fædreforskningsprogrammet har gennemført disse projekter:

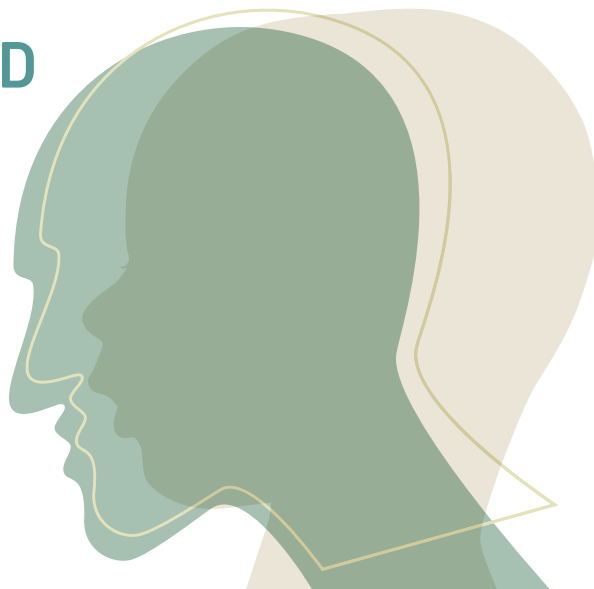
- Fædres tilknytning til spædbørn
- Fædre og fødsler
- Fædre og fødselsforberedelse
- Fædre og fertilitetsbehandling
- Farfædre og deres relationer til deres sønner som nyblevne fædre
- Fædre og fødselsdepression
- Screening for fødselsdepression hos fædre og mødre ved den kommunale sundhedspleje
- Tidlig opsporing af Fødselsdepression ved screening under graviditet af vordende fædre og mødre hos praktiserende læge
- Bedre screening for fødselsdepression
- Guide til behandling af fædre med fødselsdepression

Guide til behandling af

FÆDRE MED FØDSELSDEPRESSION

Svend Aage Madsen

FORORD



For ganske kort tid siden her i 2018, hvor denne bog skrives, underviste jeg på et par kurser om mænds mentale trivsel og vanskeligheder og nævnte, at mænd også kan få fødselsdepressioner. Der var flere, der spærrede øjnene op over dette og udbrød, at det havde de da aldrig hørt om før. At også mænd kan få fødselsdepressioner.

Det er jo ret beskæmmende for én, der har forsket i det fænomen siden midten af 1990'erne og i bogen *Bånd der brister – bånd der knyttes* fra 1996 skrev: "at jeg vil vise, at de psykologiske problemstillinger for mænd og kvinder i forbindelse med graviditet, fødsel og spædbarnstid kan være meget overensstemmende, og at de kan behandles ud fra samme grundprincipper", og "at der også i faderskabet foregår en personlighedspsykologisk omvæltende proces ... svarende til moderskabets psykiske dynamik", hvorfor "en udforskning af de aspekter i moderskabet, som er fremlagt her (i bogen) må suppleres med en fremtidig udforskning af faderskabet og mændens" tilknytningsproces til sit barn.

Siden har omkring 100.000 fædre lidt af en fødselsdepression, da det er omkring 4.500-5.000 fædre, der årligt rammes af en fødselsdepression (Madsen & Juhl 2007). Set med selv en urealistisk optimisme er det maksimalt en tiendedel af disse fædre, der har fået den nødvendige professionelle hjælp og støtte, og det betyder, at mindst 90.000 fædre og 90.000 familier i denne lidt over tyveårige periode har været pint og plaget af denne tilstand uden at blive hjulpet.

Siden den tid er der dog også, som der blev lagt an til, blevet forsket i problemstillingen og hen ad vejen udviklet metoder til at forstå og bringe disse fædres vanskeligheder frem i lyset, så der kan udvikles metoder til at hjælpe dem. Det er resultater fra de tyve års forsknings- og praksiserfaringer fra den proces, der er forsøgt sammenfattet i denne lille guide.

Målet med guiden er at give et bidrag til den kvalificering hos behandlere, der er så stort behov for, og som efterspørges så meget i disse år, hvor der for alvor er kommet opmærksomhed på fædre i sundhedsplejerne, i Sundhedsstyrelsen og indimellem også i regionerne, der huser fødeafdelingerne. Allerede nu har vi, og ikke mindst i de kommende år vil vi få, flere og flere fædre, der opspores ved screeninger og ved den øgede opmærksomhed i landets sundhedsplejer, blandt landets praktiserende læger og på hospitalerne. Derfor vil flere og flere fædre med fødselsdepression i de kommende år efterspørge behandling og blive henvist til behandling. Håbet er, at der efterhånden vil blive uddannet tilstrækkeligt med kompetente behandlere af forældre med fødselsdepression – og ikke mindst også af fædrene.

Bogen fremstiller en mentaliseringsbaseret tilgang i behandlingen kombineret med psykodynamiske forståelser af udviklingsprocesser i forældreskabets veje og vildveje. I en mentaliseringsbaseret tilgang vil, som Fonagy og kolleger siger, en specificeret manual for behandlingen "undermine precisely what we are striving to cultivate: mentalizing" (Allen, Fonagy & Bateman 2008).

Så bogen, du sidder med, er ikke en manual. I stedet kalder jeg den en guide, der dels har til formål at skabe refleksioner over fænomenerne forældreskab, fødselsdepression og mænds særlige reaktioner og problemstillinger som fædre. Dels kommer den med forslag til temaer og spørgsmål, der udspringer af forældredannelsesprocesserne, som de bl.a. har vist sig i mange hundrede terapiforløb med vordende forældre og spædbarnsforældre med fødselsdepression. Det er min opfattelse, at det er vigtigt at forstå og reflektere over fødselsdepressionens psykiske dynamik for at kunne levere en god nok behandling af denne psykiske forstyrrelse med dens særlige problemstillinger. Derfor er der en længere indledende beskrivelse af fødselsdepressionen.

Der er også uddybende beskrivelser af de kønsmæssige aspekter ved behandlingen af fædre og vordende fædre med fødselsdepression. Det er nød-

vendigt ikke mindst her i Danmark, hvor det at inddrage kønsperspektivet i arbejdet med at udvikle psykologiske behandlingsmetoder hidtil har været stort set fraværende – i hvert fald når det gælder mænd og psykoterapi.

For at kunne behandle mænd med fødselsdepressioner er det nødvendigt at forstå og reflektere over mænds forældreskab, far-barn-relationer, mænds særlige reaktionsmønstre og særlige tilgange til dialogen med manden i psykoterapi og anden behandling. Derfor er der beskrivende afsnit om disse problemstillinger, som jeg ligeledes ser som en forudsætning for at kunne arbejde godt nok på området.

Denne lille guide er selvfølgelig ikke det endelige ord, der er at sige om behandling af fædre med fødselsdepression. Der er stadig behov for opsamling af erfaringer med mænd i psykoterapi fra de forskellige steder, den udøves, for forskning, der giver forståelse og indsigt, for diskussion og udvikling af metoder og for terapeutisk uddannelse på baggrund heraf.

På den anden side vil mange af de forslag og refleksioner over arbejdet med mænd med fødselsdepressioner, der præsenteres, også kunne anvendes i arbejdet med mænd med andre psykiske problemer end fødselsdepression.

Til slut vil jeg understrege, at vi selvfølgelig har været flere om at komme frem til det, jeg præsenterer her. Derfor stor tak til min gode ven, psykolog Dennis Lind, som var med i starten af Rigshospitalets Fædreforskningsprogram, og som har været og er en inspirerende samtalepartner om forældre i behandling. Tak til lektor Hanne Munck, som var med noget af vejen i starten. Tak til psykolog Tina Juhl, som var med midtvejs, da vi udforskede forekomsten af fødselsdepressioner hos fædre. Tak til psykologerne Cecilie Skougaard, Tina Irner og Ida Finck-Heidemann for deres behandlingsarbejde og samarbejde i projekterne på Rigshospitalet. Tak til samarbejdspartnerne, lægerne Birgitte Bibow, Sarah Tranekær Eliasson og H.C. Møller samt antropolog Anette Sonne Nielsen, i det vigtige screeningprojekt for opsporing af fødselsdepression før fødslen. Også mange tak til de mange sundhedsplejersker og jordemødre, som har været og stadig er uvurderlige samarbejdspartnere. Og endelig tak til TrykFonden, Helsefonden og KEU Region Hovedstaden for økonomisk støtte til projekterne.

INDHOLDSFORTEGNELSE:

Forord	4
Introduktion til emnet	9
Baggrund og formål	9
Baggrundslitteratur	11
Den historiske udvikling	11
Fædrene på banen	17
Fødselsdepression	21
Fødselsdepressionens forskellige niveauer	24
Hvor mange får fødselsdepression?	30
Dobbeltfokuseret behandling af fødselsdepression	35
Mentaliseringsbaseret behandling	36
Mentalisering i forældre-barn-relationer	38
Temaer i behandlingen	41
Samtaler under graviditet	41
Samtaler i spædbarnsperioden	46
Hvorfor er det noget særligt for mænd og fædre?	49
Mænd og psykiske problemer	51
Særlige aspekter ved behandlingen af mænd med fødselsdepression	55
1) Tilbagetræknings- eller autonomireaktioner	56
2) Tendenser til at blive vred, irriteret og udadreagerende	61
3) At skynde sig væk fra smerten	64
4) At have overvældende følelser	69
5) Ambivalens mellem nærhed og tilknytning over for frihed og autonomi	73
Særlige temaer for mænd i overgangen til at blive fædre	77
Afslutning af behandlingsforløb	78
Litteratur	80



INTRODUKTION TIL EMNET

En spædbarnsfar skrev:

”Som aftalt i mail fra i morges sender jeg dig en lille mail ... det drejer sig om, at jeg i for 2 måneder siden blev far til en lille dreng, han var nok det, man vil kalde et ønskebarn ... men næsten fra dag et følte jeg en form for ubehag, når jeg sad med ham i mine arme. Med tiden er kommet en følelse af fortrydelse og også vrede, det skal siges, at moren og jeg ikke har kendt hinanden mere end ca. to et halvt år, men på det tidspunkt følte vi begge, det var det rigtige. Jeg har den seneste tid haft mange bekymringer om fremtiden, og tanken om at stikke af fra det hele kommer ofte op til overvejelse, lige som fortidens ’spøgelser’ begynder at poppe op i underbevidstheden ... men som en, der selv blev forladt som barn, er det jo også lidt en kujonagtig handling ... håber virkelig, du kan hjælpe mig, selv om det nok bliver lidt af en mundfuld.”

I denne fars formulering af, hvad der plager ham, ser vi i kort form meget dækkende formuleret, hvordan en fødselsdepression hos en mand kan opleves og folde sig ud. For at møde denne mand med den bedst mulige støtte, rådgivning og behandling i forhold til denne lidelse er det nødvendigt både at bygge på en forståelse af fødselsdepressionens natur og på en forståelse af de psykologiske reaktionsmåder, der hyppigt ses hos mænd – også, når de bliver fædre.

BAGGRUND OG FORMÅL

Denne lille publikation er blevet til på baggrund af en årrækkes forskning i fødselsdepressioners udbredelse før og efter barnets fødsel og kerneproblematikker ved denne specielle psykiske lidelse, i faderskabets psy-

kologi, mænds reaktionsmønstre og psykologisk behandling af mænd samt de særlige problemstillinger, der er knyttet til mænds fødselsdepressioner og behandlingen af dem.

Særligt tre forskningsprojekter, der alle har været forankret i Rigshospitalets Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning, danner det seneste grundlag for de tanker og forslag, der præsenteres her: 'Bedre screening for fødselsdepression', hvor 26 kommuners sundhedsplejer landet over har medvirket og screenet flere end 6.000 spædbarnsfædre og -mødre; 'Screening for fødselsdepression under graviditet', hvor 30 praktiserende læger har screenet over 1200 vordende mødre og fædre for fødselsdepression under graviditeten; og endelig 'Behandling af fædre med fødselsdepression – udvikling af en ny målrettet og tilpasset behandlingsmodel', der først og fremmest bygger på 20 års erfaringer med behandling af fædre med fødselsdepressioner samt specifikt udviklingsarbejde med en model, der er evalueret med før- og efter-målinger med screeningskemaet 'Reaktioner på at vente barn/ blive forældre' (Madsen 2009). Med dette screeningskema er der målt symptomlindring gennem behandlingen. Samtidig har vi anvendt 'Session Rating Scale' (Miller et al. 2003), som har målt udbyttet af den enkelte samtale, samt 'Outcome Rating Scale' (ORS) (Duncan et al. 2003), som måler forbedringer af tilstanden igennem behandlingsforløbet. Dertil har vi evalueret behandlingen ved at fædrene efter afsluttet samtaleforløb er blevet interviewet med dele af 'Fædre-tilknytnings-interviewet' (Lind, Madsen & Munck 1998), hvormed der måles på udvikling af tilknytning til barnet¹. Endelig er samtaleforløbene via journalnotater blevet kvalitativt analyseret.

1 Anvendelses- og scoringsmåden er angivet i Madsen, Lind, & Munck (2002).

BAGGRUNDSLITTERATUR

Arbejdet er forankret i 'Rigshospitalets Fædreforskningsprogram' (Madsen 2017), der har forløbet siden 1997, og som har produceret bøgerne: 'Fædres tilknytning til spædbørn' (Madsen, Lind og Munck 2002), og 'Fædre og fødsler' (Madsen, Munck og Tolstrup, 1999), samt artiklerne:

- 'Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales' (Madsen & Juhl 2007),
- 'Men's Abilities to Reflect Their Infants' States of Mind' (Madsen, Lind og Munck 2007),
- 'Men's Mental Health: Fatherhood and Psychotherapy' (Madsen 2009),
- 'Becoming a father – post natal depression in men' (Madsen & Burgess 2009),
- 'Between autonomy and attachment. Psychotherapy for men with postnatal depression' (Madsen 2010),
- 'Mænds skjulte depressioner' (Madsen 2013),
- 'Men as patients' (Madsen 2015), og
- 'Almen praksis kan opdage fødselsdepression allerede under graviditet' (Madsen, Bibow & Eliasson 2018).

Dertil er følgende bog betydningsfuld som baggrundsforståelse af fødselsdepressionens forankring i forældredannelsesprocessen hos både mænd og kvinder:

- 'Bånd der brister – bånd der knyttes' (Madsen 1996)

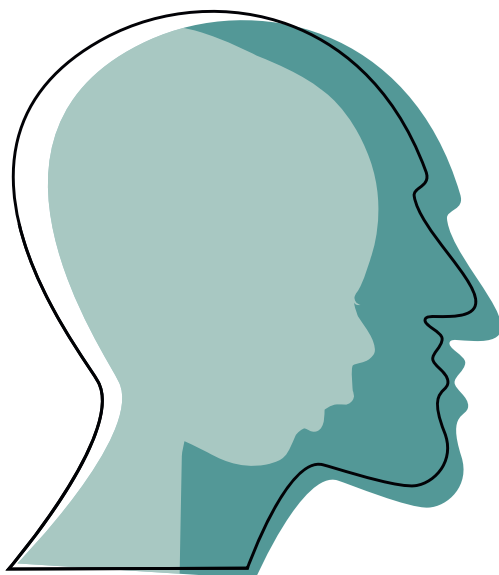
Denne litteratur er vigtig baggrundslæsning til forståelse af behandlingsmodellen, der præsenteres her.

DEN HISTORISKE UDVIKLING

Det er kun ca. 15 år siden, at forekomsten af fødselsdepression hos mænd blev fagligt beskrevet i Danmark (Madsen, Lind og Munck 2002), og ti år siden, at den første videnskabelige undersøgelse af forekomsten blev gennemført og publiceret (Madsen & Juhl 2007). Indtil da havde stort set al forskning og behandling beskæftiget sig med moderskab og kvinder med fødselsdepressioner. Det er stadig herom, at langt den meste forskning gennemføres i Danmark og internationalt.

Vi har i mange år vidst, at kvinder kan reagere med psykiske vanskeligheder på at få barn, og som nævnt har kvinders fødselsdepression været et videnskabeligt anerkendt fænomen i flere årtier (Madsen 1996). Det har taget godt 30 år at nå frem til en fælles forståelse af lidelsen, som også nu danner grundlag for undersøgelser af omfanget af dette problem hos kvinder. Efterhånden er der opnået international enighed om, at 10-14 % af alle kvinder får en depression efter fødslen. Dertil kommer, at nogle undersøgelser viser, at 12-16 % kvinder får en sådan reaktion under graviditeten, hvilket har underbygget den psykologiske forståelse af fænomenet som en reaktion på det at skulle være og at være blevet forældre (Madsen, Bibow & Eliasson 2018).

Forudsætningen for at opdage og forstå, at også mænd kan få fødselsdepressioner, har været betinget af, at lidelsen er blevet forstået som en reaktion på det at blive forældre og ikke er hormonelt betinget eller fremkaldt af forhold specifikt ved fødslen, fx fødselskomplikationer. Mænds fødselsdepressioner har været omtalt i videnskabelig litteratur siden midten af 1990'erne. Nogle tidligere undersøgelser har også set på mændens psykiske reaktioner men altid i sammenhæng med kvinders fødselsdepression og ikke som en selvstændig problematik hos fæderen. I Danmark kom den første publikation i 2002, der videnskabeligt og dybtgående omtalte eksistensen af sådanne reaktioner hos mænd i bogen 'Fædres tilknytning til spædbørn' (Madsen, Lind & Munck 2002).



CASE: Frede

Frede henvender sig til vores klinik på opfordring fra sin kone. Han beskriver sin tilstand sådan, at han sover meget dårligt, vågner midt om natten og føler sig stresset. Han føler, at han har vanskeligt ved at overskue selv de mindste ting i hjemmet. Han er deprimeret og nedtrykt. På arbejde er der ingen problemer, faktisk føler han, at det, han laver på jobbet, er det eneste, der for tiden giver ham nogen succesoplevelse. Her har han det fint og føler, han klarer arbejdet godt og ligeså samværet med kollegerne. I forholdet til partneren oplever Frede, at han ikke kan støtte hende, som han burde, og ikke være den mand, han gerne ville være for hende, hverken som familiefar eller på seksuelt plan. Det skammer han sig over. Han ville gerne kunne være den, der tager ansvar for kone og barn, men det kan han ikke. Han havde også troet, at han ville blive en rolig, behersket og afslappet far, ligesom den mand, han oplever, han ellers er, og på den måde han har oplevet sig selv i forhold til andre børn tidligere. I stedet oplever han sig selv som en stresset og angstfuld far og ægtemand. Det tynger ham meget. Og det er blevet værre af, at nu, hvor han har fået det dårligt, så skal kæresten tage hensyn til ham, samtidig med at hun skal tage sig af deres baby. Frede havde forestillet sig, at faderskabet skulle give ham en særlig mening med livet, nu synes han imidlertid, at han er blevet et dårligere menneske, og han har indset, at han ikke kan være den stabile faderfigur, som han havde som ideal. Han oplever sin tilstand som fyldt af modløshed, rastløshed og forvirring. Samtidig føler han, at han har mistet nogle afgørende egenskaber ved sig selv, som tidligere har gjort, at han kunne klare vanskelige situationer. Noget, som han forbinder meget med tab af mandlighed.

