

Birgitta Wickberg, fil dr, forskare, psykologiska institutionen, Göteborgs universitet; leg psykolog, mödrahälsovårdsenheten och kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal (birgitta.wickberg@psy.gu.se)

Philip Hwang, professor, psykologiska institutionen, Göteborgs universitet

Bagatellisera inte nyblivna mammors depressionstecken!

Tidigt stöd avgörande för att motverka negativa konsekvenser för barnet

■ Under 1990-talet har intresset för depression i samband med barnafödande ökat starkt inom forskning och klinisk verksamhet. Ett av skälen till detta är att spädbarnsforskningen visat på betydelsen av det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn för barnets fortsatta psykologiska utveckling [1]. Man har också funnit att en depression hos mamman post partum kan ha långvariga negativa effekter på barnets utveckling [2]. Inom området depression och nyblivet föräldraskap är den väsentliga forskningsfrågan idag inte i första hand om barnet påverkas av mammans depression utan snarare hur denna påverkan sker.

Den ökade kunskapen har aktualiserat behovet av tidiga insatser för att uppmärksamma och hjälpa spädbarnsfamiljer där mamman har en depression. I ett nyutkommet dokument från Medicinska forskningsrådet [3] kring barnhälsovårdens framtida inriktning föreslås att sådana riktade insatser utökas.

I det följande redovisas de senaste årens forskning kring post partum-depression, med särskild inriktning på svenska studier.

Hur yttrar sig en depression post partum?

Tiden efter förlossningen innebär för många kvinnor en period av ökad sårbarhet. Denna sårbarhet kan visa sig i ett brett spektrum av reaktioner – från en helt normal och tillfällig labilitet och nedstämdhet, så kallad »blues», som förekommer hos varannan mamma några dagar efter förlossningen, till en allvarlig psykos post partum, som drabbar 1–2 kvinnor per 1 000 förlösta [4].

En depression post partum befinner sig mellan dessa extremer och kan variera i svårighetsgrad. Kännetecknande är ett sänkt stämningsläge, som gör att vardagen upplevs som tung och grå. Skuld känslor över att inte räcka till som mamma, känslor av tomhet och av att inte »vara sig själv» dominerar. Andra vanliga reaktioner är koncentrationssvårigheter, aptit- och sömnrubbning (som ej beror på barnet), liksom extrem trötthet och ångslan. En del kvinnor känner hopplöshet, några få har suicidtankar.

Det råder idag enighet om att en depression post partum

SAMMANFATTAT

Depression post partum har visat sig vara relaterad till problem i mor–barnrelationen, vilket i sin tur påverkar barnets kognitiva och emotionella utveckling negativt. 8–15 procent av nyblivna mammor har en depression eller visar tecken på depression under de första månaderna efter förlossningen.

Även om de flesta depressioner post partum är av lättare slag finns en risk för längre och svårare tillstånd om inte mamman får adekvat hjälp.

Depression post partum är ofta ett dolt problem. En enkel självskattningsskala har visat sig användbar inom svensk barnhälsovård för att tidigt uppmärksamma deprimerade nyblivna mammor.

Stödande samtal av BVC-sjuksköterskan är effektivt som en första insats till de kvinnor som inte behöver specialistvård.

inte skiljer sig från depressioner under andra livsperioder när det gäller symtombild, prevalens och förlopp [2]. Sammanhanget och betydelsen av en sådan depression är emellertid specifikt. Det finns flera faktorer som skiljer ut post partum-depressioner från andra depressioner, bl a det faktum att vara nybliven mamma påverkar hur depressionen upplevs. Det är större risk för att kvinnans självkänsla påverkas negativt; hon upplever sig ha gått miste om en viktig livsperiod.

Andra faktorer som skiljer ur post partum-depressioner inkluderar det faktum att påverkan på barnet och familjen troligen är större i en sådan känslig period än annars, att faktorer som är speciella för graviditet och förlossning kan bidra till en sårbarhet för psykiska problem och, slutligen, att

kvinnans upplevelser inte stämmer överens med hennes förväntningar.

