

Spädbarnet som anhörig

Kapitel 3 i antologin Barn är anhöriga – vågar vi
lyssna på dem?

Nka Barn som anhöriga 2025:2 - särtryck



© 2025 Maude Johansson och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

REDAKTÖRER Rosita Brolin, Ritva Gough, Lennart Magnusson,

Elizabeth Hanson

Ta del av hela antologin på www.anhoriga.se/publicerat/publikationer-

barn-som-anhoriga/

NkaTM
Nationellt kompetenscentrum anhöriga

Linnéuniversitetet 

Kapitel 3

Spädbarnet som anhörig

Maude Johansson

Maude Johansson är universitetslektor på Psykologiska institutionen vid Linnéuniversitetet. Hon är legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi och lärare och handledare i psykoterapi. Hon har lång klinisk erfarenhet från barn- och ungdomspsykiatri och primärvård. Johansson disputerade 2019 med en avhandling om förlossningsdepression och föräldrastress som kan drabba nyblivna mödrar en kort tid efter förlossning. Depression under graviditeten och stress i arbetslivet är också fortsatt hennes forskningsområden.

Sammanfattning

Symtom på depression under graviditeten eller efter förlossningen skiljer sig inte från depressioner under andra faser i livet. Karakteristiskt är känslor av skam och skuld, ett sänkt stämningsläge, tankar om att vara otillräcklig som förälder och oförmögen att ta hand om sitt barn. Att bli förälder har liknats vid en livskris med anpassningssvårigheter som depression och ångest. För de flesta kvinnor är symtomen övergående men ett stort antal kvinnorna utvecklar postpartum depression. Depression påverkar inte bara den nyblivna mamman utan även relationen till partner och övriga familjemedlemmar men framför allt har forskningen visat att depression under och efter förlossningen är ett tillstånd som allvarligt kan störa en god mor-barn anknytning vilket har betydelse för spädbarnets utveckling. Om depressionen blir långvarig eller obehandlad har man i studier funnit att barnets utveckling kan påverkas med ökad risk för medicinska och psykiatriska problem senare i livet. Att identifiera och behandla kvinnor med depression redan under graviditeten är en viktig insats för att värna spädbarnets psykiska hälsa och utveckling. Trots omfattande forskning finns det begränsat med resurser avsedda för att upptäcka och behandla depression under graviditeten. En tidig diagnos av depression under graviditeten, tillsammans med tillgång till efterföljande medicinsk och psykologisk behandling, skulle kunna bidra till en mer kostnadseffektiv vård genom att minska behovet av långvarig behandling postpartum och förebygga senare konsekvenser av psykisk ohälsa för kvinnan och barnet.

Summary

The Infant as Next of Kin

Symptoms of depression during pregnancy or postpartum are similar to those of depression at other times in life. Common features include feelings of shame and guilt, a lowered mood, thoughts of being inadequate as a parent and unable to care for one's child. Becoming a parent has been likened to a life crisis with adjustment difficulties such as depression and anxiety. For most, the symptoms are transient, but many women develop postpartum depression. Depression not only affects the new mother but also the relationship with the partner and other family members. Most importantly, research has shown that depression during or after pregnancy can seriously disrupt the mother–infant attachment, which is critical for the infant's development. If left untreated, prolonged maternal depression increases the risk of medical and psychiatric issues in the child later in life. Identifying and treating women with depression during pregnancy is therefore an important step in protecting the mental health and development of the infant. Despite extensive research, there are limited resources dedicated to detecting and treating depression during pregnancy. Early diagnosis of depression during pregnancy, together with access to subsequent medical and psychological treatment, could contribute to more cost-effective care by reducing the need for long-term treatment postpartum and preventing later consequences of mental illness for the woman and child.

Inledning

När ett spädbarn kommer till världen, förändras inte bara spädbarnets liv, utan också livet för alla som finns omkring barnet. Spädbarnet blir en central del i familjens vardag, och dess närvaro påverkar dynamiken inom familjen och den nära kretsen av anhöriga. Föräldrar, syskon, far- och morföräldrar samt andra närstående måste anpassa sig till den nya familjemedlemmen, vilket ofta innebär omvälvande känslomässiga och praktiska förändringar.

Spädbarnet, får en betydande inverkan på familjens känslomässiga klimat och relationer. Barnets beroende av vård och omsorg kräver att föräldrar och andra anhöriga engagerar sig på ett djupt och omhändertagande sätt. Detta ansvar kan vara överväldigande, särskilt för nyblivna föräldrar, men det kan också vara en källa till stor glädje och tillfredsställelse.

Den tidiga anknytningen mellan spädbarnet och dess vårdgivare är avgörande för barnets känslomässiga och sociala utveckling. En trygg anknytning kan ge barnet en stabil grund att stå på, vilket påverkar dess förmåga att bilda relationer och hantera stress senare i livet [1]. För familjemedlemmar innebär detta att vara närvarande, lyhörd och stödjande – att skapa en miljö där spädbarnet känner sig älskat och tryggt [1]. Samtidigt som spädbarnet anpassar sig till världen utanför livmodern, måste

familjen anpassa sig till att inkludera och prioritera en ny individ. Detta kan innebära utmaningar som sömnbrist, ekonomiska påfrestningar och förändringar i arbets- och familjeroller. Men det innebär också möjligheter att stärka familjebanden och skapa nya traditioner och rutiner.

