

Statusartikel

Ugeskr Læger 2023;185:V02230110

Fødselsdepression og stigmatisering

Martin Marchman Andersen¹, Poul Videbech², Eleonora Cvetanovska³ & Anna Paldam Folker¹

1) Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2) Center for Neuropsykiatrisk Depressionsforskning, Region Hovedstadens Psykiatri – Psykiatrisk Center Glostrup, 3) Afdeling for Kvindesygdomme, Graviditet og Fødsler, Københavns Universitetshospital – Herlev Hospital

Ugeskr Læger 2023;185:V02230110

HOVEDBUDSKABER

- Fødselsdepression kan ramme både kvinder og mænd og har højere forekomst blandt forældre i sårbare positioner.
- Stigmatisering kan afholde forældre fra at opsøge hjælp og hindre sundhedspersonale i at opdage symptomer.
- Viden og dialog om stigmatisering og fødselsdepression kan nedbryde barrierer for tidlig hjælp.
- Der mangler viden om stigmatisering og fødselsdepression.

Fødselsdepression er depression under graviditeten eller inden for barnets første leveår. Det rammer 11-12% af mødre og 7-8% af fædre i Danmark [1]. Forældre i alle aldre og socialgrupper kan få en fødselsdepression [2], dog ses en højere forekomst blandt forældre med kort uddannelse og lav indkomst [3] og blandt forældre med minoritetsbaggrund, særligt mellemøstlig og sydasiatisk baggrund [4]. Langt størstedelen af den eksisterende litteratur omhandler kvinder. Metastudier har identificeret mere specifikke risikofaktorer, som antenatalt bl.a. tæller tidligere depression, angst, manglende social støtte, stress, uplanlagt graviditet, vold i hjemmet, rygning, enlig civilstand, og postnatalt desuden traumatiske fødselsoplevelser, præterm fødsel og ammeproblemer [5, 6].

Fødselsdepression har ikke bare negativ indflydelse på livskvaliteten, men også på relationen til barn og partner. Der kan ses mindre følelsesmæssig interaktion med barnet, oplevelse af at blive stresset i kontakten med barnet og at have svært ved at aflæse barnets signaler og behov [7]. Det kan påvirke barnets trivsel og mentale helbred på kort og lang sigt [8]. Der ses desuden forøget forekomst af depression hos partnere til kvinder med fødselsdepression [2].

Formålet med denne artikel er at beskrive eksisterende viden om, hvilke barrierer der er for at søge hjælp til fødselsdepression, herunder tabuisering og stigmatisering, og hvordan disse barrierer kan nedbrydes. Vi beskriver også eksisterende indsatser for opsporing og behandling af

fødselsdepression i Danmark.

BARRIERE FOR AT SØGE HJÆLP

Forebyggelse, opsporing og tidlig behandling af fødselsdepression kan reducere forekomsten og alvoren af fødselsdepression [9, 10], men mange får ikke den hjælp, de kunne have gavn af, og er tilbageholdende med at søge hjælp [11]. Dette ses særligt blandt forældre med minoritetsbaggrund, hvor sproglige og kulturelle barrierer kan bidrage til at reducere adgangen til sundhedstilbud [12]. I et hollandsk studie fra 2021 fandt man, at kun 15% af kvinder, som i udgangspunktet havde lav risiko for fødselsdepression, men som alligevel scorede over cut-off på Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), modtog behandling [13]. Studier peger på, at den primære grund til ikke at modtage behandling trods symptomer er, at de depressive symptomer bliver betragtet som en naturlig del af graviditeten eller forældreskabet [13, 14]. Ifølge international litteratur står også accept af egne symptomer eller manglende forståelse af disse i vejen for at søge professionel hjælp og for overhovedet at etablere samtaler om problemet med pårørende [15, 16]. Graviditeten og barnets første leveår skaber i sig selv psykologiske, eksistentielle og hormonelle forandringer. Det kan derfor være svært at vide – særligt for førstegangsførelse – hvilke følelser og følelsesændringer der er normale under en graviditet og især efter fødslen. Flere tror, at de selv er i stand til at håndtere situationen, men også at det forventes af dem [15]. Flere afholder sig fra at søge hjælp, fordi de mener, det implicerer svaghed, og fordi de oplever opsøgning af hjælp som tabuiseret og frygter stigmatisering [15].