Klassifikation

Den kliniska bilden av en depression post partum är densamma som för depressioner under andra perioder i livet. De vanliga klassifikationssystemen, ICD-10 [5] och DSM-IV [6], innehåller heller inte någon särskild kategori för psykiska störningar under puerperiet. I ICD-10 kan tillägget »puerperal» göras om störningen debuterar inom sex veckor post partum och inte kan klassificeras på annat sätt, medan DSM-IV specificerar en depression som post partum om den startar inom fyra veckor efter förlossningen. Det saknas emellertid empiriskt stöd för dessa tidsangivelser [7].

Flera studier har i stället redovisat en ökad risk för att insjukna under de första tre månaderna efter förlossningen [7, 8]; omkring 30–50 procent av alla depressioner post partum anses starta redan under graviditeten [9]. Ytterligare ett problem är att DSM-IV saknar kategorier för lindrigare former av depression, trots att dessa visar hög prevalens och anses ha betydande samhälleliga konsekvenser, inte minst med tanke på effekterna för barnen.

För att underlätta kommunikationen mellan forskare, kliniker och beslutsfattare har en grupp forskare och kliniker nyligen utarbetat ett förslag för att bättre beskriva psykiska problem före, under och efter barnafödande [10]. Förslaget är intressant ur flera aspekter eftersom det tar hänsyn såväl till sammanhanget kring depressionen och betydelsen av samspelet mellan föräldrar och barn som till familjesystemet och den utvecklingsperiod som nyblivet föräldraskap utgör. Perioden post partum föreslås omfatta de första tre månaderna efter förlossningen.

Etiologi

Epidemiologisk forskning har visat att de viktigaste orsaksfaktorerna till en depression post partum finns inom det psykologiska och det sociala området. Socioekonomiska svårigheter, konflikt i parrelationen, traumatiska eller stressande livshändelser och bristande stöd från partner, vänner och familj har genomgående visat sig öka risken för en depression i samband med barnafödande [11].

Tidigare depression, särskilt i kombination med obstetriska komplikationer, en »blues» som inte går över och ett »irritabelt» barn är faktorer som visat sig ytterligare öka risken för en depression post partum [11].

En omfattande forskning har inte kunnat finna stöd för att steroidhormoner ligger bakom en icke-psykotisk depression post partum [12]. I en liten subgrupp av post partum-deprimerade kvinnor finns ett samband med tyreoidadysfunktion, något som i sin tur kan vara stressbetingat [13].

Kulturella och samhälleliga förhållanden – som ett ökat antal skilsmässor, fler ensamstående föräldrar och styvfamiljer, avsaknad av tydliga ritualer kring barnafödande, osäkerhet i föräldrarollen och bristande stöd från den egna föräldragenerationen – anses också bidra till att depressioner post partum är vanligt förekommande i s k »moderna» samhällen. Att vara ensamstående förälder har t ex i två svenska studier [14, 15], visat sig vara relaterat till depression post partum.

Prevalens

Prevalenssiffror för depression post partum har i epidemiologiska studier visat sig variera mellan 8 och 15 procent [16]. O'Hara och Swain har i en metaanalys omfattande ca 13 000 kvinnor redovisat en genomsnittlig punktprevalens på 13 procent [11]. I de studier där diagnosen depression ställdes med hjälp av DSM-III-R-kriterier för egentlig depression var den

genomsnittliga prevalenssiffran 7 procent. Liknande resultat har erhållits i en studie från Göteborg, där 1 655 nyblivna mammor besvarade en självskattningssenkät vid två tillfällen efter förlossningen [14]. Två månader post partum visade 12,5 procent av kvinnorna tecken på depression; tre månader post partum var antalet kvinnor med depressionstecken 8,3 procent. Bilden komplicerades av att 4,5 procent av kvinnorna hade höga depressionspoäng vid båda dessa tillfällen.

För dessa kvinnor förelåg risk för en långvarig depressionsperiod. Även om de flesta depressioner post partum, i likhet med depressioner i andra livsperioder, går över inom två till sex månader kan en obehandlad depression vara upp till ett år [2].