Anknytningsteorin anses idag vara en av de viktigaste teorierna om hur människan hanterar närhet, beskydd, och omsorg och hur detta sedan balanserar mot människans behov av självständighet [1]. John Bowlby grundade anknytningsteorin för förståelse av barnets behov av en närvarande och känslomässigt pålitlig vuxen. Teorin fick en omfattande spridning på 60–70 talet och har både kliniskt och vetenskapligt forskningsstöd, om barnets behov av närvarande anhöriga för en optimal utveckling. Anknytningsteorin har också kritiserats och ansetts bakåtskrivande, då anknytningsteorins kritiker hävdade att teorin menat att kvinnan inte skulle yrkesarbeta utan stanna hemma och sköta barn. Dessa har till viss mån också tagit ställning i viktiga samhällsfrågor avseende växelvis boende, könets betydelse för lämpligheten som förälder för att nämna några områden [1]. Trots detta är den en teori med ett långtgående vetenskapligt stöd för hur omsorgen under spädbarnstiden påverkar barnets senare utveckling och hälsa. Anknytningsteorin har de senaste åren vänt blicken till spädbarnets egna bidrag till anknytningsrelationen där temperamentsforskning, och neurovetenskap har ökat förståelsen för hur barnets funktions- och personlighetsmässigt kan bidra till svårigheter som föräldrar kan uppleva i föräldraskapet [1].

Den lagändring som trädde i kraft 2010 syftade till att stärka barnperspektivet inom hälso- och sjukvården samt att förtydliga barns rätt till information, delaktighet och stöd i de fall då en förälder lider av fysisk eller psykisk sjukdom [2]. Ett betydelsefullt inslag i denna reform var erkännandet av även mycket små barn, inklusive spädbarn, som anhöriga – en juridisk och etisk markering som stärker barns rätt till skydd och omsorg redan från livets början [3]. Detta synsätt kan samtidigt främja möjligheterna att erbjuda adekvat stöd till föräldrar, med syfte att skapa en hälsofrämjande miljö för både barnet och föräldern.

När det gäller det späda barnet finns särskilda svårigheter att genomföra intentionerna av lagen eftersom spädbarnet inte har ett språk och inte kan ta emot information. Det innebär att mödra- och barnhälsovården som möter föräldrar och spädbarnet måste ha god kunskap om hur psykisk ohälsa under graviditeten och efter förlossningen uttrycks hos föräldrarna och hur dessa konsekvenser kan te sig hos spädbarnet. Depressiva symtom och ångest under graviditet samt i postpartumperioden betraktas som former av psykisk ohälsa och har visat sig utgöra riskfaktorer för spädbarnets hälsa och utveckling. Den tidiga interaktionen spelar en central roll för både barnets utveckling och förälderns möjlighet att etablera en trygg känslomässig anknytning. Forskning har även visat att små barn kan uppvisa psykiska symtom i samma utsträckning som äldre barn, vilket understryker vikten av tidig upptäckt och intervention [4].

Utiifrån rådande kunskapsläge öppnades under 2000-talet ett stort antal spädbarnsverksamheter med personal specifikt inriktade och kunniga i spädbarnets utveckling och föräldrablivandets problematik [5]. Tyvärr har dessa verksamheter minskat och är ojämnt fördelade i Sverige. Furmark och Neander har utifrån sin kartläggning funnit att endast fyra promille av alla barn i Sverige har tillgång till en spädbarnsenhet med specialistkunskaper. Samt att verksamheter riktade till späda och små barn endast finns i hälften av alla län och knappt hälften av alla kommuner har tillgång till dessa verksamheter [5]. Detta trots att forskningen och den kliniska vardagen pekar på ett stort behov och hur kostnadseffektivt ett tidigt riktat stöd under graviditeten och efter förlossningen är [6, 7].

Syftet med detta kapitel är att sätta fokus på spädbarnet som anhörig och belysa konsekvenserna för spädbarnet när en eller båda föräldrarna upplever depression och psykisk ohälsa under och efter graviditeten. Att vara anhörig som spädbarn innebär att barnet påverkas av föräldrarnas psykiska hälsa. På vilket sätt barnet påverkas beror på barnets egna förutsättningar. Som exempel kan nämnas barnets temperament och resilience (motståndskraft mot stress och negativa omständigheter), vilka spelar en viktig roll för hur dessa negativa effekter yttrar sig. Ett barn med god resilience kan vara mer skyddat mot negativa konsekvenser, medan ett barn med ett mer sårbart temperament och låg resilience kan uppleva större svårigheter när föräldern inte kan erbjuda den emotionella stabilitet och uppmärksamhet barnet behöver.

Spädbarnets rättigheter och risker i kontexten av förälders psykiska ohälsa

Depressiva symtom och ångest under graviditet och postpartumperioden betraktas som former av psykisk ohälsa och utgör välbelagda riskfaktorer för spädbarnets utveckling. Psykisk ohälsa hos föräldern är ofta kopplad till nedsatt föräldrakompetens, särskilt i form av minskad sensitivitet och svårigheter i det tidiga samspelet med barnet. Detta kan i sin tur påverka barnets emotionella reglering, anknytningsmönster och kognitiva utveckling negativt [8].