Vi fokuserer i samtalerne på, hvad han lægger i begrebet mandlighed, og hvad det er for krav, han stiller til sig selv i den sammenhæng. Frede fortæller, hvordan han tidligt som stor dreng brød ud af en familie, hvor hans brud med familien også var et brud med en særlig religiøs sekt og en tro og nogle normer,

som forældrene holdt meget højt. Derfor blev hans opvækst også en udvikling, hvor han i meget høj grad måtte klare sig selv uden støtte fra andre. Han identitet som selvstændigt individ og som dreng og mand blev skabt i og med det at klare sig selv og tage ansvar for sig selv. Og hvordan han klarede sig, blev i høj grad en måling i forhold til familien, hvor han hele tiden har følt, at han måtte kæmpe for at bevise, at han kunne klare sig selv. Når noget er gået dårligt, har det i hans tanker hver gang været en sejr for forældrene og et tab for hans kamp for at klare sig og hans selvstændighed.

Med forældreskabet er hans tanker og følelser for forældrene og relationen til dem blevet stærkere og vækket særligt meget til live på en måde, hvor erindringer om deres omsorg og mangel på samme, og deres måder at være forældre på i det hele taget, genopleves og vurderes bevidst og ubevidst, som det sker for alle, der bliver forældre. Men det, at han har fået det dårligt og er blevet deprimeret som nybagt far, er et nederlag for ham i forhold til forældrene. Det er det samme som at sige: Jeg kunne alligevel ikke klare mig selv! Jeg kunne ikke klare mig uden jer – I havde ret! Han oplever, at han ikke kan leve op til kravene som partner, som far, som mand. Derfor kan han slet ikke forestille sig at fortælle forældrene, at han har det dårligt og har fået en fødselsdepression. Blot ved tanken om at skulle sige det til dem får han det dårligt. Det betyder så samtidig, at han heller ikke kan få den omsorg og støtte fra forældrene, som er så vigtig netop i forældredannelsesprocessen og særligt for nybagte fædre med psykiske problemer. Vi arbejder med, hvad han forestiller sig, der ville ske, hvis han fortalte sin far eller mor om sine problemer, om han tror, de vil forkaste ham, om de vil håne og grine ad ham – eller hvad han mon tror. Samtidig arbejder vi med hans billede af at være mand set i forhold til frigørelsen fra forældrene og det at klare sig alene fra meget tidligt i livet. Han arbejder på at skille de to ting ad, og med at adskille det at være mand, far og partner på sin egen måde, fra konflikten med forældrene. Igennem denne proces lykkes det delvis for Frede at forsone sig med forældrene, at turde fortælle dem om sine problemer og også at se dem som søde far-forældre. Vejen hertil er også en fase, hvori han tør mærke, at der er ting i forældrenes livsform med en stærk tro, som kunne give tryghed, og noget, som han kan savne fra før, han brød med sekten. Ved at se, hvor meget de forskellige aspekter er bundet tæt sammen med tilknytningen til forældrene, og om de kan være en tryk base for ham i hans nye livssituation, hvor han har brug for dem, finder han veje til at komme ud af sin depression og finde nye måder at se på sig selv på, også som mand.

For Frede er processen, hvorigennem han bliver far, en proces, hvor billeder af, hvad det vil sige at være en mand, sådan som de billeder er blevet dannet i hans opvækst, er centrale. Der er nye roller at tilegne sig i faderskabet, og det udfordrer for de fleste mænd deres billeder af maskulinitet og hvilken rolle, de skal påtage sig som familiefædre.

Set i forhold til vores viden om kvinders fødselsdepressioner er der stadig behov for udforskning af fædres fødselsdepressioner. Der er stadig en lang proces foran os med at kortlægge alle aspekter af mænds fødselsdepressioner. Den videre udforskning kan samtidig også bidrage til yderligere udvikling af vores erkendelse af selve fødselsdepressionens kerneproblematikker og dermed også bidrage til uddybning af vores forståelse af kvinders fødselsdepressioner, hvilke vi bestemt heller ikke er færdige med at udforske.

I det videre arbejde er der ikke mindst behov for at fokusere på at udvikle brugbare behandlingsformer for mænd med fødselsdepression.





FÆDRENE PÅ BANEN

Det, at der er kommet opmærksomhed på og anerkendelse (Sundhedsstyrelsen 2013) af fænomenet fædres fødselsdepressioner, hænger givetvis sammen med de forandringer, vi ser i samfundet i forhold til faderens rolle og faderskabets betydning for manden. Den udvikling har gjort det mere naturligt at tænke mænds psykiske reaktioner ind i forældreskabets sammenhæng. Da der ikke findes undersøgelser af mænds fødselsdepressioner i fortiden, ved vi ikke, om mænd altid har fået den slags problemer, hvor de professionelle blot ikke har været opmærksomme på det. Eller om mænd tidligere har haft sådanne problemer, men har reageret anderledes på dem end nu. Eller om det er i og med, at mænd kommer på banen i forhold til forældreskabet, fødslen og tæt kontakt med spædbarnet, at problemer, som kvinder har haft altid, nu opstår også hos mænd. Men det er sandsynligt, at fædres fødselsdepressioner ikke er et nyt fænomen. Til gengæld er det sandsynligt, at problemets omfang kan blive større, i og med at mænd engagerer sig i de tidlige relationer til barnet og i det tidlige forældreskab og dermed udvikler tidlig, tæt tilknytning til deres børn.

En af de ting, der har ændret sig mest ved mænds livsforhold og ved opfattelsen af maskulinitet i den seneste generation, er mænds engagement i deres børn helt fra fødslen. For en generation siden var det stort set ikke muligt for en far at være til stede ved en fødsel på et hospital, og ved hjemmefødsler var det ikke traditionen, at mænd var til stede under fødslen. Dengang gik faderen som i vittighedstegningerne hvileløst rundt, eller han beskæftigede sig med noget helt andet – var sandsynligvis på arbejde. Bagefter fik han så fremvist barnet. Nu er fædre til stede ved omkring 95 procent af alle fødsler (Madsen, Munck og Tolstrup 1999). Det er det samme billede, der ses overalt i Danmark fra fiskersamfund og landbrugsegne til storbyerne. Og i en lang række andre europæiske og vestlige lande.

Der er således i løbet af få årtier sket en radikal forvandling af omstændighederne ved en fødsel og det at møde sit barn og blive forældre. Uanset hvor man kigger hen i verden eller i fortiden, så har det stort set altid være sådan, at mænd er blevet holdt væk fra fødsler. Det har indtil for få

årtier siden været et rent kvindeanliggende i stort set hele den menneskelige civilisation.

Fædres forhold til deres børn, herunder spædbørn, blev tidligere i vores kultur beskrevet som grundlæggende negativt. Den græske mytologis fædre, der er ur-fædrene i den europæiske kultur – Uranos, Kronos, Zeus, Poseidon, Laios, Odysseus, og Agamemnon – slugte, dræbte, voldtog eller var på anden måde voldelige mod deres børn, ofrede dem, svigtede dem, rejste fra dem, eller var som Abraham i Biblen rede til at slagte dem for at gennemføre deres eget projekt. I folkeeventyr og anden litteratur for børn har fædrene gennemgåede haft en passiv eller negativ rolle.

De seneste opgørelser over mænds brug af barselsorlov viser, at mange fædre i Danmark tager barsel i gennemsnit en måned. Der er langt flere mænd, der holder længere barsel i de øvrige nordiske lande. I Danmark holder fædre i gennemsnit 10 procent af orloven og kvinderne således 90 procent. Det er fædre med høj uddannelse eller høj indkomst, der holder længst orlov. Ligesom det er fædre i storbyerne, der holder den længste orlov - længere end i resten af landet. Og det er mændene i offentlige erhverv, der holder længst orlov. Fædre, der arbejder i mandsdominerede brancher, holder 5 dages mindre orlov end gennemsnittet (Danmarks Statistik for Ligestillingsafdelingen, 2017).

Det er en stor ulighed, vi ser her, men set i historisk perspektiv er der tale om en revolution i det at være mand, når mænd overhovedet går på barsel, og når nogle grupper fædre holder næsten to måneders barselsorlov, og ikke mindst, når der også er fædre, der tager op til halvdelen af barslen. Udviklingen fra, at fædre intet har haft med spædbørn at gøre, til at de nu deltager ved fødsler, holder (nogen) orlov og ofte har et tæt forhold til deres børn fra den tidligste tid, udgør en væsentlig forandring i mænds familieliv og liv i det hele taget.

Også i mænds syn på det at være forældre er der sket en udvikling. Stort set alle fædre taler om, at de ønsker at være nærværende, engagerede fædre og at blive betragtet som en lige så vigtig forælder som moderen (Madsen, Lind & Munck 2002). Der er på mange måder indhold i begrebet 'en ny far', og denne fars intentioner og praksis skaber helt nye muligheder for opbygning af stærke bånd mellem far og barn fra starten af barnets liv, hvilket også har betydning for far-barn-relationerne livet igennem.

Fædrenes engagement ser også ud til at kunne indvirke positivt på mænds sundhed. WHO konkluderede i en undersøgelse (WHO 2007), at “øget engagement i forældreskab kan give mænd bedre psykisk og fysisk helbred”, og i en svensk undersøgelse (Oláh 2001) mener forskeren at kunne se, at fædres brug af barselsorlov modvirker skilsmisser. I forlængelse af dette mangler vi undersøgelser af, hvordan fædres barsel kan have betydning for børns – og kvinders – psykiske og fysiske helbred, men en mindre dansk undersøgelse (Prentow & Madsen 2017) peger på, at det at blive far har en positiv indvirkning på de fleste mænds fysiske og psykiske helbred. Samtidig med – som temaet er i denne bog – at nogle fædre får det mentalt rigtig skidt, dvs. får fødselsdepressioner.

Der er mange gode grunde til at understøtte mænds muligheder for at være aktive og nærværende i forberedelserne til og ved deres børns fødsler. Det bør ske med bedre forhold og tilbud, og ved at man fremmer mænds muligheder for at være sammen med deres spædbørn og småbørn gennem barselsorlov og andre lejligheder til på lige fod med kvinder at være sammen med deres børn lige fra fødslen. Fordi det er så nyt, og fordi det er et brud med mænds roller gennem hundreder af år, er der stadig behov for at hjælpe mændene på vej. Det gælder både med hensyn til bedre betjening i sundhedsvæsenet ved eventuel fertilitetsbehandling og ved graviditetsundersøgelser, fødsel og barselsophold, og ikke mindst med hensyn til barselsorlov specielt til fædrene samt sundhedsplejersketilbud, der inkluderer fædrene bedre (Madsen & Prentow 2018). Mænds forældreskab er tæt forbundet med mænds mentale og også fysiske sundhed og er dermed en vigtig problemstilling, som sundhedsvæsenet, sundhedspleje og andre foranstaltninger af støttende og behandelende karakter bør forholde sig til.



FØDSELSDEPRESSION

Fordi den proces, som forældre gennemgår i forløbet fra undfangelsen over graviditet og fødsel og ind i spædbarnstiden, er så identitetsmæssigt, socialt og relationelt omvæltende og personlighedspsykologisk omfattende, og fordi der i forældredannelsesprocessen indgår regressive dynamikker og konfrontation med tilknytningserfaringer og egen rolle og identitet i barndommen og som forælder, er perioden under svangerskab, fødsel og den første tid med barnet også præget af forekomst af stærke psykiske reaktioner af mange forskellige slags og af deciderede psykiske forstyrrelser.

En lang række undersøgelser har påvist en stor hyppighed af psykiske forandringer og forstyrrelser under graviditet, fødsel og spædbarnstid (Madsen 1996). De omfatter angsttilstande, neurotiske lidelser, depressive eller affektive lidelser og psykotiske lidelser. De angstprægede, neurotiske og affektive lidelser, der bryder frem kort tid efter fødslen, kaldes gennemgående under ét for fødselsdepression, fordi de depressive symptomer ofte umiddelbart synes at være fremherskende. Det er imidlertid ikke i alle sammenhænge, at denne lidelse er anerkendt. I de oftest anvendte diagnose-klassifikationssystemer, ICD og DSM, bruger man en metode, der ikke rummer plads til en sådan specifik lidelse. Der er dog i alt praktisk arbejde og i en overvældende mængde forskningsresultater udbredt enighed om, at der findes en sådan særlig lidelse, fødselsdepression, knyttet til det at få barn.

Mange faktorer kan medvirke til psykiske forstyrrelsers udbrud: fysiske stressfaktorer, psykisk stress, individuel sårbarhed/disposition, særlig sårbarhed relateret til fødsel, obstetriske vanskeligheder, alder, parforholdsvanskeligheder mv.

Der er i denne bog udgangspunktet, at ubearbejdede og stadig aktive psykologiske problemstillinger udsprunget af de nye forældres egne erfaringer med tilknytning i deres barndom og opvækst, først og fremmest deres relation til deres forældre, er kerneårsagen til fødselsdepressionen, og at smertefulde følelser fra konflikter og svigt i denne relation er aktive i lidelsen – ofte som en indre følelse af forladthed.

Ved siden af de lidelser, der bryder ud i tilknytning til fødsler, er der naturligvis mænd og kvinder, som har psykiske lidelser i forvejen og uafhængigt af, at de skal have eller har fået barn. Psykiske forstyrrelser opstået uden tilknytning til graviditet, fødsel og spædbarnstid udgør også en risiko for barnet, og det er generelt vigtigt af hensyn til barnet i de forskellige behandlingstilbud at inddrage al forekomst af psykisk forstyrrelse i denne periode og relatere den til forældreomsorgens kvalitet.

Men den psykiske forstyrrelse, der opstår i tilknytning til graviditet, fødsel og spædbarnstid, har en særlig betydning både praktisk og erkendelsesmæssigt: Praktisk, fordi den netop først er til stede op til og omkring fødslen og derfor først kan erkendes og behandles i forbindelse med fødslen. Erkendelsesmæssigt, fordi den er uløseligt knyttet til graviditet, fødsel og spædbarnstid og forældre-spædbarn-relationen, hvilket derfor bliver en væsentlig indfaldsvinkel til den behandling, der er behov for.

Fødselsdepression er altså en relationel lidelse. Den opstår ud af relationer. Den udfolder sig i relationer. Den får indflydelse på relationer fremad. Og derfor skal den behandles med en relationel tilgang.

I arbejdet med lidelsen er den definition, der bruges her, følgende:

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 fx tanke- og perceptionsforstyrrelser.

Denne diagnostiske afgrænsning svarer groft taget til definitionen af postnatal depression i den engelske forskning og af postpartum depression og maternal depression i den amerikanske terminologi. En sådan bred og tværgående diagnostisk afgrænsning er derfor i rimelig overensstemmelse med den definition, der tages udgangspunkt i hos en lang række forskere rundt om i verden. Dog er inkluderingen af fødselsdepressioner, der opstår også under svangerskabet, endnu ikke almindeligt anerkendt, selvom der netop i disse år er kommet en vækst i forskningen i prænatal depression. Når det er vigtigt at inkludere fødselsdepressioner opstået før fødslen, er det ud fra det grundsyn, at den psykiske udviklingsproces

under graviditet, fødsel og spædbarnstid er en sammenhængende dynamisk helhed, hvorunder forstyrrelserne udvikles og kan give sig til kende på forskellige tidspunkter gennem hele forløbet.

Kernen i en fødselsdepression er altså komplikationer i forældredannelsesprocessen. Der er tre hovedspor i forældredannelsesprocessen: a) bearbejdning af erfaringer med omsorg i ens egen opvækst og liv, b) udvikling og bearbejdning af indre billeder af forestillinger om barnet, og c) tanker og følelser om det at blive forældre, have ansvaret, relationen til barnet, forandringer i livet osv. Omkring disse temaer opstår der et væld af tanker og følelser hos alle, der venter barn og bliver forældre. Nogle af dem handler om:

- Barnet som barn
- Relationen til barnet
- Sig selv som far eller mor
- Egen tilknytningshistorie
- Egen mor som mor
- Egen far som far
- Sig selv som barn
- Mv.

Det er konfrontationen med tankerne og følelserne om disse områder, som i fødselsdepressionen bliver for overvældende, smertefuld og skræmmende hos den mand eller kvinde, der får lidelsen.

Den amerikanske psykolog Selma Fraibergs billedlige begreb om 'ghosts in the nursery' som betegnelse for de dynamiske processer i forældre-barn-relationer er både en af de første beskrivelser og en af de fineste. Som hun skrev i 1975 og senere uddybede i 1980:

"In every nursery there are ghosts. They are the visitors from the unremembered past of the parents; the uninvited guests at the christening. Under all favorable circumstances the unfriendly and unbidden spirits are banished from the nursery and return to their subterranean dwelling place. The baby makes his own imperative claim upon parental love and, in strict analogy with the fairy tales the bonds of love protect the child and his parents against the intruders, the malevolent ghosts.

This is not to say that ghosts cannot invent mischief from their burial places. Even among families where the love bonds are stable and strong,

the intruders from the parental past may break through the magic circle in an unguarded moment, and a parent and his child may find themselves reenacting a moment or a scene from another time with another set of characters. Such events are unremarkable in the family theater, and neither the child nor his parents nor their bond is necessarily imperiled by a brief intrusion. It is not usually necessary for the parents to call upon us for clinical services.

In still other families there may be more troublesome events in the nursery caused by intruders from the past. There are, it appears, a number of transient ghosts who take up residence in the nursery, on a selective basis. They appear to do their mischief according to a historical or topical agenda, specializing in such areas as feeding, sleep, toilet training, or discipline, depending upon the vulnerabilities of the parental past. Under these circumstances, even when the bonds between parents and child are strong, the parents may feel helpless before the invasion and may seek professional guidance. In our own work, we have found that these parents will form a strong alliance with us to banish the intruders from the nursery. It is not difficult to find the educational or therapeutic means for dealing with the transient invaders.

But how shall we explain another group of families who appear to be possessed by their ghosts? The intruders from the past have taken up residence in the nursery, claiming tradition and rights of ownership. They have been present at the christening for two or more generations. While no one has issued an invitation, the ghosts take up residence and conduct the rehearsal of the family tragedy from a tattered script". (Fraiberg 1980)

I disse formuleringer, der lægger sig op ad den psykoanalytiske tænkning, ligger der en fin beskrivelse af væsentlige aspekter, der sammen med andre aspekter indgår centralt i fødselsdepressioner, og som ikke mindst har betydning for behandlingsarbejdet med forældrene med lidelsen.