Något högre prevalenstal har rapporterats i en studie som omfattade drygt 300 kvinnor i södra Stockholmsregionen [15]. Tre månader post partum visade 14,5 procent av kvinnorna i denna studie depressionstecken. Av 39 kvinnor med tecken på depression uppfyllde emellertid endast en kvinna kriterier för en egentlig depression, medan 18 kvinnor hade en lindrigare form av depression.

Tidig upptäckt är möjlig

Deprimerade nyblivna mammor söker sällan hjälp och uppmärksammas inte heller inom hälsovården. Vid en genomgång av ca 4 500 journaler bedömde sjuksköterskor vid barnavårdscentraler (BVC) i södra Sverige att 4,7 procent av mammorna hade varit deprimerade någon gång under barnets första levnadsår [17]. En nyligen publicerad Stockholmsstudie visade att endast 2 procent av alla mammor identifierades som deprimerade vid den s k tremånaderskontrollen på BVC [15].

Att upptäcka depressioner post partum behöver emellertid inte innebära några speciella problem. En enkel självskattningsskala, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), har utvecklats i Storbritannien [18] och används numera av hälsovårdspersonal i ett femtontal länder. Skalan är enkel att administrera, tar cirka fem minuter att besvara och har goda psykometriska egenskaper. I Sverige har skalan översatts och prövats [19] och därefter validerats [20] mot diagnostiska kriterier (DSM-III-R). Med ett screeningförfarande i två steg erhöles god träffsäkerhet, sensitivitet 96 procent, specificitet 75 procent och positivt prediktionsvärde 70 procent.

Syftet med ett dubbelt screeningförfarande var att fånga upp de kvinnor vars depressionstecken inte gick över eller fördjupades. Genom att erbjuda skalan vid två tillfällen kunde de även antalet »falskt positiva» fall, dvs kvinnor med endast tillfälliga och övergående tecken på depression, minskas betydligt, ett förfarande som även fått stöd i andra studier [21]. Skalan togs emot väl av de deltagande kvinnorna och kunde integreras i det ordinarie BVC-arbetet.

Det bör påpekas att en självskattningsskala endast är ett hjälpmedel. Det bör kompletteras med samtal och en klinisk bedömning av de kvinnor som visar tecken på depression. Inom barnhälsovården är det vanligen allmänläkare/barnläkare och/eller psykolog som gör en sådan bedömning. Lätt-tillgänglig psykiaterkonsult och god kontakt mellan BVC, allmänläkare och psykiatri är av avgörande betydelse. En annan viktig förutsättning för att använda en screeningskala är att det verkligen finns en rad olika stöd- och behandlingsinsatser att erbjuda.

Behandling

Trots det stora antalet studier inom området depression post partum finns det förvånansvärt få behandlingsstudier redovisade. Under 1990-talet har endast tolv sådana studier publicerats, varav sex var randomiserade, kontrollerade studier [22].

I den enda kontrollerade studie som hittills utvärderat effekten av antidepressiv medicinering av post partum-depression fann man att behandling med fluoxetin respektive stödjande samtal gav lika goda resultat [23]. Anmärkningsvärt nog erhöles ingen additiv effekt om metoderna kombinerades. Ett mer än 50-procentigt bortfall gör det emellertid svårt att dra några säkra slutsatser av denna studie.

Östrogenbehandling har i en uppmärksam placabokkontrollerad studie visat goda resultat hos en grupp kvinnor med djup och långvarig depression post partum som ej förbättrats av antidepressiv medicinering [24]. Det saknas emellertid populationsbaserade studier kring effekten av östrogen för kvinnor med lättare och kortvariga depressions-episoder.

När det gäller psykologisk behandling har tre kontrollerade studier, varav två i England [25, 26] och en i Sverige [27], utvärderat effekten av en stödjande samtalsbehandling, s k »counselling», som erbjöds av barnavårdscentralens sjuksköterska. Metoden innebar i korthet att sjuksköterskan hade ett lyssnande, ej rådgivande, förhållningssätt och att mamman, inte barnet, var i fokus. Samtliga tre studier visade att denna metod var effektiv som en första intervention för deprimerade mammor som ej behövde specialisthjälp [2].