En trygg och ömsesidig interaktion under spädbarnstiden är avgörande för etablerandet av en trygg anknytning, enligt klassisk anknytningsteori [9]. Trygg anknytning har visat sig vara en skyddande faktor för barnets psykiska hälsa och sociala funktioner både på kort och lång sikt. Under graviditeten påverkas fostrets utveckling av den gravida förälderns fysiska och psykiska hälsa. Höga nivåer av stress, depression eller ångest kan leda till biologiska förändringar, inklusive ökad exponering för stresshormonet kortisol [10], vilket kan ha långtgående konsekvenser för barnets utveckling. Dessa påverkanseffekter kan även vara epigenetiska, vilket innebär att miljöfaktorer under graviditeten kan förändra genuttryck som är avgörande för hjärnans utveckling och barnets framtida hälsa [11]. Med denna kunskap i åtanke blir det centralt att utforma vårdinsatser som inte enbart fokuserar på den vuxnas psykiska lidande, utan som också inkluderar barnet som en aktiv part med egna behov av skydd, omsorg och stimulans.

Spädbarnet som anhörig

Spädbarnet bör inte enbart ses som en individ med egna behov, utan även som en anhörig i de fall där en eller båda föräldrar lider av psykisk ohälsa. Barnets välbefinnande är nära sammanflätat med föräldrarnas psykiska och fysiska hälsa, särskilt under graviditet och den första tiden efter födseln.

Efter förlossningen blir barnets behov av känslomässigt närvarande, trygga och lyhörda omsorgsgivare ännu mer centralt. Ur ett anknytningsteoretiskt perspektiv är föräldrarnas emotionella tillgänglighet avgörande för att barnet ska kunna utveckla en trygg anknytning [9]. Psykisk ohälsa, särskilt depression, kan reducera föräldrarnas förmåga att svara på barnets signaler, vilket kan störa anknytningsprocessen.

Symtom på depression hos omsorgspersonen kan inkludera nedsatt ögonkontakt, svårigheter att tolka barnets signaler, minskad kroppskontakt och reducerad responsivitet. För barnet innebär detta risk för bristande återkoppling, emotionell reglering och trygghet – alla avgörande faktorer för utveckling av känslomässig och social kompetens. Barnets reaktioner kan uttryckas i form av tystnad, irritabilitet, sömnsvårigheter eller ätproblem – subtila men viktiga signaler på psykisk stress.

Obehandlad depression under graviditet är associerad med prematur födsel, låg födelsevikt och en ökad risk för beteendemässiga svårigheter längre fram, såsom impulsivitet, hyperaktivitet och ångestproblematik [6]. Om depressionen kvarstår postpartum, kan den försämra föräldra-barn-relationen och därmed påverka barnets kognitiva, sociala och emotionella utveckling med potentiellt långvariga konsekvenser.

Även om mild till måttlig psykisk ohälsa generellt har en mindre påverkan, kan långvarig och allvarlig depression få djupgående effekter. Barn till svårt deprimerade föräldrar kan uppvisa lägre aktivitetsnivå, reducerad mimik och minskat gensvar, vilket försvårar det ömsesidiga samspelet [12].

Dagens föräldrar har många utmaningar att hantera och måste balansera krav från arbetslivet, föräldraskapet och parrelationen, vilket ofta leder till stress. Stress är en oundviklig del av föräldraskapet, men när föräldrarollen innefattar för många krav kan stressen bli svår att hantera på ett icke hälsosamt sätt och leda till psykisk ohälsa. Detta påverkar inte bara föräldern utan också spädbarnet. För att hantera det moderna föräldraskapets utmaningar behöver samhället erbjuda kvalificerat psykologiskt stöd och behandling inom mödra- och barnhälsovården. Personal som är tränad i att identifiera, stödja och behandla föräldrar med depression kommer inte bara minska lidandet för föräldern utan skapar också bättre förutsättningar för en positiv utveckling och hälsosam miljö för spädbarnet. För att behandling ska vara kostnadseffektiv är det avgörande att behandlingsinsatser är lättillgängliga. Psykologiska behandlingar, som kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT), har visat sig vara kostnadseffektiva [13]. Farmakologisk behandling med antidepressiva medel, som SSRI, kan vara ett alternativ, men dess kostnadseffektivitet måste vägas mot potentiella risker för fostret eller det ammande barnet.

Dessutom finns det begränsad forskning som stöder långsiktig effektivitet av dessa läkemedel under graviditet eller amning. För vissa föräldrar kan psykosociala insatser, som hembesök av vårdpersonal, telefonrådgivning och stödgrupp, vara kostnadseffektiva komplement till formell behandling. Dessa insatser är särskilt viktiga för högriskgrupper, såsom föräldrar med tidigare psykisk ohälsa eller de som lever i familjer med sociala och ekonomiska utmaningar. Fördelarna med psykosociala insatser är att de kan minska behovet av mer intensiv psykiatrisk vård, samtidigt som de stödjer föräldrarna i deras återhämtningsprocess och förbättrar deras övergripande välmående samt barnets utveckling. Depression under graviditet och efter förlossning innebär ett stort lidande för den drabbade, familjen och barnet, dessutom får obehandlad depression under graviditet och efter förlossningen stora samhällsekonomiska konsekvenser [6, 7]. Trots att depression under och efter graviditet är vanligt förekommande – uppskattningsvis drabbas 13–18 procent av nyblivna mödrar av depressiva symtom – förblir tillgången till specialiserad vård begränsad [5]. Endast ett fåtal barn i Sverige har tillgång till vårdinstanser där personal har särskild kompetens kring spädbarnets behov i relation till föräldrarnas psykiska hälsa [5]. Det är därför av yttersta vikt att mödra- och barnhälsovården har strukturer för att tidigt identifiera psykisk ohälsa hos föräldrarna. Det späda barnet erkänns idag som en egen anhörig med rätt till skydd och stöd, vilket innebär att samhället har ett ansvar att aktivt agera vid tecken på ohälsa i barnets omgivning. Screening av psykisk ohälsa hos gravida och nyblivna föräldrar utgör därför en viktig åtgärd, liksom tidiga psykosociala insatser.

