

Svangerskaps- og postpartumdepresjon i primærhelsetjenesten

■ NILAM SHAKEEL

Allmennlege og ph.d.-stipendiat ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo. Hennes ph.d.-prosjekt dreier seg om svangerskaps- og barseldepresjon i en multietnisk befolkning i Groruddalen. Hun vant pris for beste presentasjon på Forskningsdagen, Primærmedisinsk Uke 2012.

Graviditeten innebærer forandringer og omstillinger i livet og man har store forventninger om lykkefølelse. Hva er det som gjør at forventninger om morslykken hos noen kvinner kan snus til et mareritt og til og med en frykt for å skade sitt eget barn?

Det er ikke et nytt fenomen at symptomer som søvnløshet, dårlig selvfølelse, mangel på energi og mangel på evnen til å glede seg opptrer når kvinner er gravide eller i barselperioden. Men vi er i dag åpne for at dette kan være uttrykk for en depresjonstilstand. Tilstanden vil ramme omtrent en av 10 kvinner under svangerskapet og omtrent en av åtte kvinner etter fødsel. Depresjon under svangerskapet eller etter fødsel er ikke en separat sykdom med sine mystiske symptomer og sine egne årsaksforklaringer. Det er en vanlig depresjon, med de samme symptomene som blant annet endring i appetitt, skyldfølelse, redusert konsentrasjon og nedsatt stemningsleie. Men i og med at den oppstår når kvinnen er gravid eller nylig har født, påvirker den ikke bare kvinnen selv, men kan også påvirke fosteret og det nyfødte barnet, og selvfølgelig partner og andre barn hvis hun har det. Depresjonen kan også være uttrykk for andre psykiske lidelser som bipolar lidelse og schizofreni. Kvinnen kan enten allerede være deprimert når hun blir gravid eller utvikle depresjon etter at hun har blitt gravid.

Deprimerte kvinner er noen ganger også dårlige til å følge vanlige svangerskapskontroller, dermed kan denne tilstanden og andre alvorlige tilstander som oppstår under graviditeten lett bli oversett. Uansett er depresjon i svangerskapet en risikofaktor for postpartum depresjon, og omtrent halvparten av de som er deprimerte under svangerskapet, forsetter å være det etter fødsel også. Tidligere angst og depresjon både i forbindelse med og utenom svangerskapet er en risikofaktor, i tillegg til positiv familiehistorie på angst og depresjon.



Rundt en av åtte kvinner rammes av barseldepresjon. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Postpartumdepresjon kan enten være en forlengelse av depresjonen kvinnen hadde under graviditeten eller debutere alt fra fire uker til seks måneder etter fødsel. Tidligere studier har vist at depresjon hos mor kan føre til preeklampsi eller prematur fødsel.

Tilknytningsprosessen mellom mor og barn kan bli forstyrret

Det nyfødte barnet er avhengig av emosjonell og fysisk kontakt for å overleve. Ved depresjon kan tilknytningsprosessen mellom mor

og barn som starter allerede når kvinnen er gravid, bli forstyrret. En mor som ikke er deprimert lager forskjellige ansiktsuttrykk og babylyder når hun steller eller koser med barnet. Hun reagerer på barnets signaler og barnet får lettere etablert en rytme med faste rutiner. Slik blir barnet også mindre stresst, gråter mindre, lærer om sine egne grenser og blir vant til å få respons hvis det virkelig trenger noe. En som er deprimert vil være stresst eller likegyldig overfor sine omgivelser. Hun vil være mimikkfattig og lite oppmerksom på signalene barnet gir. Barnet vil føle stresst moren har på sin kropp og svare med å bli urolig, søvnløs, irriterbar og gråte mer. En mor som har lite tålmodighet fra før og i tillegg er stresst og irritert, kan da noen ganger utvikle tanker om å skade sitt eget barn. Barna på sin side vil få en desorganisert tilknytning og forstyrret utvikling når det gjelder selvregulering, sosial kompetanse og mestring. Negative konsekvenser utvikles gjerne over tid og får ulike uttrykk på forskjellige tidspunkt i barnets liv. Har man barn med ekstra behov, vil hele situasjonen forverre seg. En tilstedeværende partner/far kan heldigvis ofte være en god erstatning for barnet. Det er ikke alltid slik at depresjon hos mor vil utvikles i den retningen det er beskrevet over, men vi må likevel være oppmerksomme ved en slik utvikling og fange opp tidlige tegn på depresjon.