I den svenska studien [27] erbjöds en grupp deprimerade mammor sex stödjande samtal, ett i veckan, av sin BVC-sjuksköterska. Kontrollgruppens mammor erhöles det ordinarie besöksprogrammet på BVC. 80 procent av kvinnorna i behandlingsgruppen med en depression (enligt DSM-II-R) förbättrades, jämfört med 25 procent av de deprimerade kvinnorna i kontrollgruppen. De 17 BVC-sjuksköterskor som medverkade i studien erhöles dels fyra halvdagars fortbildning i metodiken för stödjande samtal, dels möjlighet till regelbunden psykologkonsultation.

I England jämförde Cooper och Murray [26] tre psykologiska behandlingsmetoder – kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk korttidsterapi och »counselling» – med en kontrollgrupp som endast erhöles rutinbesök. Resultaten visade att graden av tillfrisknande påskyndades signifikant, oberoende av behandlingstyp, i samtliga tre behandlingsgrupper jämfört med kontrollgruppen. Positiva behandlingsresultat har också rapporterats från en amerikansk studie [28], där post partum-deprimerade kvinnor erhöles s k interpersonell psykoterapi, en korttidsbehandling som är inriktad på relationsproblem och som tidigare visat sig framgångsrik vid depressionsbehandling.

Psykologisk behandling har visat sig ha positiv effekt inte bara för mammans depression utan också för mor–barnrelationen. I en longitudinell studie fann man en koppling mellan en snabb förbättring av mammans depression post partum och barnets anknytningsrelation. Färre barn hade en osäker anknytning vid 18 månaders ålder [26]. Mödrarna uppgav dessutom färre problem med barnen (mat-, sömn- och skrikproblem) såväl vid behandlingstidens slut, dvs fyra till fem månader post partum, som vid en uppföljning 18 månader post partum.

Följder för kvinnan, barnet och familjen

En depression post partum påverkar inte bara kvinnan, med ökad risk för återkommande depressionsepisoder, utan även förhållandet till mannen och barnet. Oavsett om en konflikt i parrelationen ligger bakom depressionen eller ej påverkas relationen negativt, med ökad risk för separation/skilsmässa som följd [29]. Depression hos en förälder har visat sig öka stressen hos den andra föräldern, vilket kan få till följd att föräldraförmågan försämras för båda föräldrarna [30]. Även nyblivna fäder kan drabbas av en depression [31]. Män vars

kvinnor har en depression post partum, liksom män i styvfamiljer, har visat sig löpa en ökad risk för depression [32].

En allvarlig konsekvens av en depression post partum rör spädbarnets utveckling. En deprimerad mamma har svårt att orka med sitt barn, känsligheten för barnets signaler och behov kan minska, något som i sin tur påverkar den tidiga mor–barnrelationen. I kontrollerade longitudinella studier har barn till deprimerade mödrar visat fler beteendeproblem och och sämre kognitiv utveckling vid 18 månaders ålder än barn till icke deprimerade mödrar [33]. En högre grad av osäker anknytningsrelation, dvs en relation som formas under de första levnadsårens sensitiva utvecklingsperiod och som är stabil över tid, har visat sig vara relaterad till sådana problem.

I en nyligen publicerad studie kvarstod negativa effekter av mammans depression post partum då barnet uppnått 5 års ålder. Dessa tog sig uttryck i barnets relation till mamman, i beteendeproblem i hemmet [34] och anpassningsproblem i skolan [35].

Konklusion

Antalet nyblivna mammor med en depression eller tecken på en depression post partum är lika stort i Sverige som i andra västländer, ca 13 procent. Andelen mammor med diagnosen egentlig depression tycks emellertid vara betydligt mindre i vårt land. Även om de flesta depressioner av lättare slag går över inom några månader finns en risk för längre och svårare depressionstillstånd om mamman inte får adekvat hjälp. Eftersom depressionsperiodens längd har visat sig vara avgörande för om barnets utveckling kommer att påverkas negativt eller ej [36] är det viktigt att inte bagatellisera nyblivna mammors depressionstecken. Lika viktigt är att inte sjukdomsförklara vanliga, övergående problem som har att göra med omställningsprocessen till att bli förälder, även om risken för detta sannolikt är mindre.