FØDSELSDEPRESSIONENS FORSKELLIGE NIVEAUER

Fødselsdepressionen kan opdages, beskrives og udfolde sig på forskellige niveauer:

1. Individuelt: På det individuelle niveau møder vi fødselsdepressionen

som smertefulde tilstande hos den enkelte mand eller kvinde. Det er de tilstande, vi registrerer i screeninger, som også kaldes *symptomer*. Der er det vigtigt, når vi beskriver forskellige tilstande, reaktioner og symptomer og lidelseskategorier, at de jo indeholder tanker og følelser *om* noget. For forældre med fødselsdepression handler tankerne og følelserne oftest først og fremmest om, hvordan de har det som forældre. Det vil sige, at de forskellige tilstande kan indeholde tanker og følelser med fx dette indhold:

- Hjælpeløshed: "Jeg ikke kan give god nok omsorg, ikke kan overskue det hele med et lille barn, der behøver mig, eller som græder..."
- Håbløshed: "Jeg skulle aldrig være blevet far eller mor, der er ikke noget, der nytter, jeg kan ikke klare det, dur ikke til det, der er ikke noget, der hjælper i forhold til at klare at blive forældre..."
- Selvnedvurdering: "Jeg dur ikke som mor eller far, jeg har ikke fortjent at få ham/hende..."
- Vrede: "Jeg bliver bare så vred, når jeg ikke kan finde ud af at trøste, og gråden bare bliver ved..."
- Fastlåsthed: "Jeg har bare lyst til at stikke af fra de her overvældende følelser, jeg kan ikke holde ud, at jeg ikke har nogen frihed mere, alt handler bare om barnet..."
- Skyldfølelse: "Jeg er ikke god nok, jeg burde være så glad, kan ikke være bekendt ikke at elske ham/hende..."

2. Oplevelse af barn og samspil: En helt central del af fødselsdepressionen er relationen til barnet eller det kommende barn og forældrenes oplevelse af og tanker om det og det at være eller skulle blive forældre. Ofte er der følelser af at være overvældet af det ansvar og ikke mindst den bundethed, som er central i det at blive forældre. Den forbundethed med ens barn i en livslang tilknytning, som for de fleste ofte er en kernemotivation for at få barn og blive forældre, bliver for nogle til oplevelsen af at være fanget og fastlåst. Det kan føre til forskellige angstfyldte og aggressive tanker og forestillinger om fx:

- at ville eller komme til at skade barnet
- at barnet skader forældrene på forskellige måder, ødelægger deres liv, gør dem skøre mv.
- at barnet kommer ud af kontrol, og at forældrene ikke ved, hvad de skal stille op
- frygt for barnets reaktioner og behov
- ønsker om at blive fri for det
- angst for og forestillinger om somatiske sygdomme hos barnet hele tiden

- følelser af skuffelse/lede
- voldsom frygt for adskillelse fra barnet

3. Erfaringer med nære relationer: Dette er niveauet for 'ghosts in the nursery', hvor tidligere erfaringer af svigt bliver aktive hos manden eller kvinden her og nu som følelser af forladthed. Det er fx erfaringer med ikke at blive forstået, ikke have oplevet at blive trøstet, ikke have erfaret at blive set, altid at have haft følelsen af at savne sine forældre, ikke at have oplevet accept og anerkendelse, at have savnet ømhed og betingelsesløs kærlighed og mange andre former for manglende omsorg. Disse bevidste og ubevidste erfaringer og erindringer folder sig ud i oplevelsen af forældreskabet og i relationen til barnet og ofte også i den aktuelle relation til mandens eller kvindens egne forældre på en lang række måder.

Det kan i samtalerne komme til udtryk i udsagn som:

- "Jeg tænker meget på min egen opvækst, og så bliver jeg indimellem meget vred på min mor og far"
- "Da vi fik vores første barn, brød mit forhold til mine forældre sammen, da det gik op for mig, hvordan jeg havde haft det som barn"
- "Min fars selvmord, da jeg var dreng, plæger mig rigtig meget nu"
- "Det var ikke tilladt vise, at man var ked af det"
- "Jeg oplevede altid, at jeg skulle trøste mig selv"
- "Det var altid mig, der skulle prøve at holde familien sammen"
- "Jeg skal i hvert fald ikke være, som min mor var over for mig"

CASE: Bent

Bent henvises fra sundhedsplejen, da han har fået det psykisk dårligt i forbindelse med fødslen af hans første barn og den første tid med det. Han passer datteren på et halvt år, mens hans kone skriver sit speciale færdigt. Bent fortæller, at han fik en slem forkølelse, hvorunder han ikke sov i omkring en uge. Han blev bange for, at han var ved at få en alvorlig sygdom, og siden har han haft det meget dårligt med angst og depression. Han oplever, at hans barn er meget 'aktivt', hvilket betyder, at han ikke kan klare det, at han indimellem er ved at eksplodere og får lyst til at slå det, når han ikke kan få det til at holde op med at græde. Når han vågner, og hans baby smiler og griner oplagt til ham, og han selv ikke kan vågne ordentligt, er det en plage og giver ham dårlig samvittighed. Han beskriver også, at hans tanker går i ring hele tiden, om bolig, økonomi, livet, om de kan klare det hele. Han kan ikke komme ud af det. Sammen med disse følelser fortæller Bent, at han er blevet overvældet af en dyb angst over at føle sig ensom og for at blive alene og forladt. Den følelse er især opstået, efter at han talte med begge sine forældre om sine reaktioner på at blive far. Han følte ikke rigtig, de kunne give ham noget i hans situation, og det efterlod ham i en tilstand af fortvivlelse. Forældrene blev skilt, da Bent var 12 år, og det går op for ham, at det er dem, han føler den stærke forladthedsfølelse i forhold til.

Vi laver i samtalerne et dobbelt fokus skiftende imellem forholdet til barnet og faderskabet på den ene side og forholdet til forældrene omkring skilsmissen på den anden. Om situationen ved skilsmissen fortæller Bent, at det var moderen, der fandt en anden mand og ville forlade faderen. Derfor tog han dengang 100 procent parti for faderen og valgte selv at bo hos ham. Samtidig fravalgte han moderen totalt. I samtalen viser det sig, at han siden skilsmissen har 'fravalgt' enhver erindring om livet sammen med moderen, ligesom han også har undertrykt enhver følelse af savn af moderen og alt det, som hun havde været for ham i hans første år. Faktisk kan han ikke genkalde en eneste situation eller hændelse i deres familieliv fra sin fødsel og frem, til han blev 12 år.

Om det at få barn fortæller han, at han slet ikke var parat til at blive far, med al den ubønhærlige binding, det indebærer. Desuden oplever han livet med barnet som meget hårdt. Han opfatter barnet som meget krævende og er hele tiden bange for ikke at kunne magte situationerne med det; at han ikke kan trøste det eller finde ud af, hvad det vil. Vi taler om, at det er tilladt at fortryde, og om, hvordan det ville være at forlade barnet og kun se det hver 14. dag etc. Han beskriver dog sig selv som et pligtmenneske, der ikke kan forlade sit barn, men må påtage sig ansvaret.

Igennem nogle sessioner taler vi med fokus på disse to emner. Det er klart, at da han valgte at bo hos faderen, skubbede han alle erindringer om relationen til moderen ud af sin bevidsthed. Han havde ikke siden overhovedet villet beskæftige sig med den tid – eller med, om moderen faktisk ønskede at have ham hos sig, og om det evt. var et stort tab for hende. I samtalerne om moderen går det op for ham, at også efter skilsmissen gik han hjem hos moderen efter skoletid. Vi taler nu om, hvordan der egentlig så og ser ud hjemme hos hende, og han fortæller, at hun lige over sit arbejdsbord, så hun altid ser det, har et billede hængende af ham og hende sammen fra han var lille, og hvor han kigger kærligt på hende. Han bliver dybt rørt ved tanken om det og græder. Kan nu huske, at moderen sagde, at hun meget gerne ville have, at han flyttede hen til hende, at hun var fuldstændig opløst og i krise over bruddet. At hun flere gange har forsøgt at få et nærmere forhold til ham, men at det ofte har været af hensyn til faderen, at han ikke imødekom hende.

Han formulerer nu også, at han var den, der tog sig af faderen, han tror, at faderen kun overlevede, ved at han, Bent, tog sig af ham. Der kommer efterhånden flere erindringer op fra opvæksten med moderen – deres somre, moderen, der fulgte ham til sport og første skoledag mv. Om faderen, der altid arbejdede, og moderen, der gik hjemme. Gennem disse sessioner oplever han nu en del lettelse i sin tilstand og fortæller, at han er begyndt at få let ved at komme til samtalerne og ligefrem glæder sig til at møde op i terapien. Hvor han tidligere har skullet presse sig selv til at møde op. Han er desuden begyndt at vende sig udad mod andre mennesker og søger at finde plads til noget for sig selv. Samtidig vender han nu tilbage til spørgsmålet om at skulle forlade barnet: Det ville han overhovedet ikke kunne leve med. Han kunne forestille sig det som en befrielse i en uge – så ville savnet komme. Og så begynder Bent at fortælle, at han kan finde glæde ved, at barnet smiler til ham og rækker ud efter ham. Det kan han indimellem få optur af.

Efter nogle samtaler bliver Bent bedt om at fortælle om sit barn, og han beskriver det nu som et glad, meget smilende, aktivt og kvikt barn – det er gennem samværet med barnet, at han får opture og selvværd. Dette sker i stadig vekselvirkning med uddybning af hans relation til sin mor. I dette forhold får han stadig udviklet en positiv følelse og får puttet erindringer på tiden, til han blev 12 år. Gennem måneder udvikler forholdet til moderen sig til et godt og varmt og givende forhold, hvor moderen er en ressource i forhold til Bents forældreskab. Efter at have været den hovedansvarlige for barnet i flere måneder oplever Bent efterhånden, at det er ham, den lille regner med og vil trøstes hos, og at det er ham, der ved, hvad barnet kan lide og ikke lide. Hans beskrivelser af barnet ændrer sig til at blive mere og mere levende og indlevende, og han begynder at føle et stærkt bånd, hvor han mere og mere frygter den dag, hvor han ikke skal gå alene sammen med barnet derhjemme.

Bent får energi til at tage initiativ til at opsøge og mødes med andre fædre, der går hjemme med barn, så han også godt kan have den lille med i nogle former for samvær med kammerater. Ved afslutningen af hans barselsperiode er hans største bekymring, at han skal i gang med at arbejde og aflevere sit barn.

Ud over de ovennævnte former for oplevelser er der erfaringer med åbenlyse svigt i form af psykisk og fysisk mishandling i nogle forældre-barn-forhold, som viser sig som følelseskulde, at blive hadet, afvist, ydmyget, set ned på, misbrugt og udsat for vold. Det kan også være opvækst hos alkoholiserede og/eller psykisk syge forældre. Sådanne barndomsoplevelser har ofte stærk indvirkning på forældredannelsesprocessen. Også for mange, der ellers synes, de var kommet godt over en vanskelig barndom med mange af den slags svigt – og som somme-tider kaldes 'mønsterbrydere' eller 'mælkebøttebørn' – spiller disse opvækstforhold ind på udviklingen af forældreskabet. Ofte har de haft den forestilling, at de var 'kommet over det' og har klaret sig godt på mange områder af livet. Men netop, når de skal til selv at være forældre, så genvækkes erindringer om en pinefuld opvækst tit, og der bliver behov for endnu et livtag med svigtene – med deres 'ghosts in the nursery' – og endnu en bearbejdning bliver nødvendig i den nye situation.

Dobbelt smerte: Sammenfattende kan fødselsdepressionen anskues som den dobbelte smerte, der kommer af på den ene side ikke at kunne blive glad for og knytte sig til sit barn og ikke finde sig til rette i forældreskabet og på den anden side smerten fra den indre forladthed fra opvæksten, der genvækkes under den psykisk, socialt og identitetsmæssigt omvæltende proces, det er at blive forældre og udvikle en relation til sit barn.

HVOR MANGE FÅR FØDELSDEPRESSION?

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorgen, oprindeligt fra 2009 og senere i en opdateret udgave fra 2013, hedder det: *"Forekomsten af fødselsdepression er fundet at være omkring 10 % hos mødre op til 1/2 år efter fødslen og ca. 6 % hos fædrene"* (Sundhedsstyrelsen 2013). Ud fra de seneste undersøgelser i Danmark vil det nok være rigtigst at sige, at omkring 7-8 procent fædre og 10-12 procent mødre får årligt en fødselsdepression. Med 70.000 fødsler om året er det 5.000 fædre og 7.500 mødre eller 12.500 forældre, der årligt rammes af en fødselsdepression. Da der er nogle familier, hvor begge forældre rammes, kan vi regne med, at det mindst er ca. 10.000 familier årligt, der berøres af fødselsdepression, og hermed også 10.000 børn samt deres eventuelle søskende. Amerikanske forskere har fundet, at tallet for mænds fødselsdepressioner måske snarere er 10 procent (bl.a. Paulson & Bazemore 2010; Cameron, Sedov & Tomfohr-Madsen 2016). Det vil sige, at vi måske i virkeligheden skal forvente, at stort set lige mange mødre og fædre vil kunne blive ramt af en fødselsdepression.

Det er gennem en årrække blevet almindeligt, at mange kommuners sundhedsplejer screener først og fremmest mødre men efterhånden også flere og flere steder fædre i omkring sjette til ottende uge efter barnets fødsel. Det er de seneste år blevet klart, at det er muligt at opspore fødselsdepression hos både kvinder og mænd allerede under graviditeten. Ligesom det er vist, at både mænd og kvinder tager imod psykologbehandling hurtigt efter screening, når de henvises på baggrund af en score i screeningen, der viser risiko for fødselsdepression.

Hermed er der opstået en stor og endnu alt for uudnyttet mulighed for at forbygge alvorlige problemer for familier og for børn ved at rykke

screeningen frem fra de 6-8 uger efter fødslen til hele 4 måneder før fødslen. Dermed kan problemet identificeres og hjælpen sættes ind omkring 6 måneder tidligere, end det har været almindelig praksis.

For at identificere både mødre og fædre med fødselsdepression og for at indfange så mange reaktionsmåder som muligt på det at blive forældre har Rigshospitalets Fædreforskningsprogram udviklet en screeningsmodel, der omfatter traditionelle depressive reaktioner, udadreagerende reaktionsmønstre og tilbagetrækningsreaktioner. Screeningsskemaet, kaldet "Reaktioner på at vente barn/ blive forældre" (Madsen 2009) er opbygget af en række redskaber, der er indrettet på at opfange så mange reaktionsmåder som muligt af dem, vi finder hos kvinder og mænd med fødselsdepressioner. Skemaet indeholder følgende dele:

- Edinburgh Post-Natal Depression Scale (Cox & Holden 2003)
- Gotland Male Depression Scale (Rutz, Rihmer & Dalteg 2002)
- Udvalgte spørgsmål fra The Masculine Depression Scale (Magovcevic & Addis 2009)
- Spørgsmål udformet i Rigshospitalets Fædreforskningsprogram (Madsen, Lind og Munck 2002)

Hovedparten af spørgsmålene er anvendt i den danske undersøgelse "Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales" (Madsen & Juhl 2007). Edinburgh Postnatal Depression Scale og Gotland Male Depression Scale er validerede skalær.

Tilstandene der undersøges i screeningsskemaet er følgende:

EPDS (Indadvendte reaktioner)

- Ikke kunnet le eller være humoristisk
- Ikke kunnet se frem til ting med glæde
- Bebrejdet mig selv uden grund for ting, der er gået galt
- Været nervøs og bekymret uden god grund
- Været angst og panikslagen uden god grund
- Svært ved at overskue min situation
- Haft svært ved at sove, fordi jeg har været ulykkelig
- Været ked af det og ulykkelig
- Grædt fordi ulykkelig
- Tænkt på at gøre skade på mig selv

Gotlandsskala (Udadreagerende mønstre)

- Lavere stresstærskel/mere stresset
- Aggressiv, udadreagerende, besvær med selvkontrol
- Udbrændthed og tomhed
- Uforklarlig træthed
- Irritabel, rastløs og frustreret
- Besvær med at træffe beslutninger i hverdagen
- Sovet for meget/for lidt/uroligt
- Besvær med at falde i søvn/vågner tidligt
- Følelse af uro/ængstelse/ubehag
- Overforbrug af alkohol og piller
- Overaktiv/arbejder hårdt og rastløst, jogger o.l.
- Opførsel ændret, så du er svær at have med at gøre
- Følt dig/andre opfattet dig som dystre, negativ
- Følt dig/andre set dig som selvmedlidende, klagende

Fra The Masculine Depression Scale (Tilbagetrækningsreaktioner)

- Jeg føler mig låst fast
- Jeg trækker mig fra min familie
- Jeg vil helst være alene
- Jeg føler ikke, jeg lever op til mit ansvar
- Der er ikke længere noget, jeg synes, er spændende
- Jeg oplever det meget krævende at være sammen med min familie
- Jeg synes, det er nemmest at klare situationen ved, at jeg kaster mig over noget arbejde
- Det er svært at fortælle til nogen, hvordan jeg har det
- Jeg synes, at jeg må klare mine problemer selv

Fra Fædreforskningsprogrammets Tilknytningsinterview (relationelle spørgsmål)	
For gravide/vordende forældre	For nyblevne forældre
<p>Hvordan tænker du om dit barn, der er på vej?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeg tror, det vil være meget krævende • Jeg tror, det kan blive svært at trøste mit barn • Jeg tænker indimellem, at jeg fortryder at vente barn • Jeg tror, jeg får rigtig god kontakt med mit barn 	<p>Hvordan tænker du om dit barn?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeg synes, mit barn er meget krævende • Jeg har svært ved at trøste mit barn • Jeg tænker indimellem, at jeg har fortrudt at få barn • Jeg har rigtig god kontakt med mit barn
<p>Hvordan forestiller du dig selv som forælder?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meget god • God • Ikke så god • Slet ikke god 	<p>Hvordan tænker du om dig selv som forælder?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meget god • God • Ikke så god • Slet ikke god

Screeningsskemaet er blevet benyttet i forskningsprojekter og ikke mindst i daglig praksis anvendt både før og efter fødsel i omkring 30 kommuner landet over og af 30 praktiserende læger i København gennem en årrække. I daglig praksis har skemaet via 7.750 screeninger fundet 7-8 procent mænd og 10-12 procent kvinder med risiko for fødselsdepressioner.



DOBBELTFOKUSERET BEHANDLING FOR FØDSELSDEPRESSION

I det følgende beskrives den metode eller model for behandling af fødselsdepression, der er udviklet i Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning på Rigshospitalet gennem årene for både mænd og kvinder. Det vil sige, at de følgende sider beskriver af behandlingsmodellen er anvendelig for både mænd og kvinder. Derefter kommer de særlige behandlingstilgange for mænd.

Modellen/interventionen anvendes over for forældre med fødselsdepression og begyndende eller truende fødselsdepression. Den kan gennemføres både under graviditet og efter fødslen og som individuel behandling eller forældrebehandling, og elementerne vil fint kunne anvendes i gruppebehandling. Afhængigt af barnets alder vil der i bestemte sammenhænge være fordele ved, at barnet er med i dele af terapien, da det bliver muligt at arbejde direkte med relationen her og nu. Den optimale udmøntning er en kombineret og koordineret indsats, hvor der er individuel behandling til den ramte forælder, samtidig med at forældrene får hjælp til samvær med barnet i den daglige konkrete praksis fx ved sundhedsplejerske, familiebehandler, pædagog, jordemoder m.fl.

Målet for interventionen i forhold til fødselsdepression er på én gang, at forældrene skal få det bedre og komme af med de mange plagsomme tanker og følelser, og samtidig at forældrene skal hjælpes til at blive i stand til at åbne sig for mødet med spædbarnet, hvilket vil sige at fremme forældrenes forståelse af og indlevelse i barnets handlinger og intentioner bag handlingerne og de stemninger og tilstande, barnet er i.