Depresjon kan være vanskelig å oppdage

Problemet er imidlertid at tegnene på depresjon kan være vanskelig å oppdage siden symptomene kan være maskerte grunnet graviditeten. Derfor er det viktig at allmennleger som er i en unik posisjon til å både oppdage og behandle tilstanden, er klar over hvordan den opptrer. Det kan også være vanskelig å skille mellom hva som er følelsesmessige reaksjoner knyttet til svangerskapet og hva som er en klinisk depresjon, og det er heller ikke alltid like lett å skille mellom barseltårer og barseldepresjon. Men man bør definitivt reagere hvis det er symptomer på tristhet, likegyldighet og håpløshet som vedvarer meste parten av dagen, over flere uker. Det kan også være til hjelp å se på om det er enkeltstående eller mange symptomer. Barseltårer har mildere symptomer, starter bare noen få dager etter fødsel og forsvinner gjerne i løpet av noen få dager uten at det krever spesiell behandling. Barseldepresjon kan være en forlengelse av barseltårer, men den kan også

være nyoppstått med gradvis insettende symptomer. I det sistnevnte tilfellet har kvinnen som regel hatt noen uker etter fødsel hvor hun har vært symptomfri før den gradvise innsetningen av depressive symptomer begynner. Ellers defineres tilstandene etter de diagnostiseringskriteriene som finnes for vanlig depresjon (ICD-10/DSM).

Et annet problem som gjør depresjon vanskelig å oppdage er at det gjerne forventes av den gravide og den nybakte moren å utstråle lykke og glede. Derfor føler noen kvinner at det er flaut eller «unormalt» å prate om at de ikke har det slikt. Redselen for å bli adskilt fra barnet hvis de forteller om sine depressive tanker og tanker om å skade sitt eget barn er fremdeles et stort hinder for at kvinner vil erkjenne at de har et slikt problem. Det kan forhindre dem fra å motta tidlig hjelp som ellers kunne ha vært med på å forebygge de negative utfallene en depresjon kan ha. Det er derfor viktig at man får frem at det finnes terapi. Målet er å hjelpe kvinnen slik at hun bedre kan ivareta barnet best mulig.

Etniske minoriteter

Et tredje problem kan være det man støter på når man møter etniske minoriteter. Både språk og kulturforskjeller kan være en stor barriere. I noen kulturer finnes det ikke eget ord for depresjon, tilstanden er tabubelagt eller skal helst ikke eksistere. Slike situasjoner er en utfordring for oss. Hvordan skal man snakke om og tilby behandling for noe som i andres øyne ikke eksisterer? Det er forskjeller mellom og innad i etniske grupper. Og til tross for det ovennevnte, er ordet depresjon et mye brukt ord i norsk helsevesen også når det gjelder etniske minoriteter, i hvert fall i allmennpraksis. Så om man har et eget ord for det på sitt morsmål eller ei, er depresjon et relativt kjent fenomen for mange etniske minoriteter. Hva er det da som gjør at man ikke når ut med nok informasjon? Eller er det slik at man ikke vet nok om risikofaktorer for de ulike etniske gruppene?

STORK Groruddalen

Studien jeg holder på med skal blant annet se på denne problemstillingen. Materialet som brukes er en del av STORK Groruddalen-prosjektet, en kohortundersøkelse av gravide kvinner. Det er en av de få studiene hvor man har greid å inkludere mange etniske minoriteter (59 prosent), også kvinner som ikke kan lese og skrive og nyankomne til Norge, ved å

tilpasse studiemetodene til disse kvinnenes behov. Målet er å kartlegge forekomsten av svangerskaps- og postpartumdepresjon og ulike risikofaktorer for tilstandene. Foreløpige analyser viser at forekomsten av depresjon er opp til dobbelt så høy blant etniske minoriteter sammenlignet med kvinner fra vestlige land. Videre ser vi på om det er ulike risikofaktorer for disse to gruppene.

Vi har brukt spørreskjemaet EPDS, The Edinburgh Postnatal Depression Scale, til å kartlegge depressive symptomer. EPDS er et screeningsverktøy som er godt egnet til forskning. Den har god sensitivitet og spesifisitet, og inneholder 10 spørsmål, hvert med fire alternativer som gir skår 0–3. De summerte skårene gir et spenn fra 0–30. Jo høyere skår, desto større sannsynlighet for at kvinnen er deprimert. En skår fra 10–12 eller oppover kan brukes som grunnlag for et diagnostisk intervju. Spørreskjemaet er testet mot ulike gullstandarder og er godt validert på norsk og flere andre språk.

Risikofaktorer

Fra litteraturen kjenner vi til en del risikofaktorer. Belastende livshendelser (alt fra dødsfall av nære familimedlemmer og store bekymringer for barna til vold og seksuelt misbruk), lav sosioøkonomisk status, manglende støtte fra partner/ manglende nettverk og tidligere depresjon eller angst under graviditeten er noen av de sentrale risikofaktorene.

I tillegg betyr graviditeten og det nye barnet en stor forandring og en ny livsfase. Det blir ikke nødvendigvis slik kvinnen hadde forventet seg, for noen blir det rett og slett for tungt, og det kommer i veien for alle ambisjoner.

Behandling

En rekke behandlingstiltak finnes, og hva som bør velges er avhengig av alvorligheten i symptombildet. Farmakologisk behandling kan være nødvendig ved alvorlig depresjon, men det er ekstra viktig under graviditeten og i barselperioden at man først tenker på ikke-farmakologiske tiltak som støttesamtaler, styrking av nettverk rundt kvinnen, kognitiv terapi og psykoterapi. Ved alvorlige depresjoner kan det være nødvendig med medikamentell tilleggsbehandling, særlig hvis kvinnen ikke synes å ha evne til å ta vare på seg selv eller barnet, har alvorlige søvnforstyrrelser, har en risikopreget atferd eller bærer på alvorlige selvmordstanker. Det er da viktig

å ha informasjon om medisinen går over til fosteret/det ammede barnet og om den er skadelig.

Tiltak i primærhelsetjenesten

Studier viser at støttesamtaler har en gunstig effekt, og profesjonen til den som gir støttesamtaler har ingen spesiell betydning for effekten. Det betyr at fastleger og helsesøstre/jordmødre er i en unik posisjon til å starte med støttesamtaler og lage et nettverk for kvinnen hvor familie og partner også er involvert. Støttesamtaler går ikke nødvendigvis ut på at man skal gi råd, men å gi god informasjon til pårørende og kvinnen. Det å innta en posisjon som god lytter overfor kvinnen hjelper mye. Videre er det viktig at det settes fokus på at kvinnen får avlastning, og da spesielt om natten slik at hun får dekket sitt søvnbehov. Det kan være aktuelt å sette opp kontroller for kvinnen sammen med denne ressursgruppa med ca. to til fire ukers mellomrom.

I noen tilfeller kan det hende at familien eller mannen er et av hovedproblemene for kvinnen. Da kan kvinnen ha mer nytte av å ha støttesamtaler uten dem og bør heller få etablert et annet sosialt nettverk rundt seg.

Støttesamtaler bør ikke tilbys kun de som har depresjon etter kriterier ICD-10/DSM har satt, men også de som har flere depressive symptomer og ikke helt faller innenfor de gitte diagnosekriteriene. Det er nemlig vist at flere depressive symptomer under svangerskapet øker risikoen for depresjon. Å etablere et nettverk, gi støttesamtaler eller informere familien/partner om at de skal stille opp og hjelpe til med avlastning kan være et godt forebyggende tiltak for disse kvinnene.

Flere hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor har også vist gunstig effekt. I tillegg til at man er en støtte for kvinnen når man er på hjemmebesøk får man også observert samspillet mellom mor og barn. Det er viktig å sikre at barnet er godt ivaretatt. Til tross for at kvinnene lider av samme tilstand har de ulike symptomer, de har ulik bakgrunn/kultur og dermed ulike behandlingsbehov. Derfor bør terapitiltakene tilrettelegges individuelt, og det bør være et samarbeid mellom kvinnens fastlege og helsestasjonen med rask tilgang til psykolog, Distriktpsikiatrisk senter og eventuelt Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk for både råd, veiledning og videre henvisning ved alvorlige tilfeller. De alvorligste, de som er psykotiske eller i faresonen for å skade seg selv eller sitt eget barn må legges inn. Partner/far må også tas godt vare på, og tiltak tilrettelagt for menn kan være nyttige. Reform (ressurscenter for menn) har tidligere arrangert gruppetilbud for menn som har en



Fastlegen er i en unik posisjon til å oppdage og behandle svangerskaps- og barseldepresjon. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

partner med barseldepresjon eller andre psykiske belastninger, og de har fremdeles samtaletilbud for menn.

Screening for fødsels-/postpartumdepresjon?


I Storbritannia har man utarbeidet egne retningslinjer for svangerskap og barselomsorg som omfattes av NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) clinical guidelines. De anbefaler at man spør kvinnen følgende nøkkelspørsmål ved første kontroll og ca. fire til seks uker etter fødsel for å avdekke mulig depresjon:

1. During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed, or hopeless? (Har du ofte følt deg nedfor, deprimert eller uten håp den siste måneden?)
2. During the past month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things? (Har du ofte vært plaget av å ha liten interesse eller glede i å gjøre ting den siste måneden?) Svarer kvinnen ja på et av disse, anbefales det å gå videre med spørsmål 3.
3. Is this something you feel you need or want help with? (Føler du at dette er noe du trenger eller ønsker hjelp for?)

Dette er enkle spørsmål som alle bør ha tid til å stille, selv i en travel hverdag. I tillegg skal man ved første besøk kartlegge psykisk sykehistorie. Videre står det i NICE-guidelines at man ved behov kan gå videre med spørreskjemaer som HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), MADRS (Montgomery and Asbergs Depression and Rating Scale) eller EPDS. Det er viktig å være klar over at EPDS ikke brukes til å stille diagnose. Det er et screeningsverktøy og kan være til hjelp hvis man vil kartlegge kvinnens depressive symptomer. Den brukes på noen helsestasjoner i Norge, men rutinemessig bruk er foreløpig kontroversiell da nytten av å bruke et slikt screeningsverktøy i klinisk arbeid er omdiskutert.

REFERANSER

1. Nettside: <http://www.nice.org.uk>
2. Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Folkehelseinstituttet 2007
3. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 2004 Jul-Aug; 26(4): 289-95

 nilam.shakeel@medisin.uio.no