Att främja hälsa och förebygga ohälsa under graviditeten och efter förlossningen

I Sverige finns en lång tradition av förebyggande och hälsofrämjande insatser inom mödra- och barnhälsovården (MVC/BVC) och eftersom verksamheterna når i stort sett alla föräldrar finns det goda möjligheter att både främja hälsa och förebygga ohälsa. Under 2000-talet infördes en allmän screening för att identifiera postpartum depression (PPD), sex – åtta veckor efter förlossningen. Detta då forskningsstudier visat att förekomsten av depression är ca 13 procent sex-åtta veckor till sex månader efter förlossningen, 18 procent direkt efter förlossningen och 17 procent i senare del av graviditeten. Man fann också ett medelhögt positivt samband mellan depression under graviditeten och efter förlossningen ($r=0.50$) vilket innebär att ju högre nivå av depressiva symtom före födseln, desto mer sannolikt är det att samma symptom finns efter förlossningen [18]. Psykisk ohälsa under graviditet och efter förlossning är en betydande folkhälsoutmaning. Genom utbildning av personal på MVC för att tidigt identifiera symptom på depression, ge stödjande samtal till kvinnor med risk för insjuknande och samarbete med andra vårdgivare kan MVC skapa en holistisk vårdmodell som stärker kvinnors psykiska välbefinnande under graviditeten och gör dem bättre rustade för föräldraskapet. För att detta ska vara möjligt måste MVC ha kunskap om hur depression under graviditeten uttrycks och i samtalen med kvinnan ge utrymme för att tala om sin psykiska hälsa.

Vanliga former av psykisk ohälsa under graviditeten

Under graviditeten sker omfattande förändringar på psykologisk, fysiologisk och relationell nivå. Trots detta har den psykologiska omställningen som blivande föräldrar genomgår fått begränsad uppmärksamhet inom psykologisk teori. Joan Raphael-Leff har dock bidragit till att belysa denna viktiga aspekt och framhåller att graviditeten inte enbart handlar om att skapa ett barn, utan även om att forma en förälder [17].

Psykisk ohälsa under graviditeten kan påverka både den gravida kvinnan och fostret negativt om det inte hanteras på rätt sätt [8, 20]. Några vanliga former av psykisk ohälsa under graviditeten, deras orsaker, symtom, och möjliga behandlingar kan vara viktigt att känna till för föräldrar och vårdpersonal. Depression och ångest är de vanligaste formerna av psykisk ohälsa under graviditeten. Depression kännetecknas av nedstämdhet, brist på energi, känslor av hopplöshet och ibland självmordstankar. Ångest kan innebära stark oro, panikattacker och fysiska symptom som hjärtklappning. Om inte dessa symtom behandlas kan de påverka kvinnans känslomässiga anknytning till barnet och försvåra föräldrarollen. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) kan utlösas av tidigare trauman, vilket kan påverka relationen till barnet. Bipolär sjukdom, där kvinnan upplever kraftiga humörsvängningar, samt postpartumpsykos är andra allvarliga psykiska tillstånd som kan påverka graviditeten och kräva specialistvård.

Riskfaktorer för psykisk ohälsa under graviditeten

Stigma kring psykisk ohälsa under graviditeten kan göra det svårt för kvinnor och män att söka hjälp. Sociala medier påverkar hur de söker stöd och information, men kan även förvärra känslor av otillräcklighet [20]. Forskning visar att hormonella förändringar kan påverka hjärnans kemi och bidra till depression och ångest. Här finns inga entydiga forskningsresultat [21]. De största riskfaktorerna för psykisk ohälsa under graviditeten är psykosociala, som stressiga livshändelser, relationsproblem, ekonomiska bekymmer och brist på socialt stöd [23, 26]. Tidigare psykisk ohälsa ökar också risken [23]. Det är avgörande att MVC har kunskap om dessa riskfaktorer för att kunna ge rätt stöd till de blivande föräldrarna som riskerar att drabbas av psykisk ohälsa

Identifikation av depression under graviditeten

Att identifiera depression under graviditeten är ännu inte ett standardiserat nationellt inslag, men rekommenderas av Socialstyrelsen [22]. Forskning visar att många kvinnor med PPD även var deprimerade under graviditeten [18]. Screening för depression under graviditeten är en proaktiv åtgärd som möjliggör tidig upptäckt och behandling innan problemen förvärras. Regelbundna frågor om symptom som nedstämdhet, oro, sömnproblem och förändrad aptit gör att vårdpersonal kan fånga upp kvinnor som lider i tysthet. Tidig upptäckt och behandling kan förbättra både graviditetsförloppet och relationen till barnet efter födseln. Screening kan också

fånga upp kvinnor som är i riskzonen, såsom de som tidigare haft psykiska problem eller som utsätts för stressfaktorer.

Depression efter förlossningen

Postpartum depression (PPD), eller förlossningsdepression, är en humörstörning som kan uppstå i slutet av graviditeten eller inom 4–6 veckor efter förlossningen. Diagnosen omfattar både depression strax innan och efter förlossningen. PPD är behandlingsbart men påverkar både föräldrar och barn negativ inverkan på barnet och familjens liv.