Metoden er at veksle i fokuseringer i samtalerne mellem:

1) konkrete situationer i dagliglivet og refleksioner over den aktuelle relation til barnet og oplevelsen af at være forældre og egne, barnets og andres indre tilstande;

2) og samtidig tilknytningserfaringer fra opvæksten og relationerne til egne forældre dengang og nu.

Der er således tale et dobbelt fokus og dobbelt mål for behandlingen – den ramtes tilstand og relationen til barnet. Og behandlingen er ikke vel gennemført, før begge mål er opnået.

I arbejdet med forældre tidligt i forældreskabet er der gode erfaringer fra den psykologiske betjening i Fødselssamarbejdet i Rødovre og i Rigshospitalets svangre-, føde- og barselafdelinger samt fra Rigshospitalets Fædreforskningsprogram med at arbejde inden for en *mentaliseringsorienteret* terapiramme. Målet er som udgangspunkt at støtte og fremme udviklingen af forældrenes refleksive kapacitet i forhold til barnet – det kommende barn og spædbarnet – og i forhold til sig selv som forældre. Forældres indlevelse i barnet er forudsætningen for, at barnet selv udvikler evnerne til at forstå sine egne reaktioner, tilstande, følelser, intentioner osv. og andre menneskers ditto. Det, der kaldes evnen til at *mentalisere*.

MENTALISERINGSBASERET BEHANDLING

Med mentalisering menes evnen til at danne sig forestillinger om mentale tilstande hos sig selv og andre. Og at forstå handlinger, udtryk, kropssprog, mimik mv. som udtryk for bestemte mentale tilstande som intentioner, motiver, lyster, opfattelser, håb, angst mv. Begrebet mentalisering er opstået i psykotераpeutisk sammenhæng, men det er et almenpsykologisk fænomen, der belyser generel social kompetence. Det er i familie med begreber som empati, indlevelse og lignende og kan ses som en af de vigtigste byggesten i vores måde at interagere med hinanden på, fordi denne evne er med til at forklare, hvordan mennesker helt ned på detaljeniveau kan påvirke hinanden i komplekse mellem menneskelige samspil. Mentaliseringsbaseret behandling af fødselsdepression har til formål at fremme mentalisering hos forældre i forhold til deres børn.

Generelt i mentaliseringsbaseret behandling gælder det bl.a., at behandleren er optaget af at:

- åbne for refleksioner over en aktuel situation eller relation
- hjælpe den enkelte med at generere flere perspektiver på en aktuel situation

- befri klienten fra at være fanget i ét perspektiv
- erkende og reflektere over en række forskellige mentale tilstande hos sig selv og andre

Behandleren bør hele tiden forholde sig undersøgende til klientens og sin egen mentale tilstand. Herunder være opmærksom på den aktuelle situation:

- Hvad sker der nu?
- Hvorfor siger klienten det nu/opfører sig sådan nu?
- Hvorfor føler jeg sådan nu?
- Hvad er der sket for nylig i samtalerne, som kan forklare det, der sker nu?

For at få disse tilstande på banen kan behandleren bl.a. spørge:

- Er der noget, jeg har sagt eller gjort, som kan have fået dig til at få det sådan?
- Jeg er ikke sikker på, hvad der fik mig til at sige det. Det er jeg nødt til at tænke over.
- Jeg tror, jeg tog fejl. Men jeg kan ikke forstå, hvordan jeg kom til at sige det. Kan du hjælpe mig med at gå tilbage til det, der skete lige før, det gik galt?
- Er der noget, jeg ikke har fået fat i her?

Det er vigtigt at være opmærksom på, at nogle spørgsmål kan virke hæmmende på mentalisering. Det gælder, hvis de lægger op til, at der er noget der er "rigtigt". Desuden kan de stimulere pseudomentalisering.

Men hvorfor er mentalisering så vigtigt et begreb i denne sammenhæng? Mentalisering er slået igennem som et centralt begreb i moderne udviklingspsykologi og psykoterapi. Peter Fonagy og kollegers tanker om mentalisering udspringer af *tilknytningsforskningen*, hvor de fandt, at forældrenes evner til 'reflective functioning' er kernen i en tryk tilknytning. Og at tryk tilknytning skaber evne til mentalisering hos barnet. I den skelsættende bog "Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling" fra 2002 (2007 på dansk) viser Fonagy og kolleger, hvordan mentalisering er et centralt fænomen livet igennem og ikke mindst i de tidlige forældre-barn-relationer. Mentalisering defineres heri som "... *evnen til at danne sig forestillinger om mentale tilstande hos én selv og andre ...*" og videre: "... *evnen til mentalisering er et afgørende element i selvorganisering og affektregulering, ...*" (Fonagy et al. 2007). En grundide er, at en række psykiske forstyrrelser er livshistorisk dannede som følge af

fejludvikling, ofte stammende fra det tidlige forældre-barn-samspil. Forfatterne argumenterer for forældre-barn-forholdets afgørende betydning for udviklingen af barnets affektregulering og senere udvikling af mentalisering.

Tilknytningsteoriens og -forskningens forståelse af forældre-barn-samspillets betydning for børns udvikling af tilknytningsmønstre er en grundforståelse bag mentaliseringsorienteret behandling. Mentaliseringen er en evne, der opstår i og udspringer af samspelet med omsorgsgiverne. Derfor ser forfatterne tilknytning snarere som et middel end som et mål i sig selv. Tilknytningsrelationen og tilknytningssystemet udgør på den måde den relationelle base for udviklingen af mentalisering. Tryk tilknytning ligger til grund for mentaliseringskompetencen. Og mentaliseringskompetencen er forudsætning for, så man kan være en tryk base for sit barn og gennem en lang række afgørende relationelle faktorer kan skabe grundlag for dets udvikling af evnen til at mentalisere. Således er det at kunne mentalisere – dvs. at have evne til at bearbejde egne og andres følelsesmæssige udtryk og tilstande – også en afgørende beskyttende faktor i forhold til at udvikle psykiske vanskeligheder.

MENTALISERING I FORÆLDRE-BARN-RELATIONER

Mentaliseringsevnen udfordres, mindskes eller ligefrem bryder sammen, når en person oplever en stærk emotionel påvirkning. Det kan være i en stresset, frygtfuld eller anden presset situation. En fødselsdepression er en sådan situation, og derfor er en mentaliseringsbaseret tænkning om behandling af fødselsdepression en vigtig vej at gå.

Når vordende forældre og spædbarnsforældre får fødselsdepressioner, sker der et sammenbrud i deres evne til at mentalisere. De har svært ved at mærke andet end deres egne følelser af frustration, skyld- og skamfølelser, vrede, magtesløshed, trang til at stikke af, desperation osv. De følelser bliver ofte så voldsomme, at det er umuligt for den ramte at danne sig forestilling om, hvad der sker i barnet, dvs. hvad der ligger bag fx barnets gråd, uro, opmærksomhed og andre udtryk – altså at mentalisere. På sammen måde mister de også evnen til at forstå sig selv som forældre, dvs. til at reflektere over relationen til deres barn, hvordan de gerne vil være som forældre, hvad der er deres værdier, hvad der var grunden til, at de ville have barn etc.

For barnet er det en forudsætning for en normal udvikling, at det oplever, at der er nogen, der har deres sind på sinde. Det vil sige nogen – forældrene – som er i stand til at reflektere over og spejle dets intentioner på troværdig og afbalanceret måde, at opmuntre og bekræfte det i det, det gør, at sætte ord på dets tilstande, følelser, intentioner og lyst og ulyst. Den forælderrolle består i sådanne elementer i forældre-barn-samspillet som:

- at spejle og mærkeret spejle barnets tilstande og udtryk
- at kunne give beskyttelse og omsorg til barnet
- at kunne leve sig ind i barnets indre liv
- at være tilgængelig, når barnet har behov for den voksne
- at kunne have delt opmærksomhed sammen med barnet om forskellige ting
- at kunne være samstemt med barnet
- at give trøst – herunder fysisk omsorg
- at afbalancere mellem egne behov og barnets behov
- at evne at dele og skiftes til at tage initiativ bl.a. til kontakt
- at kunne acceptere barnets følelser og guide det til at overkomme belastende følelser

Det eller de mentaliseringssammenbrud, som fødselsdepression hos en af forældrene (eller begge) medfører, har betydning for forældre-barn-sammenspillet, bl.a. ved at ovenstående eller nogle af ovenstående kompetencer hos forældrene bryder sammen med effekt på barnet – og evt. på dets udvikling.

Egne barndomserfaringer i form af indre arbejdsmodeller vil påvirke måden, hvorpå den enkelte agerer som forælder, hvorfor de må inddrages i interventionen med småbørnsforældre og vordende forældre. Derfor skal denne særlige behandling kombinere den 'rene' mentaliseringsbehandling med forståelsen for 'ghosts in the nursery', dvs. bearbejdning af de uforarbejdede og uforløste svigt, konflikter og andre smertefulde forhold fra opvæksten og livet i det hele taget, som forhindrer og svækker evnen til forstå barnets sind – og forældrenes eget sind.

De tidligere erfaringer undersøges i forhold til, hvordan de bidrager til nuværende emotionelle og relationelle funktioner og især, hvordan de har indflydelse på mandens eller kvindens forælderrolle og dermed på forholdet til deres barn/børn.

Det at have barnet på sinde fremmes ved løbende i behandlingen at indtage barnets perspektiv. Det kan gøres fx med følgende spørgsmål før og efter fødslen:

Når barnet endnu ikke er født:

- Hvis du skulle forestille dig en situation som far/mor sammen med dit kommende barn, hvordan ser du så dig selv, hvad gør du? Hvordan opleves det?
- Hvilken rolle tænker du, at du vil få i forhold til dit barn? Er der nogle ord, der kan beskrive dig som spædbarnsfar/-mor? Giv gerne konkrete eksempler.
- Hvad forestiller du dig om dit kommende barn? Hvad vil det fx. kunne lide/ikke lide? Tror du, det bliver, som du forestiller dig?
- Hvis du skulle forestille dig en eller anden situation, dit kommende barn er i, hvilken alder har det så, hvad gør det?
- Hvilke ord kan beskrive dit kommende barn? Giv eksempler på situationer, handlinger, tilstande, hændelser eller lignende. Prøv at give hver af dem et tillægsord eller blot et ord.

Når barnet er født:

- Forestil dig en eller anden situation, dit barn er i, hvilken alder har det så, hvad gør det?
- Hvordan tror du, dit barn oplever denne situation/periode?
- Hvordan viste dit barn dig, at han/hun har følt sig alene på et tidspunkt?
- Hvis dit barn kunne tale, hvad ville han/hun sige om at spise, sove, være på tur eller andre situationer?
- Forestil dig en situation sammen med dit barn, hvordan ser du så dig selv, hvad gør du? Hvordan opleves det?
- Hvilken rolle har du i forhold til dit barn? Er der nogle ord, der kan beskrive dig som spædbarnsforælder? Prøv at give nogle konkrete eksempler.
- Hvordan vil du beskrive dit barn? Hvad kan det fx lide/ikke lide? Er det, som du havde forestillet dig?
- Hvilke ord kan beskrive dit barn? Giv eks. på situationer, handlinger, tilstande og lign. for hvert.

Ved terapeutens nysgerrige holdning motiveres forældrene også til at forholde sig nysgerrigt og åbent over for, hvad der følelsesmæssigt foregår i barnet og i dem selv.

TEMAER I BEHANDLINGEN

I terapien spørges til og sammen med patienten undersøges forskellige følelser på baggrund af emner/situationer. Udgangspunktet vil være at afdække de følelser, der tager form i relationerne – både nuværende, fremtidige og i de vordende forældres egen opvækst. I forlængelse af ovenstående er det vigtigt i arbejdet:

- at skabe en tryk stemning og relation i rummet – som gør det muligt trygt at udforske følelser og tanker
- at være 'affekt-regulerende', så følelserne ikke bliver for stærke eller for overfladiske
- at fokusere på klientens tilstande relateret til forældreskab
- at fokusere på følelser og tanker relateret til barnet
- at fokusere på forestillinger om, hvilke følelser, tilstande, ønsker, intentioner osv., der kan være i barnet/det kommende barn.

Det er især godt at stille relationelle spørgsmål. Disse tilgange kan udfoldes i nedenstående emner/temaer henholdsvis under graviditeten og i spædbarnsperioden.

SAMTALER UNDER GRAVIDITET

Her er det en god indgang at bede forældrene reflektere over, hvad det mon vil forandre at blive forældre, blive tre (eller flere) i familien, samt forestillinger om sig selv som forældre. Sideløbende er forestillinger om det kommende spædbarn og 'hvad det mon er for én' mulige veje at gå. Det er også godt gentagne gange at reflektere over egne erfaringer med omsorg og tilknytning, og hvad de erfaringer betyder for de vordende forældres tanker om måden, de bliver forældre på.

Desuden er det relevant med refleksioner over aktuelle relationer til egne forældre og over, hvad de mon tænker om, at deres børn nu bliver forældre, kombineret med refleksioner over, hvordan de var som henholdsvis fædre og mødre, om der er nogen, de gerne vil ligne eller helst ikke vil ligne. Og hvordan deres forhold til forældrene mon vil ændres, når der kommer barn, og de selv bliver forældre.

Det kan fx ske via spørgsmålene:

- Er der noget, du specielt tænker på ved det, at du nu skal være forælder?
- Hvad tænker du om, at du skal være forælder? Tror du, det vil forandre dit liv? Hvordan vil det spille ind på andre ting, som du også gerne vil? På dit arbejde og dine interesser?
- Vil du sige det sådan, at du ønsker at få børn lige nu? Var I enige i parret om det?
- Er der nogen af dine reaktioner, der har overrasket dig?
- Er der noget, der bekymrer dig ved det at skulle blive forældre?
- Har din indstilling forandret sig, siden graviditeten blev konstateret?
- Hvordan er det at mærke barnets bevægelser i maven/din kones mave?
- Er der noget særligt, du spekulerer på i forbindelse med graviditeten og fødslen?
- Hvordan tænker du, det vil påvirke dig at blive forældre? Jeres parforhold? Er der noget, der allerede har forandret for dig?
- Hvordan tror du, det vil påvirke dig at være sammen med dit spædbarn?
- Er der nogen ting, du specielt glæder dig til sammen med dit spædbarn?
- Er der noget i samværet med dit barn, du kan være ængstelig eller urolig for?
- Er der noget fra din barndom, der har betydning for, hvordan du synes, dit eget barn skal have det?
- Er der nogen oplevelser, du har haft, som du gerne vil have, dit barn skal få? Er der nogen oplevelser, som du bestemt ikke ønsker, det skal få?
- Er der nogen ting fra din egen barndom, som du er kommet til at tænke på, nu hvor du skal have barn? Har du bemærket, om det er noget, du tænker mere på nu end før?
- Hvordan var det at være barn hjemme hos dig?
- Synes du, at du blev forstået som barn?
- Når du var bange eller ked af det, var der så nogen, der tog sig af dig?
- Har du gjort dig nogen tanker om, hvordan din barndom har påvirket din måde at være på i dag?
- Hvad mon du engang vil fortælle dit barn om din egen barndom?

- På hvilken måde tror du, din egen barndom vil have betydning for, hvordan du bliver som forælder?
- Hvordan tror du, dine forældre vil blive som bedsteforældre?
- Er der noget i dit liv, som du synes har forberedt dig til at blive forældre?
- Er der noget i din tilværelse, som du tror, det at blive forældre vil få dig til at se anderledes på?



CASE: Adam

Min egen opdagelse af, at mænd kan lide af den slags forstyrrelser, skete som led i mit arbejde med kvinder med fødselsdepressioner (Madsen 1996). Her fik vi til klinikken af familiens læge en dag henvist den ca. 30-årige Adam. Adams kæreste er gravid i fjerde måned, og Adam har fået angstanfald og depressive tilstande og har fået det psykisk dårligt i det hele taget. I terapien fortæller Adam, at det først og fremmest er hans forhold til sin far, der plager ham. Adam hader sin far og siger, at han altid har været afvisende, hård og uforstående over for ham som barn. Han mindes, at faderen altid nedgjorde ham og forhånede ham og aldrig regnede ham for noget. Han er bange for selv at blive en sådan far og for at påvirke sit barn til at blive som ham selv.

Adam synes selv, at han ligner faderen på alle mulige punkter. Han ser kun negative ting ved sin far og ved sig selv som far, og han har ingen lyst til at have kontakt med faderen. Adams mor døde for nogle få år siden, og om sin mor fortæller han, at hende kunne han altid tale med, hun forstod ham. Men det var faderen, der dominerede hjemmet med sin hårde facon. Han fortæller samtidig om sit forhold til de små børn i familien og i vennekredsen, at de ofte irriterer ham, og at han synes, de løber om hjørner med deres forældre og er krævende og grænseløse i deres opførsel. Han synes ikke, forældrene sætter dem nok på plads eller er konsekvente nok.

Adam har svære overvejelser over at skulle fortælle sin far, at han selv er vor-dende far. Han er bange for igen at blive nedgjort og for, at faderen vil sige, at det havde han ikke troet, at Adam kunne finde ud af. I terapien opdager Adam med udgangspunkt i frygten for faderens reaktion på, at han skal have barn, at han altid har stræbt efter at få accept og anerkendelse fra sin far. Ud af dette lykkes det også at finde positive sider ved faderen, sådan som han er nu som ældre mand. Efter nogle samtaler kommer Adam frem til, at han efterhånden nærmest føler medfølelse med faderen, således som man kan have det over

for et ældre menneske, der ikke kan klare så meget mere. Dette neutraliserer de negative følelser for faren, han får ikke længere lov til at være dominerende i Adams indre liv. Udgangspunktet er nu, at han gerne vil være far, men han vil ikke være som sin far. Men hvordan så? Det bringer moderen i fokus i terapien. Adam fortæller om hendes død, at han ikke har sørget særlig meget, men blot forsøgt at glemme. Vi gennemarbejder nu hele forløbet omkring moderens sygdom og død og begravelse, hvilket påvirker Adam stærkt, og først nu tillader han sig at sørge.

Med stor hengivenhed fortæller han om, hvordan hans og moderens samtaler om eftermiddagen efter skoletid står mejslet ind i hans hukommelse, og om, hvordan han, efter han blev voksen, ofte ringede til hende og talte med hende om ting, han havde problemer med eller var usikker på, og at det altid hjalp ham meget. Det går nu op for Adam, at han også efter moderens død ubevidst 'konsulterer' hende, når der er noget, han er i tvivl om i sit liv. Videre giver han udtryk for, at hvis hun havde levet, ville han have talt med hende om sin tvivl om at blive far. Han er overbevist om, at hvis hun havde levet, ville han have været positivt indstillet over for at få barn og blive far. Herefter oplever Adam en psykisk omvæltende proces forløbe i sig. Tankerne myldrer frem, og han har tit stærk lyst til at græde. Han sidder bl.a. på et tidspunkt i flere timer for sig selv, mens alle mulige tanker og følelser fra barndommen vælder op i ham, specielt følelser og oplevelser, der har med moderen at gøre. Han finder nu også mange sider i sig selv, der minder om moderen. Det er en kamp inden i ham mellem en 'far-side' og en 'mor-side'. Han finder ud af, at han glæder sig utroligt meget til, at barnet kommer.

I og udenfor terapien går Adam nu aktivt ind i forberedelserne af fødslen og livet med et spædbarn. Han deltager med stor glæde i fødselsforberedelse og snakker nu med andre spædbørnsforældre om at få barn og fortæller åbent på arbejdet og andre steder, at han skal være far. Hans mor er meget til stede i hans bevidsthed, og på et tidspunkt finder han ud af, at han er den i familien, der mest ligner moderen, og at han har lidt af hendes rolle med at forsone familiemedlemmer og være den, der lytter til andres bekymringer og problemer. Den rolle er han glad for. Han begynder også at tale på en helt anden måde om de småbørn, der er i vennekredsen og familien. Han ser nu meget tingene fra børnenes side, er tolerant og overbærende over for deres måder at reagere på og synes, de er sjove og søde, og forældrene lovlig strenge.

SAMTALER I SPÆDBARNSPERIODEN

Når barnet er født, og der er et liv sammen med det i spædbarnsfamilien, handler samtalerne om oplevelser af, hvordan det forandrer at blive forældre og blive tre (eller flere) i familien. Her kan fokus bl.a. være forestillinger om sig selv som forældre. De handler dog ikke mindst om forestillinger om det spæde barns tanker, følelser, ønsker, intentioner, opfattelser – hvad der foregår inden i det. Og hvis der ikke er nogen tanker om dette, gælder det arbejdet med opdage, opfatte og forstå sammenhænge mellem barnets adfærd og dets indre tilstande.

Disse samtaler krydses så af det andet fokus: Faderens eller moderens egne erfaringer med omsorg og tilknytning og indlevelse. Herunder også tanker og forestillinger om deres forældres tanker, følelser og intentioner, ofte knyttet til konflikt- eller sorgfulde erindringer, og om disse erfaringers betydning for deres egen måde at blive forældre på.

Det kan fx ske via spørgsmålene:

- Er der noget, du specielt tænker på mht., at du nu er blevet forælder?
- Hvad tænker du om, at du er blevet forælder? Tror du, det vil forandre dit liv? Hvordan har det allerede forandret dit liv? Hvordan vil det spille ind på andre ting, som du også gerne vil? På dit arbejde og dine interesser?
- Er det det rigtige tidspunkt for dig have fået barn lige nu? Hvordan er det for din partner?
- Er der nogen af dine reaktioner, der har overrasket dig?
- Er der noget, der bekymrer dig ved det at være blevet forældre?
- Har din indstilling forandret sig siden eller gennem graviditeten og fødslen?
- Hvordan er det at holde barnet?
- Hvordan er det for dig, når dit barn græder?
- Hvordan påvirker det dig at være forældre? Jeres parforhold? Er der noget, det allerede har forandret for dig?
- Hvilken rolle tænker du, at du har i forhold til dit spædbarn? Er der nogle ord, der kan beskrive dig som spædbarnsforælder? Konkrete eksempler.
- Hvordan påvirker det dig at være sammen med dit spædbarn?
- Hvad gør størst indtryk på dig ved dit barn?

- Er der noget, som du tænker kendetegner dit barn? Hvad?
- Hvis du lige nu erindrer en eller anden situation, dit barn er i: Hvad gør dit barn? Hvordan påvirker det dig?
- Hvis du tænker på en situation, du er sammen med dit barn i – hvordan ser du så dig selv? Hvad gør du? Hvordan har du det?
- Hvis du skal beskrive dit barn, hvilke ord vil du så bruge? Nævn fem. Giv eksempler på situationer, handlinger, tilstande og lignende, der kan uddybe hvert ord.
- Er livet med dit spædbarn, som du havde forventet det?
- Er der nogle ting, du specielt synes er dejlige/rare sammen med dit spædbarn?
- Er der noget i samværet med dit barn, du synes er vanskeligt?
- Hvad tænker dine forældre om, at du har fået barn? Har det påvirket jeres forhold? Hvordan?
- Er der noget fra din barndom, der har betydning for, hvordan du synes, dit eget barn skal have det? Er der nogen oplevelser, du har haft, som du gerne vil have, dit barn skal få? Er der nogen oplevelser, som du bestemt ikke ønsker, det skal få?
- Er der nogen ting fra din egen barndom, som du er kommet til at tænke på, nu hvor du har fået barn? Har du bemærket, om det er noget, du tænker mere på nu end før?
- Hvordan var det at være barn hjemme hos dig?
- Synes du, at du blev forstået som barn?
- Når du var bange eller ked af det, var der så nogen, der tog sig af dig?
- Har du gjort dig nogen tanker om, hvordan din barndom har påvirket din måde at være på i dag?
- Er der noget, du på et tidspunkt har lyst til at fortælle dit barn om din egen barndom?
- Hvordan er dine forældre som bedsteforældre, og hvordan tænker du, de vil blive?
- Er der noget i dit liv, som du synes har forberedt dig til at blive forælder?
- Hvordan synes du alt i alt, det påvirker dig at være blevet forælder?
- Er der noget i din tilværelse, som du tror, det at være blevet forælder vil få dig til at se anderledes på?

Den her fremlagte samtalemodel for forældre med fødselsdepression er beregnet og virksom til behandling af både mænd og kvinder.



HVORFOR NOGET SÆRLIGT FOR MÆND/FÆDRE?

Ovenstående model er for både mænd og kvinder og vigtig at benytte også for mænd! Men der er meget, der tyder på, at der kan være særlige forhold ved mænds adfærd og behov og ved måderne, deres psykiske problemer viser sig og bearbejdes på, der gør, at de professionelle kan have sværere ved at møde manden og forstå ham og hans mentale problemer.

Det viser bl.a. erfaringer fra behandlingsforløb med 69 mænd og kvinder i projekt "Bedre screening for fødselsdepression", hvor de blev tilbudt psykologbehandling ud fra de oven for beskrevne metoder. Resultaterne vises nedenfor i skemæt i form af resultaterne af udfyldelse af skemæt "Reaktioner på at vente barn/blive forældre" (Madsen 2009) før og efter behandlingen med henblik på at se om og hvordan klienternes score for negative tilstande udvikler sig:

Før-efter målinger af behandlingsforløb for 69 kvinder og mænd

- 87 % (60 klienter) har fået en lavere score – bedring i tilstand
- Blandt dem, der er faldet i point, er faldet 42 % eller i gennemsnit 15 point
- 0,4 % (8 klienter) har en højere score
- Den samlede gruppe er faldet 40 % i score eller 12 point i gennemsnit
- 65 % (45) er kommet under risikoniveau
- 74 % (51) er kommet under EPDS cut-off
- 71 % (49) er kommet under Gotland cut-off
- 80 % (55) er kommet under en eller begge skalærs cut-off

Dette er faktisk rigtig gode behandlingsresultater. Og det bækkes op af evalueringsresultaterne målt med *Feedback Informed Treatment*-skemaerne "Session Rating Scale" (SRS) (Miller et al. 2003) og "Outcome Rating Scale" (ORS) (Duncan et al. 2003). Den officielle bedømmelse af resultaterne ved Susanne Bargmann (personlig kommunikation 26/11 2017) målt hermed viser:

”69 % af klienterne har oplevet en signifikant forbedring af deres velbefindende/funktionsniveau ved endt behandling. Effekten af den samlede behandling ligger imellem medium til stor effekt af behandlingen. Behandlingen ligger på niveau med normen i databasen.”

Så alt i alt virker metoden optimalt, når vi ser på den samlede gruppe på omkring 70 klienter. Men når vi kigger på forskellene mellem mændenes og kvindernes udbytte af denne behandling, så er der ud fra de tal, vi har til rådighed, endog ret store forskelle i udbyttet, som det kan ses i skemaet. For kvindernes vedkommende er det 96 procent eller så godt som alle, der har bedring i deres tilstand, mens det for mændene 'kun' er omkring to tredjedele, der oplever bedring.

Resultater fra 47 kvinder i behandling:	Resultater for 22 mænd i behandling:
<ul style="list-style-type: none"> • 96 % (45) har en lavere score = bedring i tilstand • Gennemsnit for fald i point er 51 % eller i gennemsnit 16 point • 4 % (2) har en højere score • Den samlede gruppe er faldet 48,5 % i score eller 15 point i gennemsnit – en halvering • 76% (34) er kommet under risikoniveau • 84 % (38) er kommet under EPDS cut-off • 82 % (37) er kommet under Gotland cut-off • 89 % (40) er kommet under cut-off på én eller begge skalaer 	<ul style="list-style-type: none"> • 68 % (15) har en lavere score – bedring i tilstand • Gennemsnit for fald i point 42 % eller i gennemsnit 16 point • 5 % (1) er uændret • 27 % (6) har en højere score • Den samlede gruppe er faldet 20 % i score eller 6 point i gennemsnit • 50% (11) er kommet under risikoniveau • 60 % (13) er kommet under EPDS cut-off • 55 % (12) er kommet under Gotland cut-off • 68 % (15) er kommet under cut-off på én eller begge skalaer

Vi skal naturligvis tage forbehold for størrelserne af den gruppe, der evalueres på – og især på de få mænd, der indgår. Men tager vi resultaterne som en strømpil, så er det klart, at selvom resultaterne for hele gruppen og for mændene særskilt også er gode, er det tydeligt, at resultaterne for mændene er dårligere end for kvinderne. Faktisk er resultaterne for kvinderne i gruppen exceptionelt gode, mens resultaterne for mændene sammenlignet hermed er på det jævne. Da det er de samme behandlere, der har gennemført alle behandlinger med samme ovenfor beskrevne mentaliseringsbaserede tilgang, er der et vist grundlag for en sammenligning.

Den sammenligning viser, at klientens køn, er en faktor, vi skal have øje for. Der bør tages afsæt i, at der findes kønsspecifikke psykiske tilstande, reaktioner og symptomer (eller tilstande, reaktioner og mentale mønstre, man ser hyppigere hos det ene køn), som viser sig i samtalebehandlinger. At medtage sådanne forskelle, der er formet af kultur og socialisering, synes at være en af de frugtbare veje til at identificere mænds psykiske vanskeligheder og dermed skabe mulighed for at tilbyde dem psykologisk behandling. I arbejdet med at opspore fædres fødselsdepressioner er tænkemåden anvendelig (Madsen & Juhl 2007; Madsen, Bibow & Eliasson 2018). Men også når det gælder selve behandlingen, synes det at være frugtbart at have de kulturelle normer for det maskuline og drenges socialisering for øje. I det arbejde er en behandling, der både forholder sig til følelser og tænkemåde og til relationers psykodynamik, vigtig. Den nævnte mentaliseringsbaserede behandling kan ses som en integration af de to aspekter. Men der skal samtidig være fokus på de kønsspecifikke træk ved mænds psykiske vanskeligheder, som kræver en tilgang, der er særligt egnet til at hjælpe med refleksioner over emotioner og relationer ud fra mænds kønsspecifikke mentale mønstre og fødselsdepressionens særlige karakter.

MÆND OG PSYKISKE PROBLEMER

Det er den gængse officielle vurdering, at dobbelt så mange kvinder som mænd får en depression og generelt har det psykisk dårligt. Men det er målt på, hvor mange der får behandling, og på, hvordan man selv evaluerer sit mentale helbred. Desværre er det sådan, at alt for mange mænd med psykiske problemer ikke får behandling for det, og kun halvdelen af de mænd, der har depression, er i behandling for den lidelse (Madsen 2013).

Det skyldes en lang række forhold, bl.a. særlige symptomer og reaktionsmåder. Mens mænd kan have de 'traditionelle' symptomer på depression, ses det også ofte, at mænd kan have særlige reaktionsmåder og tilstande knyttet til deres psykiske problemer. De særlige symptomer, man hyppigere (men ikke kun) ser hos mænd, er bl.a. de udadvendte reaktioner i form af aggression, vredesudbrud, risikoadfærd, tilbagetrækningsreaktioner såsom isolation fra nære relationer, stærke krav om autonomi og at være i fred, overengagement i arbejde, afvisning af at få hjælp mv., som er nævnt foran i afsnittet om screening for fødselsdepression.

Mens de officielle behandlingsstatistikker registrerer, at mænd kun halvt så ofte har og behandles for depression som kvinder, diagnosticeres de til gengæld dobbelt så hyppigt for misbrug. Det tyder på, at hvis en mand har et misbrug og en depression, så er der størst sandsynlighed for, at han bliver anset for at være en misbruger snarere end en, der har en depression. Man kan sige det sådan, at mænd oftere bliver fundet og i sidste ende diagnosticeret for noget, *de gør*, en *adfærd*, snarere end for, hvordan de *har* det.

Livet igennem har mænd cirka 30 procent mindre kontakt end kvinder med den praktiserende læge. Og lægen er jo indgangen til behandling og specialbehandling – også på det psykiske område. Derfor vil langt færre mænd med psykiske problemer få hjælp via deres praktiserende læge fx i form af psykologhjælp. Omkring tre gange så mange kvinder som mænd henvises til psykolog via egen læge.

En effekt af, at mænds psykiske problemer opdages for sjældent og for sent, er, at mænd begår selvmord tre gange så hyppigt som kvinder. Med alderen bliver forskellen større: Mænd over 80 år begår det 4 gange så hyppigt som kvinder. Selvmordene er bl.a. udtryk for depressioner, der ikke er opdagede eller behandlede.

Som nævnt er det relativt nyt, at det anerkendes, at mænd også kan få fødselsdepressioner. Men det er langt, langt fra, at de er registrerede i statistikkerne over forekomst af psykiske problemer. Vi ved, at mellem 7 og 10 procent af alle fædre årligt får en fødselsdepression, hvilket omfatter cirka 5.000 fædre årligt. Meget få af disse mænd får i dag professionel støtte eller behandling for den lidelse, og deres tilstande indgår således heller ikke i opgørelserne over forekomst af depression hos mænd.

Dertil kommer, at de særlige træk ved mange mænds måder at kommunikere og reagere på kan gøre, at de professionelle har svært ved at møde manden og forstå ham og hans problemer. Det gælder bl.a. det, at mange mænd har behov for autonomi og selvbestemmelse, når de får det psykisk dårligt. Mange vil ikke umiddelbart tale om deres problemer, men hellere se på, hvad kan de gøre. Nogle har tendens til hurtigt at søge væk fra følelser af angst, smerte og svaghed, bl.a. gennem at bedøve sig med alkohol. Mange mænd trækker sig fra familie og venner, når de får det dårligt og reagerer udad, fx ved at gå i utide fra jobbet, køre vildt i trafikken, komme i konflikter med andre mv. Sådanne reaktioner kan gøre det vanskeligt for den professionelle at komme i dialog med manden om hans psykiske tilstand, se hans depression og give ham den behandling, der er brug for.

Sådanne reaktionsmåder kræver, at både familie, venner, kolleger og professionelle kommunikerer på måder, der bedre møder mændene.

Det er vigtigt i dag at tage udgangspunkt i, at disse forskelle mellem mænds og kvinders psykiske reaktionsmåder gør, at manden ikke bliver mødt godt nok i sundhedsvæsenet, og at der stadig er mange professionelle, der kan have svært ved at møde manden og forstå ham og hans problemer. Der er derfor behov for, at praktiserende læger, psykiatere, psykologer og andre, der arbejder med mennesker med psykiske problemer, gør sig klart, at kommunikationen med mænd og kvinder er forskellig i mange (men ikke alle) tilfælde. For at opdage og hjælpe mænd med psykiske problemer er det nødvendigt, at vi i kommunikationen har fokus på de særlige behov og reaktionsmåder hos mændene.

For at skabe bedre hjælp til mænd med psykiske problemer er der behov for uddannelse i kommunikation og dialog med mænd med psykiske problemer. Både i de sundhedsprofessionelles grunduddannelser og i videre- og efteruddannelser. Dertil er der behov for udvikling af redskaber, der gør det muligt bedre at se depressionerne og andre psykiske problemer hos mænd. Videre skal vi finde nye muligheder og rekrutteringsveje for at få mænd i behandling og overveje og udforske, om der er behov for særlige behandlingstilbud for mænd.



SÆRLIGE ASPEKTER VED BEHANDLINGEN AF MÆND MED FØDSELSDEPRESSION

En far skrev:

”Canada – bare flygte fra det hele. Jeg måtte så langt væk som muligt og starte på ny. Min nye livssituation med manglende søvn, begrænsninger i forhold til arbejde og min datters gråd var ved at drive mig til vanvid. Jeg så en masse sider hos mig selv, som jeg ikke kendte og bestemt ikke brød mig om. Det forskrækkede mig, at jeg blev hidsig, vred og aggressiv både over for min kæreste og mit barn – sådan en far skulle hun jo ikke have! Tanken om selvmord havde også strejft mig, men den bedste udvej syntes at være at rejse til den anden side af jorden. Mine planer var meget konkrete, men så hørte jeg om fædres fødselsdepression og tænkte, at jeg har behov for hjælp ...”

(En fars beskrivelse af sin situation op til samtale med psykolog).

På grundlag af ovenstående betragtninger om mænds reaktionsmåder og ikke mindst erfaringer fra behandlingsarbejdet med mænd ser det ud til, at det er vigtigt at forholde sig til bl.a. følgende fem særlige elementer i psykoterapi med mænd:

1. Tilbagetrækningen fra nære relationer - autonomi
2. Tendens til at blive udadreagerende
3. At skynde sig væk fra psykisk smerte
4. At have overvældende følelser
5. Omdrejningspunkt: Ambivalens imellem tilknytning og autonomi

Disse elementer er fem vigtige træk ved mange mænds kommunikations- og reaktionsmåder, når det gælder psykiske problemer og mentale lidelser, og derfor er de også centrale, når det gælder behandling af mænd med psykiske problemer. Nedenfor vil de blive gennemgået hver

for sig sammen med guide-forslag til, hvordan de kan bearbejdes i samtalerne med mændene.

1) TILBAGETRÆKNINGS- ELLER AUTONOMIREAKTIONER

Mænd søger ofte i første omgang autonomi og selvbestemmelse, når de får det psykisk dårligt. De vil eller magter ikke eller har heller ikke nødvendigvis brug for at snakke om tingene lige her og nu. Den reaktionsmåde fører imidlertid ofte til, at de vil have afstand til deres nærmeste. Det leder så til, at mange mænd får en forestilling om, at løsningen på deres problemer ligger i tilbagetrækning fra relationer, især nære familierelationer. I mændenes oplevelse bliver deres nærmeste mere en belastning, og samvær med dem en del af problemerne, snarere end en ressource til løsning eller bare til trøst og omsorg. Det gælder ikke mindst, når spædbarnet er der og opleves særligt belastende.

Eksempler på tilbagetrækningsudsagn:

"Jeg tænker hele tiden på, at kunne jeg bare lige få lov at være for mig selv, så ville jeg få det bedre" – "Når jeg er på vej ind i huset til min familie, så bliver jeg helt overvældet, næste kvart, og tænker bare på at få et øjeblik luft" – "Godt, at jeg er ryger, for så kan jeg med god samvittighed sætte mig ud på altanen og være for mig selv, når det er ved at blive for meget" – "Ingen kan hjælpe, det er noget, jeg selv må klare" – "Nej, jeg vil ikke snakke med nogen om det"

At arbejde med tilbagetrækningsreaktioner: Udgangspunktet for dette arbejde er, at der ikke er noget forkert eller skadeligt i at søge autonomi og selvbestemmelse, når man får det psykisk dårligt. Men at det bliver et problem, hvis det fører til distancering, isolation og ensomhed. Nedenstående temær er indgange til at arbejde for, at autonomi og tilbagetrækning ikke bliver til distance og isolation og ensomhed:

- Dialog om, hvornår det er, at de nære relationer bliver for anmassende og overvældende, og ikke mindst hvad det er ved dem, der opleves anmassende og overvældende. Her kan man fx arbejde med, hvordan manden kommer ind i lejligheden/huset efter arbejde. Skal han være i fred lidt eller bruge en halv time på nærværende samvær, og så få en tid for sig selv, eller andre måder.

- Dialog om, hvad det er, der er belastende – fx opleves partnerens udsagn ofte som krævende, bebrejdende, kritiserende mv. af mange mænd i den situation, hvor han træder ind i hjemmet. Her er det vigtigt at arbejde med, at mændene kan reflektere over intentionerne og følelserne hos deres partner, så de finder ud af, hvad det er, deres partner faktisk ønsker sig fra ham – hvilket jo bl.a. mange gange er forståelse for hendes situation og følelser.
- Dialog om, når samværet med barnet opleves belastende og krævende. Det er ofte, når barnet græder eller er utilpås, hvilket er situationer, der plager rigtig mange fædre med fødselsdepression. Her er det i høj grad vigtigt at arbejde med, at faderen kan mentalisere over barnets tilstande og ikke kun mærke sin egen smerte og magtesløshed eller vrede og irritation. Her skal han fx lære at gentage for sig selv, når barnet græder: "Hvad mon hun er ked af?", "Hvad trænger hun mon til?", "Hvad mon han gerne vil have fra mig?", "Hvad kan hun mon være ulykkelig over?" og lignende spørgsmål.
- Det er også vigtigt at snakke om og fokusere på og underbygge de gange, hvor det har været rart at være sammen med familien, om gode stunder i parforholdet og med barnet. Her viser der sig ofte at have været mange rare situationer, når man udforsker det, men disse er blot ikke bevidste for manden i hans smerte.
- Det er også væsentligt at få dialog om og refleksioner over, hvornår han savner dem, og hvad og hvilke situationer det kan være, han savner. Hos mange af fædrene er der også en smerte ved deres distancering fra andre mennesker – følelser af forladthed og ensomhed, som denne distancering fører dem ud i.
- Et felt, som er dialog og udforskning værd, er også, hvad der ligger i tilstanden: "Hvis jeg bare kunne være i fred/være fri...!". Her kan det blot for nogle være et behov for nogle små 'heller' med fred og ro, hvilket alle jo kan have behov for, og som alle kan få realiseret. Men for nogen er det den mere permanente trang til at slippe væk fra alt nærvær, ansvar, bundethed osv. Her viser det sig for nogle mænd, at de faktisk har mange timer for sig selv alene – fx ved computeren natten igennem. Alligevel giver det ikke den fred og frihed, de ønsker, hvorfor forestillingen om og trangen til at være i fred kan blive mere og mere rigid.

- Endelig er det i denne dobbeltfokuserede behandlingsform vigtigt at forbinde alle disse tilstande af tilbagetrækning, lyst til frihed og ønsker om at slippe væk på den ene side med savn af nærhed, følelser af forladthed og ensomhed og isolation med mandens erfaringer med relationer i livet på den anden. Det gælder ofte især i forhold til hans forældre, men også i forhold til eventuelle nære venner eller søskende.

Ligesom fødselsdepressionen kan ses som en dobbelt smerte, skal behandlingen være dobbelt fokuseret, så de tidligere erfaringer, som kommer frem og gør sig smertefuldt gældende, hvor det er relevant, kan ses som virkningsfulde og belastende som 'ghosts in the nursery' i de aktuelle relationer til partneren og barnet og i forældredannelsesprocessen.

CASE: Alex

Alex kommer til samtaler efter, at han har sendt en e-mail, hvori han bl.a. skriver: "Jeg er nået til et punkt, hvor jeg selv og mine nærmeste omgivelser må konstatere: "Nu er det nok". Jeg har haft et stigende alkoholforbrug, som har bekymret mig meget, og har derfor indstillet drikkeriet nu. Jeg har tre børn og et krævende job som ingeniør. Min stresstærskel over for børnene bliver lavere og lavere, og jeg er i gang med at spille mig selv af banen i forhold til børnene, deres dagligdag og beslutningerne omkring dem. Jeg er ved at blive statist i min egen familie. Det er en frustrerende følelse at opleve, at man nogle gange kunne ønske sine børn langt væk".

I samtalerne fortæller Alex, at han er kommet efter pres fra sin kone. Han beskriver, at han føler kronisk træthed og er i en stemning af utilfredshed, sortsyn, ubeslutsomhed, irritabilitet, manglende energi og manglende glæde. Han beskriver sin opvækst som præget af en fraværende far, der var udstationeret som soldat i andre lande, og en omklamrende, alkoholiseret mor, der var grænseoverskridende og kaldte ham 'min lille mand'. Moderen forsvandt, da han var teenager, og

han oplever, at han har passet sig selv, siden han var omkring 10 år. Han siger, at han ofte har haft trang til at bryde ud af faste forhold, og at han fik sin depression fra første dag, han flyttede sammen med sin kæreste. Alex fortæller, at han hele tiden tænker på, hvordan han kan få fred, at han søger at trække sig væk fra familien så meget som muligt. Og at han hele tiden forestiller sig, at når han blot kunne være for sig selv, så ville den depressive stemning lette. Han formulerer sit forhold til familien sådan: "Naturligvis elsker jeg dem 100 %, men tænker tit, hvor let det ville være, hvis jeg kun var deltidsfar. Det er let at blive misundelig på andre, der er det. Jeg føler også skyld over, at jeg sommetider forestiller mig et andet liv uden kone, børn og forpligtelser". Han har i øvrigt meget tid for sig selv. Har næsten to fuldtidsjobs, som han oplever, det går godt med, de er nærmest en aflastning i forhold til livet i hjemmet. Desuden bruger han mange timer ved sin computer om aftenen.

I terapien arbejder vi med hans trang til at trække sig fra relationerne som en løsning på hans psykiske ubehag. Vi udforsker hans erfaringer med relationer livet igennem, og han finder, at hans tidligste erfaringer er, at i forhold til moderen betød nærhed at blive slugt, og at han i øvrigt brugte sin opvækst på at trække sig. For at være sig selv og være en dreng/mand måtte han lægge afstand til moderen.

Hans læggen afstand til moderen betyder samtidig, at han ikke kan huske hende, fra før hun fik det dårligt. Erindringerne om den tid, hvor han udviklede sine relationer og sit selv og sin kønsidentitet, er blokerede. I den samme periode var hans far væk hjemmefra det meste af tiden, så han var savnet og mere en idealfigur end en relation. Derfor er det svært for ham at forholde sig til nuancer i relationer – alt bliver "enten-eller". Vi arbejder i terapien med at reflektere over sammenhænge imellem hans erfaringer med relationer og hans vanskeligheder ved at være i sin far-rolle, hans rigide krav om autonomi, hans ønsker om, at bare børnene hurtigt kunne blive ældre.

Vi arbejder også med forestillingen om, at alt ville være bedre, hvis han var en 'lonesome rider' med kortvarige uforpligtende relationer til kvinder, hvori det går op for ham, at han, så snart han var fri, ville længes efter tætte relationer. Desuden arbejder vi også med, hvordan hans trang til frihed bliver meget påtrængende, når han står med hånden på dørhåndtaget og skal ind i huset til familien, når han kommer fra arbejde. Så overvældes han af følelsen af de krav, som han oplever, partner og børn stiller til ham.

Han konfronterer sig selv med sin splittelse imellem frihed og faste relationer, hvordan han pendulerer imellem at ville skride fra alt og være tilknyttet. Han forbinder efterhånden trangen til at være fri med det at blive fri for omklamring og krav om at opfylde ønsker hos moderen, som han ikke var moden til. Samtidig mærker han også den stærke længsel, han har haft i forhold til faderen, og hans længsel efter hans anerkendelse. Parallelt hermed åbner Alex mere og mere op for tilgivelse af moderen og forståelse for faderen. Han kan også sætte sig ind i moderens ensomhed og hendes store eneansvar som forældre. Med den indsigt bliver han i stand til at vedkende sig nuancer i relationen til moderen i opvæksten, hvor han nu kan erindre den tid, hvor hun var en tryk base og omsorgsfuld og 'en almindelig mor', ligesom forholdet til faderen bliver mere realistisk. I denne tid letter Alex's depression meget, og i sessionerne derefter udtrykker han nu glæde ved børnene, og i hans beskrivelser er der mere og mere, der er set fra børnenes side. Ligesom han føler sorg ved tanken om den tid, der er gået til spilde i forhold til børnene med hans depressive tilstand.

Alex's trang til at trække sig og hans forestillinger om, at han som 'lonesome rider' ville have det meget bedre, er en generel forestilling hos ham, som i forældredannelsesprocessen vokser til en skærpet ambivalens, der bliver kernekonflikten i Alex's fødselsdepression. En kernekonflikt, der kun kan opløses igennem refleksioner, der giver ham mod til at gå ind i og dermed nuancere og afbalancere sine tidligere relationer, som danner kernen i hans evne til som far at udvikle tilknytning til sine børn.

2) TENDENSER TIL AT BLIVE VRED, IRRITABEL OG UDADREAGERENDE

Mange mænd, der får det psykisk dårligt, føler stærk vrede og irriterabilitet og kan have lav impuls kontrol: *"Jeg er også meget mere hidsig, end jeg plejer at være"*, som det ofte lyder. Vreden er ofte rettet udad mod de nærmeste. Ofte har manden (ligesom i øvrigt mange kvinder med fødselsdepression også har det) aggressioner rettet imod barnet.

Mange mænd kan få følelsen af ikke at kunne styre sig over for barnet, som det ses i disse udsagn fra fædre med fødselsdepression:

Eksempler på udsagn om aggressioner mod barnet:

"Nogle gange kaster jeg mig ind mod væggen bare for at styre mig selv for ikke at blive for hidsig på den lille" – "Når jeg ser hende ligge der på gulvet, ser hun så sårbar ud, og så kan jeg ikke lade være med at se for mig, at jeg klemmer hendes hoved" – "Da vi kom hjem fra fødeafdelingen, var jeg meget irriteret på denne lille klump, vi havde fået med. Hvad skulle jeg stille op med ham? Jeg var tit irriteret på ham, syntes han ødelagde mit liv, og at jeg havde mistet min kæreste, efter vi havde fået ham. Jeg havde tanker om at smide min søn ud ad vinduet, at miste min kontrol og skade ham..." – "Jeg blev far for et halvt år siden, og det har vendt op og ned på mit og min kærestes liv og åbnet op for nogle aggressive sider af mig, som jeg ikke kendte til i forvejen. Jeg kan blive meget hidsig på meget kort tid og lader mig virkelig gå på af barnets skrideri. Jeg har aldrig haft det på den måde før – jeg betragter normalt mig selv som afbalanceret og god til at reflektere over andres reaktioner, før jeg selv reagerer – så det har været et chok at opleve mig selv så rasende, at jeg har måttet slå i puder og sparke til vasketøjskurven."

Det skal understreges, at der næsten aldrig følger handlinger efter disse aggressioner. I en undersøgelse (Madsen 2010) blev det vist, at ud af 170 fædre i behandling for fødselsdepression udtrykte omkring en tredjedel vrede, aggression og/eller stærk irriterabilitet, men kun hos to procent af alle fædre med fødselsdepression og dermed seks procent af de fædre, der havde vredesreaktioner, var der aggressive handlinger, hvoraf en handlede om at kaste en sut mod barnet, og en om at lægge barnet hårdt ned i sengen. Kun en enkelt far viste sig at være decideret voldelig over for sit barn ved at holde det længe meget stramt, så det fik deciderede skader i form af blå mærker mv. I dette sidste tilfælde led fæderen tillige af en personlighedsforstyrrelse.

Sommetider er vreden rettet mod partneren/barnets mor. I rigtig mange familier med problemer omkring graviditet, fødsels- og spædbarnstid indgår der parforholdsproblemer (Madsen 1996). Fædre med fødselsdepressioner kan have meget stærke negative følelser rette mod partneren.

Eksempler på udsagn om aggression mod partneren:

"Jeg ved ikke, men det er som om jeg kan miste kontrollen og komme til at miste min familie, fordi de ikke kan være sammen med mig" – "Det er nu blevet sådan, at forholdet til min kone lider skade under det ... jeg bliver meget opfarende og vred imod hende, og så bliver jeg meget ked af det bagefter" – "Jeg udviklede destruktive slå ihjel-tanker mod min kæreste og den mave. Jeg havde tanker om at skære maven op og fjerne barnet".

Faderens udadreagerende, negative tanker og følelser af aggression kan sommetider få form af voldsom selvkritik. Med en fødselsdepression har man en stærk oplevelse af, at noget er galt, og at det, man gør, er forkert og urimeligt. Det kan ofte udløse følelser af skyld og skam hos manden, når han har haft udbrud af vrede og irritation.

Udsagn med selvkritik:

"Tidligere har jeg været meget hidsig, og desværre ser jeg, at tankerne igen begynder at være destruktive ... jeg er derfor bange for igen at blive den samme vrede person, som jeg troede jeg var færdig med at være ..." – "Det piner mig meget, at jeg ikke kan holde ud at være sammen med hende (på grund af vrede) og jeg føler mig som et dårligt menneske, og at jeg svigter, når jeg ikke kan gøre alt det, som en forældre burde gøre" – "Jeg har sådan nogen stærke følelser af at have svigtet min familie og ikke været en ordentlig far" – "Om min søn tænker jeg, at han er en dejlig lille dreng, og ham vil jeg passe på. Jeg kan blive helt ked af det indeni nogle gange, når jeg kigger på ham, uden jeg direkte ved, hvad der gør mig ked af det. Jeg kan tænke, at det er synd, at han er igennem sådan en tur med en far, der er lidt fraværende på mange tidspunkter. Andre gange er jeg bange for at miste kontrollen og blive voldsom over for ham, fordi jeg bliver så irriteret på ham og føler, han ødelægger mit liv."

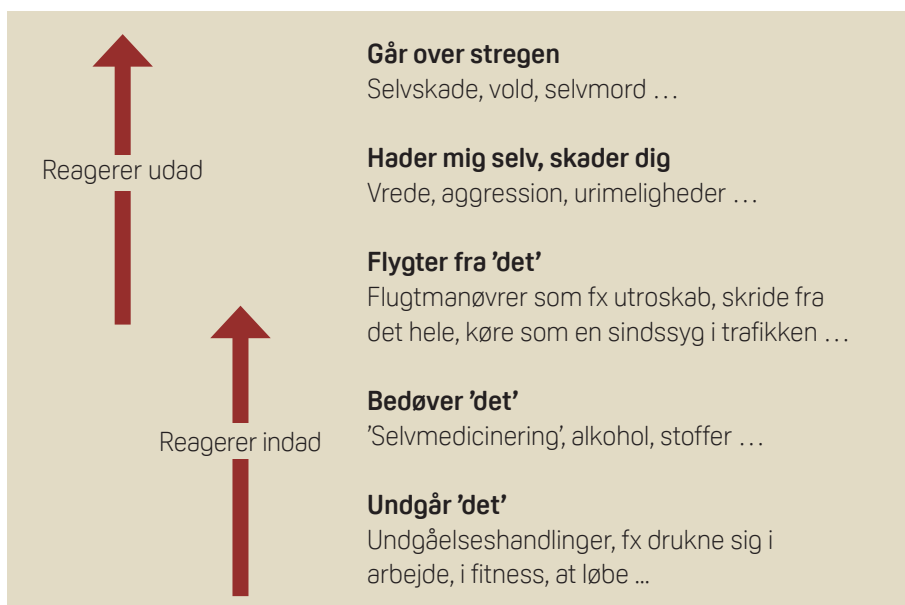
At arbejde med vreden og de udadreagerende mønstre

For at arbejde med vreden og de andre udadreagerende mønstre hos

mænden er det vigtigt at gå ind i og undersøge, hvad det er, der udløser vreden, irritationen mv. Det er ofte kaos, lammelse, desperation og magtesløshed. Vi ved fra andre sammenhænge, at kaos og lammelse hos mange mænd fører til, at manden bliver vred med udadreagerende tilstande, fx de generelt hos depressive mænd hyppigere forekommende vredesudbrud, vold, ekstreme handlinger, fx at han kører som en sindssyg i trafikken, skrider fra det hele osv. (Madsen 2014).

Nedenstående model udarbejdet af Brownhill et al. (2005) er en god måde at forstå, hvordan vreden kan bygges op. Den beskriver, hvordan manden først møder sit ubehag, sin smerte, sin angst med undgåelseshandlinger, og når det ikke virker, forsøger han at dulme tilstanden med fx alkohol. Når det heller ikke holder, kommer flugthandlinger, som erstattes af vrede og aggression – og hvis det heller ikke hjælper, kan det føre til voldelige handlinger, selvmord eller andre grænseoverskridende handlinger. Modellen giver en mulighed for sammen med manden at gå ind i de forskellige faser og se, hvad der skete. Ligesom det med viden om dette eskaleringsmønster er muligt at komme ind, før den voldsomme vrede er blevet bygget op.

Opbygning til vrede i mænds psykiske reaktioner



Her kan der arbejdes med at forbinde disse handlinger med tilstande og følelser hos manden, og hvad det er, der udløser dem. Meget ofte ser vi, at det er barnets gråd, oplevelsen af ikke at kunne trøste det, at det vågner ofte, at det ikke vil som forældrene vil på forskellige måder, der kan udløse vreden.

Her er det vigtigt at være lyttende, holde pauser, spørge ind til vreden og dens årsager. Det er også vigtigt ikke forsvare eller forklare det, der sker, men i stedet blive ved med at være nysgerrig i forhold de situationer og handlinger, der trigger vreden. Man kan opfordre til, at han fortæller og uddyber detaljer. Samtidig må man udtrykke anerkendelse af, at der er et vanskeligt samspil.

Når vreden er anerkendt og udforsket, kan man sammen med manden finde frem til, hvornår den begynder at vise sig, og undersøge den tilstand, der er i ham lige inden, og forbinde den med, hvad der udløser den. Her kan den ovennævnte model for opbygning af vreden være et redskab til udforskningen.

Det har vist sig brugbart at opbygge den ramte mands mentaliseringsevne ved at foreslå ham, straks han mærker tendensen til vrede, fx når hans barn græder, at sige til sig selv: "Hvad er det mon, hun er ked af" eller "Hvad mon han gerne vil?", "Hvad mon hun har behov for lige nu?" og blive ved med at gentage det. Her kan behandleren i samtalen være med til at foreslå forskellige muligheder, hvis manden ikke selv har input. På den måde kan man som behandler sammen med manden via fælles refleksioner både udvikle hans mentalisering af barnets sind og samtidig udforske og tilbagetrække de projektioner af egen smerte, som han har rettet mod barnet.

3) AT SKYNDE SIG VÆK FRA SMERTE

At være optaget af sin smerte har aldrig været produktivt eller formålstjenligt i de traditionelle funktioner, mænd har haft historisk. Fra jæger- og landbosamfund til industri- og informationssamfund har mænd gennemgående haft funktioner, hvor det har være kontraproduktivt at mærke efter, hvordan han har det. Faktisk er mange af hans opgaver bedst udført, hvis han skubber ubehag, smerte, bekymring, utryghed eller andre problemer til side. Og bl.a. derfor er mange mænd blevet rigtig gode til at skubbe bekymringer til side.

Det betyder, at han ikke har lært eller kun har svag tendens til at dvæle ved problemer og forblive udforskende i smertefulde tilstande. Det kan bl.a. vise sig som en optimistisk forestilling om, at problemet går over af sig selv, hvilket jo er en sund indstilling, da mange problemer jo faktisk går over af sig selv. Men det er der nogen, der ikke gør, eller de gør det så langsomt, at det bliver meget belastende og kan få følgekonskvenser. Det gælder i høj grad fødselsdepressionen.

Mange mænd tænker på, hvad der kan gøres, når de har det psykisk dårligt, snarere end at mærke smerten og forholde sig til den fx ved at tale om den, udforske den, søge forståelse, trøst og omsorg. Det betyder, at mange mænd, når de får det dårligt, har tendens til at prøve at handle sig hurtigt ud af disse følelser. Det kan være ved benægtelse og bagatellisering af problemer og modstand imod at 'overreagere'. At 'have problemer' fylder mange mænd med en følelse af svaghed, som kan give en følelse af kaos og lammelse.

Desværre er den hyppigst anvendte måde blandt mænd at prøve at dumpe smerten gennem bedøvelse, først og fremmest ved hjælp af alkohol. Men det kan også være med forskellige stoffer. Eller andre flugtmanøvrer.



CASE: Christian

Mandens partner ringer til os og spørger, om vi kan tage ham i samtale. I første samtale fortæller Christian, at han gerne vil have psykologsamtaler, fordi han har haft det svært med sit barn, siden det blev født for ca. 1½ år siden. Han har ikke lyst til at være sammen med det, vil bare være fri. Christian arbejder til dagligt med børn og har her masser af energi til at være sammen med børn. Han elsker at være på arbejdet med børn i samme alder som hans eget. Christian fortæller, at de har fået barnet helt planlagt. Han er 24 år og følte sig klar til at blive far. Men omkring to måneder efter fødslen fik han pludselig en meget negativ følelse ved at være sammen med barnet og en voldsom trang til at komme væk fra det. Han kan slet ikke holde hverken barnets ønsker eller nærhed med det ud. Han føler, han er ved at blive kvalt, når han er sammen med barnet. Han kan fx ikke sidde og blive ved bordet og vente på, at barnet spiser færdig, så kan han næsten ikke få vejret. Det er på samme måde, når han sidder med det, han har en meget stor utålmodighed med alt, han får spændinger om brystet, kan ikke få luft, og tænker kun på, at han må væk. Han kan imidlertid godt lide at være sammen med barnet uden for lejligheden, i en park, på et museum eller lignende. Det er i lejligheden, han føler, han er ved at blive kvalt. Han føler, at han mister al sin frihed, og han er helt overvældet af ansvaret og bundetheden.

I samtalerne fortæller Christian, at han er barn fra en skilsmissefamilie med en far, der tævede både ham og moderen. De blev skilt, da han var fem år, men moderen blev indlagt på psykiatrisk hospital, så Christian kom til at bo hos sin far. Han kom tilbage til moderen igen, da hun blev udskrevet, men hun havde meget angst og var i medicinsk behandling i hele hans opvækst. Han blev igen mishandlet af faderen senere og afbrød al forbindelse med ham, fra han fyldte 18 år og selv kunne bestemme. Fra da moderen kom ud fra det psykiatriske hospital, var han altid meget

bekymret for hende, han var bange for hendes tilstand og passede på hende. Lagde øre til alle hendes problemer. Omkring da han blev teenager, gik alt bedre. Men så kom hans egen angst. Den kom, da han første gang var væk hjemmefra. Den angst ligner den, han får nu i samværet med sit barn.

Christian fortæller efter nogle gange, at samtalerne påvirker ham stærkt. Og at de har fået ham til at blive 100% overbevist om, at han vil kæmpe for at blive sammen med barnet og dets mor – det er han sikker på, det er en beslutning. Han tænker nu, at han har svigtet barnet ved ikke at kunne holde af det. Han oplever også, at han har svigtet sig selv i forhold til, at han netop havde villet reparere sine dårlige erfaringer med sin egen far ved selv at blive en god far. Tager nu spontant positive erindringer fra barndommen op. Han ser også sin mor som en rigtig god farmor, det er hende, barnet kan passes hos. Selv faderen lader han nu se sit barnebarn lidt – og han er glad for sit barnebarn. Vi slår nu ind på et træningsforløb, hvor Christian skal søge at overvinde sine ubehagsfølelser. Han skal blive i samværet med barnet, selvom kvælningsfølelsen og angsten kommer. Det viser sig, at han nu efterhånden kan blive noget tid uden at stikke af, og han er meget glad for at kunne overvinde sig selv og opleve, at den negative følelse går over. Dette arbejder vi med, og flere og flere gange kan han klare at være sammen med barnet hjemme, hvor han overvinder sit ubehag. Det bliver efterhånden optrænet, at han kan være alene med den lille i 4-5 timer ad gangen. Efter nogen tid går han alene hjemme med det hele dage. Han taler nu meget sødt om sin dreng og om, hvad han kan lide, hvad han gør, og hvordan han er. Samtidig er han nu helt fri for de tunge depressive nedture, har lært mekanismer til at komme over det, hvis tegnene på en nedtur kommer. Dertil udtrykker han, at han er fantastisk glad for at have fået snakket sin barndom igennem, synes det har lettet hans tilstand meget.

At arbejde med at håndtere at gå ind i smerten:

Der er nødvendigt – for at kunne hjælpe mændene videre i forhold til deres fødselsdepression – at arbejde med at kunne dvæle ved problemer og forblive udforskende i smertefulde tilstande. Det kan gøres på mange måder, men det vigtigste her er, at manden oplever, at det er et trygt og forstående sted, han er kommet til.

Dernæst må man tage udgangspunkt i, at mange mænd ikke har erfaringer med, hvad der kommer 'på den anden side' af at gå ind i smerten og udforske den og tale om den. De har frygtet for, at der ikke er nogen ende på det, at man bliver nede i det mørke hul uden mulighed for at komme op igen. Det skyldes ikke mindst, at mange mænd stort set aldrig har prøvet at græde og dermed opleve, at det holder op igen og ligefrem kan lette at have grædt.

Derfor er en vej til denne problemstilling at 'tage manden i hånden' og gå ind i og ud af smerten igen i afmålte portioner. Det centrale her er at gå skridt for skridt ind i de smertefulde tilstande og gå ud af dem igen, hvor og når det bliver for meget. Det vil sige, at det ikke er målet her at øge styrken i affekterne hos manden, men at mærke dem og notere deres eksistens og give dem navn (se også nedenfor i punkt 4: 'Overvældende følelser') og så i praksis vise, at man kan gå ind i dem og komme ud af dem igen uden at blive opslugt.

Det kan i praksis bestå i, at man i fem til ti minutter eller kortere taler om fx en smertefuld relation til mandens mor fyldt med følelser af svigt og forladthed, og at man så efter ikke for lang tid går ud af det igen og snakker om andre ting, der ikke har så stærke affekter i sig. På den måde kan manden – ved en slags psykoedukation – lære, at man ikke bliver uendeligt opslugt af smertelige følelser, men at man kommer over dem.

Efter denne 'læring' er der basis for at nærme sig baggrunden for de smertelige følelser, som ofte stammer fra erfaringer fra hans egen tilknytningshistorie og de oplevelser af svigt, forladthed, afsavn, manglende anerkendelse, manglende indlevelse og forståelse fra forældre mv. Det er som regel vigtigt at afdække og forstå netop rødderne til den psykiske smerte, der udløses i fødselsdepressionen, for at kunne forsonne sig med dem og lægge dem bag sig – hvilket er forudsætningen for at kunne åbne sig for det kommende barn eller det spædbarn, der allerede er født.

4) AT HAVE OVERVÆLDENDE FØLELSER

Det er almindeligt at tænke, at mænd ikke har så stærke følelser, eller at de ikke føler så meget. Men sommetider er mænds følelser så stærke, at de har svært ved at kapere dem, at de oplever, at de må forsvare sig over for dem, fordi de ikke kan udholde dem.

Mange mænd, ikke mindst i jobs, hvor det er almindeligt at lukke følelser ude, hvilket det ofte er i traditionelle mandejobs, støder på følelser, de ikke kan håndtere, i og med at de venter barn og bliver forældre. Ofte er det i forhold til partneren, at vanskeligheden ved at lukke følelser ude viser sig først og tydeligst i deres fælles proces med at blive forældre og blive det sammen, samtidig med at de skal finde nye måder at være par på. Det kræver ofte, at manden udvikler evner til at håndtere en langt bredere vifte af forskellige følelser, end han har været vant til tidligere i sit liv. Relationen til partneren er derfor også ofte en gave og en chance for manden for at finde ord for og formulere sig om sine følelser.

Mænd har et bredt og rigt følelsesliv, som alle mennesker har det. Men for mange mænd er følelserne ikke blevet udfoldet i form af sprog og ord for følelserne eller i form af udveksling om dem med andre. Fx kan svaret fra en mand ofte være: "Jeg er bare så træt", hvis man siger til ham, at han ser ud til at have det skidt, eller spørger ham, om der er noget, der plager ham. Bag udtrykket "træt" gemmer der sig et væld af følelsesnuancer, som han måske ikke er bevidst om eller kun mærker i flygtige øjeblikke og ikke kan fastholde eller kan holde ud at fastholde, fordi der ikke er ord på, som kan være med til at håndtere dem. Denne ordfattighed i forhold til følelser er noget, der både er knyttet til opvækst og socialisering og til kulturen både generelt og ikke mindst blandt mænd indbyrdes, jf. fx kulturen på mange mandearbejdspladser.

Når man ikke er vant til at bruge et nuanceret sprog med mange forskellige ord om følelsesmæssige tilstande, og man heller ikke er vant til at give udtryk for mangfoldigheden af følelser i samtale og samspil med andre, er det ikke mindst svært at håndtere de mange overvældende og omvæltende følelser, der er forbundet med at vente og få barn og blive forældre.

CASE: David

David henvender sig selv til vores klinik. Han fortæller, at han bor sammen med sin hustru og barn, der er to og et halvt år gammelt. Han har et arbejde, hvor han er udstationeret i længere tid ad gangen og ofte under meget strabadserende omstændigheder. Da barnet blev født, var han i udlandet i en periode på omkring et år. Men nu har han igen været væk i en periode på samlet et halvt år under meget voldsomme hændelser, som sandsynligvis har været traumatiserende. Grunden til, at David har taget kontakt til os, er at han i den seneste tid har oplevet perioder med en stigende grad af vrede, irriterabilitet, et behov for at isolere sig i forhold til familien, samtidig med at han bliver meget trist, når han tænker på sig selv i forhold til det at være far. Det er tanker om ikke at udfylde opgaven med at være far. Han har megen frygt for, at der skal ske hans barn noget. Han fortæller i samtalerne, at han har oplevet disse følelser tidligere i perioden, efter barnet blev født. Men da han kom hjem, begyndte han igen at blive trist og gal indeni. Det lange fravær i starten af barnets liv gjorde, at David og hans kone gik igennem en svær periode. Der var en tid fyldt med bebrejdelser fra konens side, fortæller David. Gennem refleksioner over situationen finder David ud af, at han havde meget svært ved at finde sig tilpas i at være i en familie, at være partner og at være far. Hans kone oplevede ham som apatisk, når han var hjemme i weekenden. Han kunne slet ikke forholde sig til deres nyfødte barn. Når han var hjemme, havde David svært ved at holde fokus på familien. I stedet tænkte han på alt det, der pressede sig på på arbejdet, og på arbejdet var han plaget af dårlig samvittighed over at svigte familien derhjemme. Han opdagede, at han hverken var til stede derhjemme eller på arbejdet. Og han begyndte at føle sig magtesløs og låst imellem de to.

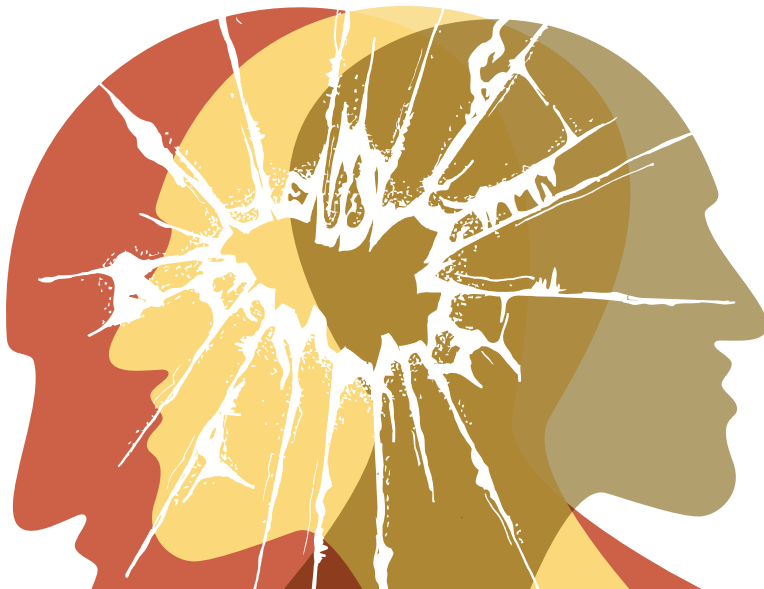
David blev så sendt ud til nye opgaver og oplevede, at familien gled længere og længere væk i hans tanker. David begyndte at lukke af for alle følelser – også dem, der gjaldt at være familiefar og ægtemand. Han fortæller i vores samtaler, at han befandt sig rigtig godt i denne tilstand, hvor han var helt rationel

og havde kontrol over, hvad han foretog sig, og kunne arbejde optimalt. David fortæller, at efter han er kommet hjem, kan han slet ikke have at gøre med situationer, hvor der er følelser involveret. Han er blevet endnu mere distanceret i forhold til familien og kan ikke lide at tilbringe tid sammen med dem. At være sammen med dem tvinger følelser frem i ham, og følelser er det sidste, han ønsker at mærke. Han kan ikke finde ud af at være sammen med dem og bliver ofte enormt hidsig over små detaljer, særligt i forhold til sin kone. Han er meget ked af og bange for sin kæmpe vrede. Han er bange for at miste kontrollen og komme til at miste sin familie på grund af, at de ikke kan være sammen med ham.

Hvor meget David end forsøger at dæmpe sin irritation imod konen, ender næsten hver dag i konflikter. Vi arbejder derfor over længere tid med hans forhold til partneren, kvinder og herunder hans egen mor. Han har ingen erindringer om sin egen mor som omsorgsfuld, men tænker på sin barndom som konfliktfyldt. Han levede alene med sin mor, faderen døde tidligt i hans barndom, og hans og moderens samvær husker han kun som skænderier og kampe – og først og fremmest, at moderen ville være i fred for sin søn. David oplever, at han og partneren havde fundet en god balance indbyrdes imellem samliv og hver deres krævende arbejde. De var ikke så meget sammen, før de fik barn, og David oplever, at den balance nu er rykket, og især at forældreskabet kræver langt mere følelsesmæssig involvering end tidligere i deres forhold. Både i forhold til barnet, men også indbyrdes imellem forældrene. Og det er det, han føler som krævende, og som det, der udløser hans irritation og vrede. Ligesom det hele tiden udløser tanker om at være i fred, om at have autonomi og trang til at blive væk hjemmefra.

Terapien får det specifikke mål at imødegå impulsudbrud i de nære relationer, specielt i forhold til hans partner. David opdager i dette arbejde, at hans repertoire i det følelsesmæssige er meget snævert, og at han er vant til, når noget bliver følelsesmæssigt krævende, at lukke af og bruge de mekanismer, der er gode i arbejdssammenhænge, men som ikke er tilstrækkelige eller mulige i faderskabet og det fælles forældreskab. Særligt relationen til partneren føler han krævende, fordi hun hidtil har udgjort den trygge base i hans liv uden krav til ham. Nu skal der mange ord på følelserne for at være forældre sammen, og der er mange forventninger om at være til stede i hjemmet, og David kan ikke, som han plejer, bare sætte sig og spille på sin computer natten igennem

som en måde at komme over følelsesmæssigt pres på. Det er ved, at David opdager, hvor meget han er vant til at bruge det at lukke af for følelser, at han finder veje til at være i sin familie og være sammen med sin kone på ikke-konfliktfyldte måder. Han kan se, hvordan han hele opvæksten igennem har været meget hidsig og ofte i konflikter (særligt med sin mor) uden at få forsoning og løsninger efterfølgende. I stedet har han lukket af for følelserne. Denne model, uden hidsigheden, har han forstærket i sit arbejde, fordi den var brugbar. Ved at se det får David mod til at udforske de mange følelser, han lukker af for med vreden og irritationen eller ved at trække sig. Det gælder i høj grad sorgen over ikke at være så meget sammen med sit barn, som han kunne ønske. Sorgen over, at barnet vokser op uden ham. Det er angsten for at skulle miste dem. Men det gælder også træning i at være i alle de dagligdags følelser, som et familieliv med et lille barn indeholder, herunder ikke mindst de mange udvekslinger af følelser og tanker, som et parforhold, der er blevet et forældreskab, kræver. Det er træningen i at mærke efter i sig selv og de andre, at blive i følelserne, at udforske nuancerne i samspillet og at bruge samspillet til at komme videre; herunder at være generøs i relationen til partneren, hvilket er en vigtig måde at finde tilbage til hinanden på som par og som forældre.



Arbejde med de overvældende følelser:

I forlængelse af ovenstående afsnit om at arbejde med at håndtere at gå ind i smerten, er arbejdet med at finde veje til at overskue og håndtere overvældende følelser ikke mindst et reparations- og udviklingsarbejde bestående i at sætte ord på de mange nuancer og indhold, følelser kan have. I mange drenges opvækst er de stærke følelser, som de har lært at give udtryk for, enten begejstring eller vrede. Mens der er en lang række pinefulde følelsetilstande, som en hel del drenge og mænd ikke har lært at sætte ord på og give udtryk for og dele med andre. Det er smertende følelser og tilstande som fx:

- at være ked af det
- at føle savn
- at opleve angst
- at sørge og være sorgfuld
- at føle forladthed
- at føle sig svigtet
- at være fortvivlet
- at være melankolsk
- m.fl.

Det at have ord for nogle af disse tilstande og at dele dem med andre er måder at regulere dem på. Hvis man ikke har mekanismer til at regulere følelser og tilstande, bliver disse netop overvældende i al deres absolutthed uden nuancer. Det kan få tilstanden til at blive til totalt mørke, opgiveness og kaos og de eneste veje ud flugt og/eller angreb.

Her ligger et regulært mentaliseringsarbejde i behandlingen med henblik på at identificere og navngive følelsesmæssige tilstande og udforske rødderne til dem i aktuelle situationer i graviditets- eller spædbarnsperioden og/eller i tidligere oplevelser med tilknytning tidligere i livet.

5) AMBIVALENS MELLEM NÆRHED OG TILKNYTNING OVER FOR FRIHED OG AUTONOMI

En af vores mænd i behandling siger på et tidspunkt: *"Bare jeg var helt alene ... men hvis jeg var, så tror jeg slet ikke, jeg ville kunne holde det ud"*. Dermed udtrykker han meget godt, hvad der kan siges at være en rød tråd igennem disse mænds problemer, således som de viser sig for os i behandlingen. Det er en grundkonflikt for mændene, at de er ambi-

valente imellem deres trang til frihed, autonomi og kontrol på den ene side og deres længsel efter nærhed, omsorg og tæt tilknytning til andre på den anden. Hos mange mænd med psykiske problemer forstærkes denne ambivalens og bliver et påtrængende tema i terapien.

Det er en gennemgående problemstilling, som er essentiel i samtalerne. Vi ser ofte et temaforløb i mange mænds liv, hvor de skiftevis søger nærhed med partner og familie, for derefter at føle sig bundne og overvældede af relationer, hvorefter de søger frihed og frigørelse fra bånd og forpligtelser. I den position oplever de så ensomhed, forladthed og tomhed, hvilket får dem til at søge ind i nære relationer igen. De nære relationer er både dragende og kvælende. Det er således også et livstema for mange mænd, der forstærkes i og med deres forældreskab.



CASE: En mand skrev

"Midt i graviditeten begyndte jeg at få det underligt i mit humør. Hele min familie var meget på min kone og hendes graviditet, specielt min mor og far, mormor og morfar. De ringede meget tit og spurgte til, hvordan min kone havde det, men spurgte aldrig til, hvordan jeg havde det med at skulle være far. Ordene blev næsten lagt i munden på mig, at jeg da måtte glæde mig fantastisk meget til at få et barn, og at det er en stor gave i livet. Sådan havde jeg det bare ikke. Jeg var skræmt indeni og ville helst ikke snakke med min kone om, at vi skulle være forældre. Det fortsatte et stykke tid med familien, der var meget engageret i den gravide mave. Jeg begyndte at føle mig meget udenfor og helt alene i mit liv og følte, at ingen så, jeg havde det skidt i denne periode. Jeg følte mig meget unormal og lav over, at jeg ikke følte den glæde, min familie og kone gjorde, over, at der snart kom et barn. Alt den opmærksomhed, min kone og maven fik, blev for meget for mig. Jeg udviklede destruktive tanker om at slå min kone ihjel, og jeg havde tanker om at skære maven op og fjerne barnet. Jeg blev efterhånden mere og mere irriteret over, at min kone hele tiden kaldte og sagde, jeg skulle komme og mærke på maven. Det bad jeg hende holde op med, for der var aldrig noget at mærke alligevel, når jeg så kom. Jeg kan huske, jeg hele tiden fejede alt, hvad der havde at gøre med at skulle være forældre, af banen. Jeg ville ikke snakke om det, læse om det osv. Jeg var træt af at høre fra bl.a. min mor, at det var helt fantastisk, og at hun glædede sig. Det gjorde fortsat mit humør dårligt. Jeg tænkte, hvorfor føler jeg ikke den glæde over at skulle være far, jeg må sgu være meget unormal. Da vi kom hjem med barnet efter fødslen, var jeg meget nervøs, og irriteret på denne lille klump, vi havde fået med. Hvad skulle jeg stille op med det? Jeg følte afmagt, frustration over det ansvar, som jeg pludselig stod med. Det voksede mig over hovedet, og jeg var voldsomt usikker. Jeg var tit irriteret på ham, syntes, han ødelagde mit liv, og at jeg havde mistet min kone. Jeg stod dagligt i afmagt og frustration over ikke

at vide, hvad jeg skulle gøre. Jeg havde tanker om at smide min søn ud ad vinduet, at miste min egen kontrol og skade ham og min kone. Efterhånden blev jeg angst for at være hjemme med de destruktive tanker om at slå ihjel. Jeg begyndte at gøre så mange ting væk fra hjemmet som overhovedet muligt, simpelthen flugt.”

Ambivalensen mellem nærhed og frihed får også ofte et afledt udtryk i mange mænds modstand imod at være afhængige, ikke mindst som ulyst til at være afhængige af andres hjælp til løsning af psykiske problemer. Dette kan også ofte vise sig som vanskeligheder ved at gå til andre for at få hjælp, således som det er meningen med samtalebehandling. Fænomenet kommer desuden til udtryk i, at mange mænd kommer til psykoterapi med udgangspunkt i et pres eller endog et ultimatum fra fx partneren. Mange af vores mandlige patienter tilskyndes af deres koner, af hospitalspersonale eller af sundhedsplejerske eller praktiserende læge til at komme i behandling. Det kan også være andre i patientens omgivelser, der presser på, fx arbejdsgiveren, venner eller domstole.

I den terapeutiske samtale er det også et tema, der ofte udspiller sig. Her er det nødvendigt at skabe en terapeutisk alliance, der tager denne ambivalens i betragtning. For at det kan blive en alliance, som manden med fødselsdepression kan bruge til noget, er det vigtigt, at behandleren tager ambivalensen alvorligt, forstået på den måde, at man er med til indlevende, interesseret og fordomsfrit at udforske begge sider og deres fordele og ulemper. Det kan fx være ved en helt fordomsfri dialog om mulighederne for at forlade eller bortadoptere barnet.

For mange mænd betyder det at have det dårligt som sagt, at de trækker sig væk fra andre og ikke mindst fra de nære relationer og tænker, at 'det her er min egen sag' og 'det her er noget, jeg må klare alene'. Er den tilgang blevet manifesteret, kan det være nødvendigt – på en indlevende og solidarisk og ikke-bebrejdede måde – at gøre dem opmærksom på, at de faktisk betyder noget for andre mennesker. At der er nogen, der holder af dem og føler med dem og savner dem. Det hører mange helt skubbet til side i deres tilstand. Det kan være en af vejene til at overkomme ambivalensen, hvis det kombineres med at finde veje til at opfylde den ramte mands behov for autonomi og selvbestemmelse.

SÆRLIGE TEMAER FOR MÆND I OVERGANGEN TIL AT BLIVE FÆDRE

Ovenstående fem fokusområder er temaer, der ikke kun optræder hos mænd med fødselsdepressioner, men også hos mænd med psykiske vanskeligheder af anden art. Her er de forsøgt beskrevet ind i en direkte sammenhæng med fødselsdepressionen og behandlingen af den.

Der er imidlertid også en række temaer eller problemstillinger, der udspringer direkte af mandens proces hen igennem graviditet, fødsel og spædbarnstid, som det er vigtigt at have for øje og eventuelt som behandler selv tage op som temaer i samtaleforløbet med manden med fødselsdepression. Det er bl.a. følgende temaer:

- **Kontakt med barnet:** Mange mænd oplever, at det er langt sværere, end de troede, at få god kontakt med barnet. Helt op til 20 procent af alle mænd oplever, at det er svært at få god kontakt med barnet. Mens det er over en tredjedel af alle mænd med fødselsdepression, der giver udtryk for, at det er svært at få god kontakt med deres barn. Da mændene inden fødslen havde større forventninger end mændene i gennemsnit til, at det ville blive let at få god kontakt, er skuffelsen her så meget større og mere smertefuld.
- **Barnet som krævende:** Der er flere mænd, der før fødsel tænker barnet som krævende, end der er efter fødsel. Langt flere mænd med fødselsdepression oplever deres barn som krævende, når det er der.
- **Svært at trøste:** For mænd generelt sker der en tredobling af mænd, der oplever, at de har svært ved at trøste deres barn i forhold til, hvad de havde forventet. For mænd med fødselsdepression sker der en 10-dobling fra før til efter fødsel.
- **At leve op til ansvaret:** Næsten halvdelen af alle mænd giver udtryk for inden fødslen, at de er bange for ikke at kunne leve op til ansvaret for at tage vare på et barn. Selvom antallet falder, når barnet faktisk er der, er det stadig en tredjedel af alle mænd, der fortsat ikke synes, de kan leve op til ansvaret. Dette tema er således en udbredt plage og vigtigt at arbejde med i behandlingen.
- **Tanker om fortrydelse:** Omkring 15 procent af mændene med fødselsdepression tænker allerede hen igennem graviditeten sommetider

på, at de fortryder at vente eller have fået barn. Her er der behov for en indlevende, interesseret og fordomsfri tilgang fra behandlerens side i en udforskning af denne 'forbudte' trang til, at barnet slet ikke er på vej eller kommet.

Disse temaer, der stammer fra svar fra fædre og vordende fædre i projektet "Bedre screening for fødselsdepression" (Madsen 2016), bringer fædrene ofte selv op i behandlingsforløbene. Men det kan være godt, at behandlerne vender dem med manden sammen med selvfølgelig først og fremmest de temaer, manden selv bringer op.

AFSLUTNING AF BEHANDLINGSFORLØB

For at vurdere, hvordan behandlingen går, og om målene nås, kan man efter hver samtale benytte den ovennævnte 'Session Rating Scale' (SRS), som måler udbyttet og værdien af den enkelte samtale som opfattet af klienten selv. Ved hver samtale kan også benyttes ovennævnte 'Outcome Rating Scale' (ORS), som måler forbedringer eller forværringer af tilstanden igennem behandlingsforløbet, bedømt af klienten selv.

ORS-skemaet måler effekten af behandlingen fra gang til gang. Manden eller kvinden med fødselsdepression udfylder skemaet i begyndelsen af hver samtale. Skemaet afsøger ud fra fire områder klientens vurdering af sin tilstand ud fra den behandling, vedkommende får. Det sker på områderne: Personligt velbefindende - Forhold til nære relationer - Sociælt funktionsniveau - Generelt velbefindende. Mens klienten med SRS-skemaet løbende vurderer det, der sker mellem behandler og klient i samtalerne. Her udfylder klienten skemaet ved afslutningen af hver samtale og vurderer klient-behandler-samarbejdet på områderne: Relationen til terapeuten - Relevansen af indholdet i samtalen - Den professionelle metode - Den samlede oplevelse af samtalen.

Før og efter behandlingsforløbet kan man benytte screeningsskemaet "Reaktioner på at vente barn/ blive forældre" (Madsen 2009). Her måles på symptomlindring, og målet er, at klienten skal score under cut-off for fødselsdepression, før forløbet er slut.

For at vurdere, om samtalerne også har opnået de relationelle mål – en god indlevelse i barnet og evner til mentalisering i relationen til det – kan



man interviewe forældrene med "Forældre Tilknytnings Interviewet", hvormed der i svarene måles på udvikling af tilknytning. Interviewet er en forkortet og bearbejdet udgave af Lind, Madsen & Munck, H. (1998). Fædre-tilknytnings-interviewet er brugt i Rigshospitalets Fædreforskningsprogram "Fædres relationer til deres spæd- og småbørn". Anvendelses- og scoringsmåden er angivet i Madsen, Lind, & Munck (2002).

Ved afslutning af de dobbelt-fokuserede samtaleforløb er det vigtigt at holde sig for øje, at også resultaterne skal være dobbelt-fokuserede. Dvs. der skal være fremgang både i mandens mentale tilstande og i hans relationer til barnet.

LITTERATUR

Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L. & Schmied, V. (2005). 'Big Build': Hidden Depression in Men. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 39, 10, 921-931.

Cameron, E., Sedov I. & Tomfohr-Madsen, L. (2016). Prevalence of Paternal Depression in Pregnancy and the Postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 206, 189–203.

Cox, J. & Holden, J. (2003). *Perinatal Mental Health: A Guide to the Edinburgh Post-Natal Depression Scale*. London: Gaskell.

Danmarks Statistik for Ligestillingsafdelingen (2017). *Fædres brug af orlov*. København: Danmarks Statistik for Ligestillingsafdelingen.

Duncan, B., Miller, S., J., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L. & Brown, J. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a "Working" Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy Volume* 3, 1, 3-12.

Fonagy, P., Gergerly, G., Jurist, E. og Target, M. (2007). *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*. København: Akademisk Forlag.

Fraiberg, S. (Ed.) (1980). *Clinical Studies in Infant Mental Health. The First Year of Life*. New York: Basic Books.

Lind, D., Madsen, S.Aa. & Munck, H (1998). *Fædre-tilknytnings-interview*. København: Forskningsprogrammet "Fædres relationer til deres spæd- og småbørn", Rigshospitalet.

Madsen, S. Aa. (2016). *Bedre screening for fødselsdepression. Projektbeskrivelse*. Rigshospitalets Fædreforskningsprogram. Rigshospitalet: Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning.

Madsen, S. Aa. (2016). *Rigshospitalets Fædreforskningsprogram*. København: Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning, Rigshospitalet.

- Madsen, S. Aa. & Prentow, T. (2018). Fædrene og sundhedsplejersken – og sundhedsplejersken og fædrene. *Sundhedsplejersken*, 01,40, 14-17.
- Madsen, S. Aa., Lind, D & Munck, H. (2002). *Fædres tilknytning til spædbørn*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Madsen, S.Aa. & Burgess, A. (2010). Becoming a father – post natal depression in men p. 71-82. In: White, A. & Conrad, D. (eds.) *Promoting Men's Mental Health*. London: Radcliffe Publishing.
- Madsen, S.Aa. & Juhl, T. (2007). Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *Int Journ Men's Health & Gender. Vol 4 Issue 1, March*, 26-31.
- Madsen, S.Aa. (1996). *Bånd der brister – Bånd der knyttes. Intervention ved forstyrrelser i den tidlige mor-spædbarn-relation*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Madsen, S.Aa. (2009). Men's Mental Health: Fatherhood and Psychotherapy. *The Journal of Men's Studies. Vol 17, 1 (winter)*, 15-30.
- Madsen, S.Aa. (2010). Between autonomy and attachment. Psychotherapy for men with postnatal depression. In: Blazina, C & Miller, D. (eds.). *An International Psychology of Men. Theoretical Advances, Case Studies, and Clinical Innovations*, pp. 315-340. New York: Routledge.
- Madsen, S.Aa. (2010). Treatment of anger in men with post partum depression. *Journal of Men's Health* 7, 3, 300.
- Madsen, S.Aa. (2013). Mænds skjulte depressioner. *Månedsskrift for Almen Praksis*, 91, 6, 537-45.
- Madsen, S.Aa. (2014). *Mænds sundhed og sygdomme*. København: Samfundslitteratur.
- Madsen, S.Aa. (2015). Men as patients. *Trends in Urology and Men's Health* 6, 3 May/June, 22-26.
- Madsen, S.Aa. (2009). Spørgeskema om: *Reaktioner på at vente barn/ blive forældre*. Rigshospitalet: Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning.
- Madsen, S.Aa., Munck, H. & Tolstrup, M. (1999). *Fædre og fødsler*. København: Frydenlund Grafisk.
- Madsen, S.Aa., Bibow, B. & Eliasson, S. (2018). Almen praksis kan opdage fødselsdepression allerede under graviditet. *Månedsskrift for almen praksis, maj*, 424-431.

Madsen, S.Aa., Lind, D. & Munck, H. (2007). Men's Abilities to Reflect Their Infants' States of Mind – Interviews with 41 new fathers on experiences of parenthood. *Nordic Psychology*, 59, (2), 149-163.

Madsen, S. Aa. & Prentow, T. (2018). Fædre og sundhedsplejersken – og sundhedsplejersken og fædre. *Sundhedsplejersken*, 01,40, 14-17.

Magovcevic, M. & Addis M. (2009). The Masculine Depression Scale: Development and Psychometric Evaluation. *Psychology of Men & Masculinity*, Vol. 9, No. 3, 117-132.

Miller, S., Duncan, B., Brown, J., Sparks, J. & Claud, D. (2003). The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy Volume 2*, 2, 91-100.

Oláh, L. (2001). *Gendering family dynamics. The case of Sweden and Hungary*. Stockholm: Demography Unit, Stockholm University. Dissertation Series No. 3.

Paulson, J. & Bazemore, S. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *Journal of the American Medical Association*, 303, 1961-1969.

Prentow, T. & Madsen, S.Aa. (2017). *Fædres sundhed*. København: Forum for Mænds Sundhed.

Prentow, T. & Madsen, S.Aa. (2017). *Fædre og sundhedsvæsnet*. København: Forum for Mænds Sundhed.

Rutz, W., Rihmer, Z. & Dalteg, A. (2002). The Gotland Scale for assessing male depression. *Nord J Psychiatry*. 56(4): 265-71.

Sundhedsstyrelsen (2013). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København: Sundhedsstyrelsen.

WHO (2007). *Fatherhood and Health outcomes in Europe*. København: WHO.

Svend Aage Madsen har bl.a. udgivet disse bøger:

Bånd der brister – bånd der knyttes, 1996

Fædre og fødsler, 1999, sammen med Hanne Munck og Marianne Tolstrup

Fædres tilknytning til spædbørn, 2002, sammen med Dennis Lind og Hanne Munck

Kend din krop mand, 2006, sammen med Kaare Christensen, Christian Graugaard, Hans Bonde og Jørn Wulff-Helge

Mænd går også i fertilitetsbehandling, 2010, sammen med Alice Mikkelsen

Fødselsdepression – der er hjælp at få! 2012, sammen med Ammizbøll, Gullestrup, Lindved, Videbech & Vinter

Mænds sundhed og sygdomme, 2014

Mænd og psykiske problemer, 2016, sammen med Ilja Sabaj-Kjær

Fædres sundhed og Fædre og sundhedsvæsnet, 2017, sammen med Tobias Siiger Prentow

Hvert år får omkring 5.000 fædre en fødselsdepression. Når en forælder rammes af fødselsdepression, rammes hele familien. Det er en kæmpe belastning for far og mor og barn – og det kan få indflydelse på barnets tidlige udvikling.

Derfor er det vigtigt at opdage lidelsen tidligt og give kvalificeret behandling. Heldigvis er der flere og flere kommuner, der nu også opdager fædrene med fødselsdepressioner – bl.a. ved hjælp af screening. Dermed er der også flere og flere fædre, der får behov for kvalificeret behandling af deres lidelse.

Denne Guide til behandling af fædre med fødselsdepression er tænkt som en inspiration og hjælp til de forskellige behandlere, der fremover vil møde disse fædre i deres behandlingspraksis. Guiden kan anvendes selvstændigt eller sammen med et kursusforløb.

Guiden indeholder først baggrundsviden om fødselsdepressionens psykiske dynamik. Dernæst en sektion om det fælles ved behandling af fødselsdepression hos både mænd og kvinder. Og endelig sektionen om de særlige aspekter ved behandlingen af mænd med fødselsdepression.

Guiden er hele vejen igennem rigt forsynes med case-historier fra behandlingsforløb med mænd med fødselsdepression og med konkrete råd i behandlingen.