Sammanfattningsvis har de senaste årens forskning visat att kvinnor som av biologiska, psykologiska och/eller sociala skäl är särskilt sårbara, och som utsätts för traumatiska livshändelser eller en långvarig vardagsstress i samband med barnafödande, löper en ökad risk för att reagera med en depressionsperiod. Tillgång till stöd och hjälp tycks vara avgörande för om kvinnan skall drabbas eller ej. Särskilt utsatta är de kvinnor som saknar stöd i den egna familjen. Med hjälp av en enkel självskattningsskala kan denna grupp uppmärksammas inom barnhälsovården och erbjudas olika typer av stöd och hjälp. Stödjande samtal av barnavårdscentralens sjuksköterska har visat sig vara effektivt som en första intervention för dem som inte behöver specialisthjälp.

Referenser

- Cooper JP, Murray L. Postnatal depression, clinical review. *BMJ* 1998; 316: 1884-6.
- Medicinska forskningsrådet (MFR). Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa. A state of the art document. Stockholm: MFR, 1999.
- Kumar C, Hipwell AE, Lawson C. Prevention of adverse effects of perinatal maternal mental illness on the developing child. In: Cox JL, Holden J, eds. *Perinatal psychiatry*. London: Gaskell, 1994: 34-43.
- Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Kennerley LI, Bond A. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 799-806.
- Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993; 196: 27-31.
- Green JM, Murray D. The use of the Edinburgh postnatal depression scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria. In: Cox JL, Holden J, eds. *Perinatal psychiatry*. London: Gaskell, 1994: 169-80.



Annons

Annons

11. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996; 8: 37-54.
13. Harris B. Hormonal aspects of postnatal depression. *International Review of Psychiatry* 1996; 8: 27-36.
14. Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 62-6.
15. Bågedahl-Strindlund M, Monsen Börjesson K. Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 272-5.
17. Wickberg B, Hwang CP. Primary health care management of postnatal depression in Sweden. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1996; 14: 69-76.
18. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
20. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh postnatal depression scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 181-4.
23. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ* 1997; 314: 932-6.
24. Gregoire AJP, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JWW. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996; 347: 930-3.
25. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ* 1989; 298: 223-6.
26. Cooper PJ, Murray L. The impact of psychological treatment of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: Murray L, Cooper PJ, eds. *Postpartum depression and child development*. New York: Guildford, 1997: 201-21.
27. Wickberg B, Hwang CP. Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *J Affect Disord* 1996; 39: 209-16.
30. Zerkowitz P, Milet T. Stress and support as related to postpartum paternal mental health and perceptions of the infant. *Infant Mental Health J* 1997; 18: 424-35.
33. Murray L. The impact of postnatal depression on child development. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 543-61.

I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://tarkiv.lakartidningen.se>
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista

SUMMARY

Early intervention essential
in postnatal depression

Birgitta Wickberg, Philip Hwang

Läkartidningen 2001; 98: 1534-8

Recent clinical research reveals that postnatal depression is associated with disturbances in the mother-infant relationship. These disturbances have in turn an adverse impact on the child's cognitive and emotional development. Postnatal depression affects 8-15 percent of women in the first months after delivery. The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) has proven useful in Swedish child health care to help nurses identify mothers with symptoms of depression. Weekly counselling visits by trained nurses are effective as the first treatment of choice for most women with postnatal depression.

Correspondence: Birgitta Wickberg, Dept of Psychology, Göteborgs universitet, Box 500, SE-405 30 Göteborg, Sweden (birgitta.wickberg@psy.gu.se)

Särtryck Läkartidningen

Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i Läkartidningen under 1990-1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

Denna nya bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).

Männen och kvinnorna bakom syndromen



Beställer härmed ex
av boken

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker