

Fødselsdepressioner

af Poul Videbech

Det er uhyre almindeligt at kvinder, der har født, oplever store emotionelle udsving i barselsperioden, mens egentlig depression efter en fødsel forekommer hos 6-10 % af alle fødende. Det er vigtigt at fødselsdepressionen opdages, idet den udover at være lidelsesfuld for kvinden, den rammer, også påvirker familiens liv og kan påvirke barnets udvikling. I sjældne tilfælde kan den endog være farlig for såvel kvindens som det nyfødte barns liv. På den anden side er den taknemmelig at behandle, omend der er særlige problemer omkring medikamentel behandling og evt. amning.

Symptomatologi og særlige problemer

Fødselsdepressionen defineres i følge ICD-10 ud fra de samme kriterier, som andre depressioner. På trods af de alvorlige konsekvenser depressionen kan have, viser svenske undersøgelser, at under en 1/3 af de ramte kvinder faktisk bliver behandlet. De sværeste og alvorligste depressioner starter allerede i den første måned efter fødslen, men de fleste ses omkring 4 måneder postpartum.

Det kliniske billede ligner meget det, der ses i andre livsfaser. Blot er indholdet i depressionen farvet af puerperalperioden. Fx er det almindeligt, at kvinden ikke kan mobilisere nogen følelser for sit lille barn. Dette kan få hende til at føle sig ond eller falsk og igen endnu mere deprimeret. Hun har svært ved at tage sig sammen til noget, føler sig træt og energiløs, så hun kan have svært ved at passe barnet. Når der sker flere ting på een gang: telefonen ringer, barnet skriger, og det ringer på døren, kan hun slet ikke overskue situationen, fordi hendes evne til at planlægge og strukturere er læderet.

Selvordstanker er hyppige og bør tages alvorligt, selvom fuldbyrdede selvmord i puerperalperioden er sjældne. Kvinden kan føle sig så deprimeret og så værdiløs, at hun ikke mener, der er nogen anden udvej for hende, eller måske mener hun, at hun ikke fortjener at leve mere. Af og til optræder det såkaldte udvidede selvmord, hvor kvinden først dræber barnet og derefter sig selv.

Panikangst forekommer hyppigere end forventet blandt kvinder med puerperaldepressioner. Anfaldene medfører ofte, at den syge isolerer sig og måske ikke tør gå på gaden af frygt for at få anfald der (agorafobi). Dette kan umuliggøre, at hun benytter de normale tilbud til kvinder, der har født, så som mødregrupper osv.

Tvangstanker er også meget hyppige. Det kan fx være tanker om at kvæle det nyfødte barn. Symptomerne kan få kvinden til at afstå fra kontakt med barnet, og kvinden kan frygte, at hun er ved at blive sindssyg eller miste kontrollen over sig selv. Tvangstanker omtales sjældent spontant, fordi kvinden frygter, hun vil blive spærret inde som sindssyg, eller man vil fjerne hendes barn.

Flere kontrollerede undersøgelser af børn af deprimerede mødre har vist, at barnets emotionelle udvikling samt erhvervelsen af de forskellige motoriske færdigheder kan blive forstyrret, hvis moderen er sværere deprimeret. Dette er særligt slemt for drengbørn samt ved dårlige sociale kår i øvrigt og skal medtages i vurderingen af behandlingsindikationen.

Vanskeligheder ved at stille diagnosen depression

Det er vigtigt, at læger, sundhedsplejersker og jordemødre, der har kontakt til gravide og kvinder, der har født, eksplicit spørger til moderens psykiske tilstand eller evt.

konsekvent screener for depression i denne population, fx vha. det såkaldte Edinburgh skema (1).

Som nævnt, er det nemlig kun et mindretal af kvinderne, hvor diagnosen stilles, og behandling institueres. Dette kan fx skyldes, at de nybagte mødre er følsomme over for kritik og vil have svært ved at indrømme, at de ikke klarer opgaven godt nok. Kvinderne frygter også hyppigt, at deres barn vil blive fjernet fra dem, hvis de indrømmer, hvor dårligt de har det.