Symtom

Symptom på PPD kan variera i svårighetsgrad. Vanliga symptom inkluderar ihållande nedstämdhet, förlust av intresse för tidigare roliga aktiviteter, trötthet, sömnproblem, samt aptitförändringar med viktförändringar som följd. Kvinnan kan också känna sig värdelös, uppleva koncentrationssvårigheter och en överdriven skuld, samt ha ökad irritabilitet eller oro för föräldrarollen. I vissa fall kan det även förekomma tankar på att skada sig själv eller barnet. Suicid är ovanligt under graviditet och efter förlossning, men är den vanligaste dödsorsaken för kvinnor det första året efter förlossning [25].

Orsaker och riskfaktorer för PPD

De vanligaste riskfaktorerna, är en historia av tidigare depression före eller under graviditeten [26,27] låg nivå av socialt stöd, stora livshändelser eller stressfaktorer under graviditeten, låg socioekonomisk status och obstetriska komplikationer. Biologiska och sociala faktorer är sammanflätade, som var och en gör kvinnor benägna att drabbas av PPD genom att påverka varandra. Flera studier har pekat på att många biologiska och miljömässiga faktorer, såsom livsstilsrelaterade är involverade i förekomsten eller förebyggandet av PPD [26, 27]. Kunskapen om riskfaktorer under och efter graviditeten är viktig för kvinnan, partner och för vårdpersonalen eftersom den gör att kvinnan själv kan identifiera symptom på depression.

Identifikation av depression (PPD) efter förlossningen

Screening för PPD är en metod för identifikation och tidig upptäckt av PPD hos nyblivna mödrar. I Sverige används Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) vid 6–8 veckors kontrollen på barnavårdscentralen. EPDS består av tio frågor som identifierar risk för depression. Genom tidig upptäckt kan stöd ges, vilket kan inkludera terapi, medicinering eller stödgrupper. Utmaningar finns, exempelvis stigma och varierande kulturella uttryck för depression, samt begränsad tillgång till vård. Screening bör inte vara en engångshändelse, utan kompletteras med regelbunden uppföljning, då symtom kan utvecklas gradvis. Socialstyrelsen

rekommenderar samtal om psykisk hälsa redan under graviditeten för att minska risken för postpartum depression och främja moderns och barnets hälsa [23]. Om personalen har kunskapen om riskfaktorer för psykisk ohälsa kan personalen uppmärksamma dessa, även om kvinnan och mannen själv inte kan förstå sina symtom.

Föräldrars egna erfarenheter av postpartum depression och föräldrastress

I en intervjustudie [29] undersöktes både kvinnors och mäns erfarenheter av postpartum depression och föräldrastress 25 månader efter förlossningen. Studien identifierade fem centrala områden som föräldrarna ansåg hade haft en betydande påverkan på deras psykiska hälsa efter förlossningen.

1. *Otillräcklighet* orsakad av yttre eller inre krav.
2. *Problem under graviditeten eller en traumatisk förlossning* som påverkade den psykiska hälsan.
3. *Varierande erfarenheter av stöd* från barnhälsovården, vilket påverkade föräldrarnas välmående.
4. *Problem i parrelationen* som bidrog till stress och psykisk belastning.
5. *Sårbarhet från tidigare trauma*, vilket försvårade hanteringen av föräldraskapet.

Här kommer en beskrivning av dessa fem identifierade områden med citat från deltagare i studien för att belysa deras upplevelse och för att ytterligare ge röst åt deltagarnas egna upplevelser

Otillräcklighet till följd av yttre eller inre krav

Både kvinnorna och männen beskrev en underliggande känsla av otillräcklighet i föräldraskapet, där fäderna beskrev yttre krav såsom arbete, ekonomi, vård av barn ("vabb") när barnet var sjukt eller om möten försenades, som orsak till stress i vardagen. De ansåg att det som var mest stressigt var att passa tiderna för hämtning och lämning på förskolan.

Vi jobbar mycket båda två och då är "vabb", väldigt stressigt.

Fäderna talade om vikten av att delta i sina barns liv, och alla var engagerade i barnets dagliga vård, som att ta barnet till och från förskolan och "vabba" om barnet var sjukt. Alla fäder hade tagit föräldraledighet, en pappa i 14 månader, en annan i mer än sex månader.

Jag vill vara annorlunda än min pappa, jag vill vara en del av min dotters liv i alla avseenden som att delta i födelsedagskalas till läkarbesök.

Mammorna uttryckte sin otillräcklighet och föräldrastress utifrån egna inre krav där de uttryckte känslor av otillräcklighet som förälder. Mödrarna beskrev sitt

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem? Nka Barn som anhöriga 2025:2

välbefinnande som en nedåtgående spiral, med känslor av ett överväldigat ansvar för att ta hand om sin familj.

Ibland har jag varit så stressad att jag nästan gått sönder och blivit sjukskriven. Jag blir överväldigad av mina egna krav, och det känns som jag har ensamt ansvar för barnet.

Flera av mammorna beskrev känslor av sorg, ilska, skuld, ångest, ensamhet och en känsla av att ha det övergripande ansvaret för familjen. För vissa mödrar var detta inte bara en känsla. Det framgick av deras berättelser att de bokstavligen bar ansvaret för att ta hand om barnen och hushållet då maken var frånvarande, arbetade eller renoverade huset.

Jag drunknade i alla krav, och min man arbetade mycket. Jag kände att jag var ensam med ansvaret för barnet.

Några av mammorna uttryckte skam och hjälplöshet i sin relation och över sin situation, där de beskrev en förändring hos maken sedan han blivit far, att han blivit mer frånvarande och detta påverkade kvinnan då hon kände sig övergivna och att det var hennes fel.

Jag skämdes och kände att jag hade valt fel partner, en partner som inte gör sitt.

Problem under graviditeten eller en traumatisk förlossning

När vi frågade föräldrarna om deras välmående efter förlossning pratade fäderna om känslor av stress i vardagen, att hitta en balans mellan arbetet och att hantera föräldrarollen. Fädernas välbefinnande hade påverkats, men ingen av dem sa att de hade känt sig deprimerade, även om det hade funnits komplikationer under graviditeten och vid förlossningen som hade påverkat dem.

Det har varit tufft för oss med tre missfall. När jag ser tillbaka har jag inte alls mått bra.

Mödrarna däremot sa väldigt tydligt under intervjun att de hade varit deprimerade — alla förutom en som beskrev föräldrastress. Flera av kvinnorna berättade att de hade blivit deprimerade nästan direkt efter födseln.

Jag började känna mig ledsen på förlossningsavdelningen.

En kvinna hade haft flera missfall innan hon fick barn. Hon beskrev att hon kände rädsla över att förlora barnet under varje graviditet. Efter förlossningen, blev hon deprimerad och upplevde mycket av ångest och skuld för att hon inte mådde bra.

Jag hade kämpat så mycket för det här barnet och så var jag deprimerad efter förlossningen det gav mig så mycket skuld.

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem? Nka Barn som anhöriga 2025:2

Flera av kvinnorna hade upplevt komplikationer under graviditet och haft en traumatisk förlossning. De flesta av mödrarna hade inte fått någon behandling för sina upplevelser och de hade ett stort behov av att prata om hur det hade påverkat deras välbefinnande. Några av kvinnorna hade också upplevt svårigheter att knyta an känslomässigt till barnet. De hade inte kunnat dela dessa känslor med maken, BVC eller släktingar. Kvinnornas copingstrategi var att kämpa med sina känslor ensamma. Kvinnorna beskrev hur de hade försökt kompensera för frånvaron av positiva känslor genom att överdrivet fokusera på barnet.

Graviditeten var tuff. Jag kände mig lite låg, även innan, förlossningen. Jag tyckte inte att barnet var vackert, och jag kände ingen kärlek.

Att ha upplevt en traumatisk förlossning med akut kejsarsnitt och missfall ledde till utveckling av ångest. Denna ångest kunde ta sig uttryck i form av panikattacker när kvinnan var själv med barnet eller som social fobi. Kvinnorna kunde inte dela dessa känslor med någon utan höll dem för sig själv.

Jag har haft många panikattacker efter förlossningen.

Några av mammorna kände sig övergivna då mannen fick lämna sjukhuset, på grund av brist på rum på förlossningen eller på grund av ett sjukt barn. Att ha haft en komplicerad förlossning och bli lämnad ensam påverkade kvinnans välbefinnande och orsakade ångest och en känsla av att inte orka med situationen

Jag var dödstrött och skulle ta hand om den här nya "saken" som inte gjorde annat än att grät. Det kändes konstigt att ringa i en klocka och säga att man inte riktigt vet vad man ska göra med barnet.

Varierande erfarenheter av barnhälsovårdsstöd

Mammorna och Papporna beskrev varierande erfarenheter av barnhälsovårdsstöd.

Tre fäder uttryckte bristande stöd.

Hjälp från BVC är obefintlig, enligt min mening. Du får en kvart. Ingen frågar hur det är eller hur du känner, dessutom har ingen tid att lyssna.

En pappa, som hade haft mycket kontakt med BVC för sitt barn, berättade på frågan om, hur han mårde. *Nej, sköterskan frågade inte mig, vi pratade inte om min hälsa.*

Medan andra fäder hade upplevt ett bra stöd.

Mycket bra under en svår tid med tre missfall.

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?
Nka Barn som anhöriga 2025:2

Alla mödrarna i studien hade genomfört screening med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Alla kvinnor hade dock inte erbjudits hjälp efter EPDS trots att de haft höga värden på screeningen.

Jag blev tillsagd att fylla i ett papper på BVC. Sköterskan tittade på pappret och sa att det visade att jag var deprimerad, inget mer hände.

Mammorna hade höga förväntningar på samtalet efter att ha gjort EPDS, särskilt om de hade fått höga poäng på EPDS.

Ja, jag har gjort det två gånger, men jag kände att sjuksköterskan, inte hade så mycket kunskap.

Mammorna med negativ erfarenhet av EPDS, beskrev att de inte fick någon hjälp för sina depressiva symtom. Å andra sidan var det kvinnor som beskrev att de hade fått utmärkt stöd från BVC. Dessa mammor betonade betydelsen av BVC, det stöd som gavs av sjuksköterskan, och hur väl sköterskan hade förstått att de var deprimerade. Dessa mammor beskrev ett utmärkt professionellt stöd.

Jag hade en underbar sjuksköterska, och jag behövde inte säga att jag inte mådde bra. Sjuksköterskan sa: "Hur mår du?" när jag sa "bra", sa hon, "på riktigt?".

För de flesta av mammorna var det svårt att tala om sin nedstämdhet. En mamma hade inte pratat med BVC-sköterska eller sin man om sin ångest. Det var först efter att hon genomfört frågeformuläret för studien, två och ett halvt år efter förlossningen som hon bestämde sig för att hon måste be om hjälp för sina panikattacker. Det kan vara ett problem för BVC att kvinnorna undviker att prata om sina depressiva symtom och andra svårigheter som rör föräldraskapet och familjeliv när de träffar BVC-sköterskan.

Det är ett stort steg, men jag var ärlig sista gången och sköterskan sa: "Du mår inte bra?".

Kvinnorna som hade upplevt depression beskrev känslor av skam och skuld. Deras definition av vad som är en "bra mamma" är någon som alltid tänker på sitt barn först. Även om de hade lagt allt fokus på barnets välbefinnande och ingenting fanns i deras beskrivningar som antydde på försummelse, beskrev de ändå känslor av otillräcklighet. En mamma berättade till exempel om sina känslor och förklarade varför hon inte hade diskuterat dem med BVC-sköterska.

Att föda ett barn och inte kunna ta hand om det, vad är jag för människa då?

För vissa mödrar, övergick de depressiva symtomen till irritation och ilska, denna förändring blev anledningen till att de sökte hjälp.

Efter ett tag blev min sorg till ilska. Jag blev arg när jag var ensam med barnen och fruktade att jag skulle slå dem.

Problem i parrelationen

Deltagarna beskrev att relationen till partnern blivit ansträngd efter att de blivit föräldrar. Känslor av övergivenhet, ensamhet och besvikelse uttrycktes eftersom partnern hade förändrats efter förlossningen, och detta hade påverkat relationerna. Kvinnorna hade upplevt att de tvingats ta fullt ansvar för barnen och hade känt sig skamsna eller arga över att inte ha en partner som var engagerad i sitt barn eller sin partner.

Jag har känt mig bitter mot min man för att han inte stöttade eller drog sitt strå till stacken och det känns som att även om vi har tid för varandra så kände jag ingen lust.

Sårbarhet från tidigare trauma

Några kvinnor hade tidiga erfarenheter av att de under sin egen barndom blivit känslomässigt och fysiskt lämnade av föräldrarna. De fick ta hand om sig själva, sina syskon och hade upplevt brist på känslomässig trygghet och haft en tuff uppväxt.

Mamma ville leva sitt eget liv. Hon var en ung mamma, så hon gillade att festa och lämnade oss själva. Hon drack mycket, så jag kände mig övergiven.

Slutsatser av föräldrarnas erfarenheter av psykisk ohälsa efter förlossningen

Dessa föräldrar har genom sin medverkan i studien givit en djupare förståelse för de faktorer som påverkat deras psykiska hälsa efter förlossningen och belyser vikten av stöd, från professionellt håll och i sina relationer. Många upplevde att de inte hade fått tillräckligt stöd under graviditeten eller efter förlossningen, vilket försvårade deras förmåga att hantera föräldraskapet.

Trots att det gått två år efter förlossningen, var en del föräldrar fortfarande känslomässigt påverkade av sin depression. För dessa föräldrar var effekterna av depression fortfarande närvarande i deras relationer, både till barnet och till partnern.

För att må bättre hade dessa föräldrar behövt tillgång till psykologisk behandling, samt ett stödjande nätverk för att hjälpa dem att bearbeta sina erfarenheter och hantera den påfrestning som depression och föräldraskap medförde. En större förståelse och medkänsla från både professionella och närstående hade också varit avgörande för att bryta känslorna av isolering och otillräcklighet, vilket i sin tur hade förbättrat deras psykiska hälsa och relationer. Tidig upptäckt och behandling samt

uppföljning av föräldrarnas psykiska hälsa hade minskat risken för de konsekvenser som föräldrarna beskrev i studien [29]. Att inte satsa på resurser för att stödja och behandla psykisk ohälsa under graviditet och efter förlossningen är förutom föräldrarnas lidande samhällsekonomiskt kostsamt. En brittisk studie har visat att psykologiska interventioner och läkemedelsbehandlingar är kostnadseffektiva i jämförelse med ingen behandling vid depression, särskilt när man beaktar de bredare samhälleliga och ekonomiska kostnaderna av obehandlad depression under graviditeten och efter förlossningen. Enligt studien var nuvärdet av de totala livstidskostnaderna för PPD och ångest £75 728 per kvinna med depressions-tillstånd. De sammanlagda kostnaderna för Storbritannien uppgick till 6,6 miljarder pund, där majoriteten av kostnaderna var relaterade till negativa konsekvenser för barnet. Den offentliga sektorn stod för nästan en femtedel av dessa kostnader [6, 7].

Referenser

1. Broberg A, Risholm Mothander P, Granqvist P. Anknytningsteori [Internet]. Natur och kultur; 2020 [citerad 2024 Aug 2]:
<https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-184253>
2. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) [Internet]. [citerad 2025 Apr 1]:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/
3. 2010/11: SoU3 Socialutskottet. Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (Betänkande 2010/11: SoU3 Socialutskottet) [Internet]. 2010 [citerad 2025 Apr 20]; https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/betankande/strategi-for-att-starka-barnets-rattigheter-i_gy01sou3/
4. Skovgaard A m., Olsen E m., Christiansen E, Houmann T, Landorph S l., Jørgensen T, et al. Predictors (0–10 months) of psychopathology at age 1½ years – a general population study in The Copenhagen Child Cohort CCC 2000*. Journal of Child Psychology and Psychiatry [Internet] 2008 [citerad 2024 Aug 5];49(5):553–62. <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy.lnu.se/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2007.01860.x>
5. Furmark & Neander. Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning [Internet]. 2018 [citerad 2024 Aug 5].
<https://anoriga.se/anorigomraden/barn-som-anoriga/spad--och-smabarnsverksamheterteam-i-sverige--en-kartlaggning/>
6. Bauer A, Iemmi V, Bayo A, Knapp M. Maternal mental health should be everyone's business [Internet]. Health and Social Care at LSE2014 [citerad 2024 Aug 25] <http://blogs.lse.ac.uk/healthandsocialcare/>
7. Bauer A, Knapp M, Parsonage M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. Journal of Affective Disorders [Internet] 2016 [citerad 2024 Aug 25]; 192:83–90:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715309113>
8. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. The Lancet [Internet] 2014 [citerad 2024 Aug 26]; 384(9956):1800–19:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614612770>
9. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. American Journal of Orthopsychiatry 1982;52(4):664–78.
10. Glover V. Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. Journal of Child Psychology and Psychiatry [Internet] 2011 [citerad 2025 May 11]; 52(4):356–67:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2011.02371.x>
11. O'Donnell KJ, Meaney MJ. Fetal Origins of Mental Health: The Developmental Origins of Health and Disease Hypothesis. AJP [Internet] 2017 [citerad 2025 May 11];174(4):319–28:
<https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2016.16020138>

12. Tronick E, and Reck C. Infants of Depressed Mothers. *Harvard Review of Psychiatry* [Internet] 2009 [citerad 2025 Apr 7];17(2):147–56.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10673220902899714>
13. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); Psykologisk behandling av postpartumdepression. En systematisk översikt inklusive hälsoekonomiska och etiska aspekter [Internet]. 2022 [citerad 2025 Feb 19]:
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/psykologisk-behandling-av-postpartumdepression/>
14. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development* [Internet] 2010 [citerad 2024 Aug 24];33(1):1–6:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638309000976>
15. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(10):1012–24.
16. Murray L, Cooper PJ. Postpartum depression and child development. *Psychological medicine* [Internet] 1997 [citerad 2025 Apr 7];27(2):253–60:
<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/editorial-postpartum-depression-and-child-development/72924E44606B4AF0FCCB5D3953DB6DEC>
17. Fagerberg & Kling. Psykologi för mödrahälsovård och barnhälsovård [Internet]. 2023 [citerad 2024 Aug 5]: <https://www.nok.se/titlar/laromedel-b2/psykologi-for-modrahalsovard-och-barnhalsovard/>
18. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [Internet] 2001 [citerad 2024 Aug 11];80(3):251–25.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/j.1600-0412.2001.080003251.x>
19. Field T. Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development* [Internet] 2011 [citerad 2022 May 26];34(1):1–14:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638310001062>
20. Baker B, Yang I. Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare* [Internet] 2018 [citerad 2024 Aug 18]; 17:31–4.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575617302604>
21. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums* [Internet] 2015 [citerad 2024 Aug 18];20(1):48–59. <https://www.cambridge.org/core/journals/cns-spectrums/article/role-of-reproductive-hormones-in-postpartum-depression/AC701DEB8CE0A817BoF68C9BC33A532D>

22. Socialstyrelsen. Identifiera gravida med trolig depression eller ångest [Internet]. Socialstyrelsen 2023 [citerad 2024 Aug 23]; <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/nationella-riktlinjer-graviditet-forlossning-och-tiden-efter/rekommendationer/oversikt-psykisk-ohalsa/identifiera-gravida-med-trolig-depression-eller-angest/>
23. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet] 2010 [citerad 2024 Aug 18]; 202(1):5–14. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000293780901014X>
24. Carlson K, Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citerad 2024 Aug 24]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
25. Esscher A, Essén B, Innala E, Papadopoulos FC, Skalkidou A, Sundström-Poromaa I, et al. Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980–2007. *The British Journal of Psychiatry* [Internet] 2016 [citerad 2024 Aug 18]; 208(5):462–9: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/suicides-during-pregnancy-and-1-year-postpartum-in-sweden-19802007/BDAA9D9C55BD5F6D273DD6A069BE97FD>
26. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot* [Internet] 2017 [citerad 2024 Aug 28];6:60: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561681/>
27. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine* [Internet] 2019 [citerad 2024 Aug 18];70 (Volume 70, 2019):183–96: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-med-041217-011106>
28. Rikshandboken. Screening med EPDS - Rikshandboken i barnhälsovård [Internet]. [citerad 2024 Aug 17]: <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/screening-med-epds/>
29. Johansson M, Benderix Y, Svensson I. Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being* 2020;15(1):1722564.
30. Murray L, Arteché A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Maternal Postnatal Depression and the Development of Depression in Offspring Up to 16 Years of Age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [Internet] 2011 [citerad 2024 Aug 25];50(5):460–70: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856711000979>
31. Weissman MM. Children of depressed parents—a public health opportunity. *JAMA psychiatry* 2016;73(3):197–8.

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?
Nka Barn som anhöriga 2025:2

32. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. *AJP* [Internet] 2006 [citerad 2024 Aug 25]; 163(6):1001–8.
<https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2006.163.6.1001>