Risikofaktorer for fødselsdepressioner

Der er aldrig een årsag til en fødselsdepression. Det er altid et samspil af psykologiske, sociale og biologiske årsagsfaktorer, der forekommer med forskellig indbyrdes styrke hos det enkelte individ. En række risikofaktorer er identificeret (2). Store prospektive undersøgelser har vist at manglende emotionel og praktisk støtte fra ægtefællen predikerer senere udvikling af fødselsdepression, ligesom et problematisk forhold til egen moder gør det. En del af kvinderne er perfektionistiske og stiller store krav til sig selv. Krav som de ikke kan leve op til i puerperalperioden.

Desuden kan thyreoidealidelser udløse depressioner. Det har vist sig, at en del kvinder i puerperalperioden har et subklinisk myksødem pga. auto-antistoffer mod glandula thyroidea. Denne tilstand svinder oftest spontant igen, når kvindens immunforsvar begynder at reagere normalt nogen tid efter fødslen, men kan forinden udløse en depression hos særligt disponerede individer. Formentlig kan de store kønshormonændringer, der foregår i kvindens krop efter fødslen, også spille ind hos særligt sårbare individer. Endelig er nogle af depressionerne første episode i bipolar sygdom, idet denne sygdom meget ofte debuterer i puerperalperioden.

Behandling af fødselsdepression

Behandlingen afhænger af, hvor svær depressionen er. Lette depressioner kræver ikke særskilt behandling, hvis kvinden har et støttende netværk. Moderate depressioner kan behandles af egen læge eller psykolog, mens sværere depressioner med selvmordstanker eller svær forpintthed bør henvises til psykiater eller til indlæggelse.

Det ser ud til, at jo tidligere efter fødslen depressionen kommer, jo mere alvorligt vil den ofte udvikle sig, og da er hurtig behandling ekstra vigtigt. I de værste tilfælde kan man se en hurtig forværring i tilstanden dag for dag.

Man bør tale med patienten over et par gange, før man beslutter sig for behandling.

Herved får man også et godt indtryk af eventuelle fluktuationer i tilstanden. Medicinsk antidepressiv behandling bør således ikke iværksættes efter første samtale, med mindre patienten er meget forpint eller selvmordsfarlig, men i så fald bør patienten formentligt snarere indlægges på psykiatrisk afdeling eller i det mindste ses af specialist akut.

Valget af behandling afhænger således af depressionens sværhedsgrad og dens symptomer, hvorimod eventuelle psykotraumer ikke har nogen betydning for behandlingsresponsen i modsætning til, hvad man troede tidligere.

Ved lette til moderate depressioner er kognitiv terapi og interpersonel psykoterapi vist at være effektive over for fødselsdepressioner. Mange psykiatere, praktiserende læger og psykologer er efterhånden oplært i disse tekniker. Udover at være korttidsterapier, dvs. almindeligvis strækkende sig over 2 til 3 måneder, udemærker de sig ved glimrende at kunne kombineres med medicinsk behandling, hvis dette findes nødvendigt.

Psykoterapeutisk behandling af fødselsdepressioner er et fascinerende område, hvis man er uddannet til det. Det er muligt gennem en sådan terapi dels at helbrede patientens

depression, dels at hun kan opnå værdifuld viden om sig selv og sine reaktionsmåder, hvilket måske kan forebygge nye depressioner. Endelig er det en stor fordel, at denne behandling ikke påvirker amningen. De særlige problemer, der opstår, hvis amningen ønskes opretholdt under den medicinske behandling, er omtalt nøjere i en artikel i Ugeskrift for Læger, hvortil henvises (3). Anvendelse af antidepressiv behandling alene uden i det mindste støttende samtaler er ikke anbefalelsesværdigt af flere grunde. Ikke mindst den stærkt reducerede compliance og deraf følgende dårlige prognose taler afgørende imod dette.

Referencer

- (1) www.videbech.com/fdep
- (2) Nielsen DF, Videbech P, Hedegaard M, Dalby JS, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. BJOG 2000; 107(10):1210-1217.
- (3) Videbech P. Amning og antidepressiv behandling. En litteratur gennemgang. Ugeskr Læg 2002; 164(14): 1914-9.