At forældre med fødselsdepression er tilbageholdende med at søge hjælp, forklares på tværs af den internationale litteratur med skam og stigmatisering [17]. Særligt for mænd med mentale helbredsproblemer er frygten for stigma en barriere for at søge hjælp [16].

Stigmatisering vil sige, at en gruppe »stempler« for et træk eller karakteristika, som tillægges stor negativ betydning, og forbindes med negative fordomme og stereotyper, hvilket kan lede til tab af status og forskelsbehandling [18, 19]. I litteraturen dækker stigma imidlertid over flere psykosociale fænomener, som ofte, men ikke nødvendigvis, er sammenfaldende. Ét fænomen er det overordnede stigma: at samfundet eller specifikke miljøer i samfundet stigmatiserer grupper defineret ved bestemte træk eller karakteristika. Et andet er internaliseret stigmatisering: at individer, som tilhører en gruppe defineret ved bestemte træk eller karakteristika, vender stigmatiseringen indad mod sig selv eller andre i samme gruppe [20]. Et eksempel kunne være en person med fødselsdepression, som ser ned på sig selv pga. stereotyper om, at nedtrykthed er udtryk for svaghed, at man bare skal tage sig sammen, eller at man ikke bør føle sig nedtrykt, når man er så heldig at have fået et barn. I internaliseret stigmatisering ved fødselsdepression ligger en dobbelthed. Man er ikke bare deprimeret, men også forælder. Der kan være særligt stor skam over ikke at være en god forælder eller ikke at kunne leve op til forventningerne om, hvad en god forælder er [17]. Disse forskellige aspekter af internaliseret stigmatisering kan yderligere interagere med hinanden og dermed forstærke den negative effekt og vedligeholde depressionen.

Et tredje fænomen er »label avoidance«, hvor individer er tilbageholdende med at søge hjælp eller kontakte sundhedssystemet for at undgå at blive stemplet som værende det, de lider af [21] eller af frygt for konsekvenserne heraf; i tilfælde med fødselsdepression frygt for, at barnet bliver tvangsfjernet [17, 22]. At samfundet faktisk stigmatiserer en sygdom, er en sandsynlig årsag til, at individer, som har denne sygdom eller tilstand, internaliserer stigmatiseringen og ønsker at undgå at blive stemplet. Derfor er stigmatisering, internaliseret stigmatisering og label avoidance meget ofte sammenfaldende. Den internationale litteratur om fødselsdepression beskriver internaliseret stigmatisering og label avoidance som årsager til, at individer med fødselsdepression er tilbageholdende med at søge hjælp [15-17]. Der mangler specifik viden om, hvorvidt og i hvilket omfang befolkningen i Danmark eller i lignende lande stigmatiserer individer med fødselsdepression. Dog er der solid viden om, at psykisk sygdom stigmatiseres på tværs af kulturer [20].

OPSPORING OG BEHANDLING I DANMARK

Ifølge en dansk kortlægning fra 2021 af eksisterende indsætter for opsporing og behandling af fødselsdepression foregår opsporingen i almen praksis, i kommunalt regi gennem sundhedsplejerskernes ydelser og på regionale fødesteder, typisk i form af særlige tilbud til forældre i sårbare positioner [23]. Kortlægningen havde en svarprocent på 90% for kommuner og 86% for regionale fødesteder. Den viste, at 99% af kommunerne og 33% af regionerne angav at anvende opsporingsredskaber for fødselsdepression. Ofte anvendes EPDS til opsporing af fødselsdepression [24]. Ved en cut-off på 11 finder man godt 80% af de kvinder, som har en depression [24]. EPDS er dog ikke diagnostisk, men skal følges op af samtale med f.eks. egen læge, idet den kun registrerer symptomer inden for den sidste uge.

Ifølge kortlægningen fra 2021 var det kun 50% af kommunerne og 60% af de regionale fødesteder, der gennemførte opsporing af fødselsdepression på andre sprog end dansk – typisk på engelsk (85% af disse kommuner og 67% af disse regionale fødesteder) og i mindre grad på arabisk, farsi, polsk, somali, tyrkisk mv. (9-33% af disse kommuner) [23, 24]. Den reducerede opsporing blandt kvinder med minoritetsbaggrund medfører sandsynligvis en underestimering af forekomsten af og en lavere grad af behandling for fødselsdepression [25].

Der er store forskelle på praksis for behandling af fødselsdepression. Forældre med milde symptomer henvises ofte til kommunale tilbud, når de findes, mens forældre med svære symptomer henvises til almen praksis for udredning og/eller videre henvisning til psykiatrien eller anden klinisk behandling. Fødestederne henviser også til psykiatrien. Der eksisterer nationale retningslinjer for behandling af depression, som kan generaliseres til fødselsdepressioner [23]. Familier i sårbare livspositioner henvender sig i mindre grad selv til sundhedssystemet og er derfor mere afhængige af opsøgende behandling, herunder tværfaglig kommunikation og udveksling af information på tværs af faggrænser og sektorer. En bred vifte af behandlingstilbud (herunder brug af tolke og oversættelser), der kan imødekomme den enkeltes

behov og ønsker, er afgørende for vellykket behandling [23].

En rapport fra 2022 gennemgår litteraturen om, hvilke behandlinger der virker på fødselsdepression [24]. Det konkluderes, at fysisk aktivitet, støttende telefonsamtaler eller ekstrabesøg ved sundhedsplejerske, kognitiv adfærdsterapi og antidepressiv medicin kan have effekt, i høj grad afhængig af depressionens sværhedsgrad. Ingen studier har sammenlignet den relative effekt af disse behandlinger. Rapporten understreger, at kvaliteten af studierne er lav. Disse fund bør derfor ses som svag evidens, men alt tyder dog på, at resultaterne fra behandling af depressioner i andre livsfaser kan generaliseres til området, og der er stor risiko ved ikke at behandle [26]. Det understreges også, at stort set alle studier er rettet mod den gravide, og at far/partner ikke er undersøgt. I tilfælde af svær depression, særligt med alvorlige selvmordstanker eller ved psykotiske symptomer, er der evidens for brug af ECT [1].

NEDBRYDNING AF BARRIERER

En rapport fra 2022 har resumeret studier, der evaluerer indsatser, som søger at aftabuisere og nedbryde barrierer, for at forældre med fødselsdepression søger hjælp [14]. Et lovende australsk studie har bl.a. undersøgt, om en struktureret samtale om motivation, parathed og tiltro til forældreevne gennemført med kvinder i første, anden og fjerde måned efter fødsel som del af sundhedsplejerskens standartindsats kunne føre til øget opsøgning af hjælp ved symptomer på fødselsdepression [27]. Indsatsen blev evalueret i et cluster-randomiseret studie, som viste, at odds for at søge hjælp var fire gange større i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. I et andet studie kom man frem til, at tabu og tilbageholdenhed med at søge hjælp kan nedbrydes gennem onlineforummer, hvor kvinder med fødselsdepression kan udveksle erfaringer [17].

Flere studier har peget på vigtigheden af, at sundhedsprofessionelle er uddannelsesmæssigt opdaterede, så de f.eks. ikke ser på fødselsdepression som et svigt i forældreskabet og kan imødegå denne opfattelse hos forældrene [28]. Dette er også vigtigt i lyset af mere generel viden om, at fagpersoner kan bidrage til samfundsmæssig stigmatisering af grupper i sårbare positioner – herunder viden om, at individer, der tilhører en stigmatiseret gruppe, i mindre grad end andre bliver lyttet til og taget alvorligt i sundhedssystemet [29].

Der er generelt en sparsom viden om effekten af konkrete indsatser til aftabuisering og afstigmatisering af fødselsdepression. Der mangler generelt viden om, hvordan man afhjælper og opsporer fødselsdepression blandt forældre med minoritetsbaggrund [24]. Derudover mangler der mere viden om, hvilke barrierer der forhindrer mænd i at søge hjælp til fødselsdepression, og om hvordan og i hvilket omfang forældre med fødselsdepression bliver stigmatiseret fra samfundets side. Endeligt er der behov for mere udbredt og velorganiseret forskning i uddannelse og strategier, der kan forbedre kompetencerne hos fagprofessionelle, der opsporer, diagnosticerer og behandler fødselsdepression [30].

Yderligere forskning kan bidrage med større viden om fødselsdepression og stigmatiseringen

heraf og derved forhåbentlig være medvirkende til at nedbryde barrierer for at søge hjælp og danne udgangspunkt for bedre opsporing og tilbud om hjælp ved fødselsdepression.

Korrespondance *Anna Paldam Folker*. E-mail: anpf@sdu.dk

Antaget 7. august 2023

Publiceret på ugeskriftet.dk 11. september 2023

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på [ugeskriftet.dk](https://www.ugeskriftet.dk)

Referencer findes i artiklen publiceret på [ugeskriftet.dk](https://www.ugeskriftet.dk)

Artikelreference Ugeskr Læger 2023;185:V02230110

SUMMARY

Postpartum depression and stigmatisation

Martin Marchman Andersen, Poul Videbech, Eleonora Cvetanovska & Anna Paldam Folker

Ugeskr Læger 2023;185:V02230110

Perinatal depression occurs during pregnancy or within the first year of life. It has a negative effect on the quality of life of parents and the relationship with the child. In Denmark perinatal depression affects up to 12% of mothers and 8% of fathers. There is stigmatisation in relation to recognition and referral for symptoms of perinatal depression which may in part be due to insufficient knowledge among professionals. This review presents the main barriers to help-seeking for perinatal depression and the status regarding early detection and possibilities for the reduction of stigmatisation.

REFERENCER

1. Christensen T, Videbech P. Graviditet og depression. *Ugeskr Læger*. 2021;183:V11200843.
2. Tebeka S, Strat YL, Higgons ADP et al. Prevalence and incidence of postpartum depression and environmental factors: the IGEDEPP cohort. *J Psychiatr Res*. 2021;138:366-374.
3. Nakamura A, Melchior M, van der Waerden J. Social inequalities of postpartum depression: the mediating role of social support during pregnancy. *Eur J Public Health*. 2019;29(Supplement_4):ckz187.210.
4. Shakeel N. Depressive symptoms in pregnant and postpartum women. The role of ethnicity, level of integration, and physical activity—the STORK–Groruddalen population-based cohort study. 2019.
5. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ et al. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219:86-92.
6. Hutchens BF, Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(1):96-108.
7. Bernard K, Nissim G, Vaccaro S et al. Association between maternal depression and maternal sensitivity from birth to 12 months: a meta-analysis. *Attach Hum Dev*. 2018. 20(6):578-599.
8. Netsi E, Pearson RM, Murray L et al. Association of persistent and severe postnatal depression with child

- outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2018. 75(3):247-253.
9. Stein A, Netsi E, Lawrence PJ et al. Mitigating the effect of persistent postnatal depression on child outcomes through an intervention to treat depression and improve parenting: a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 2018;5(2):134-144.
 10. Rayce SB, Rasmussen IS, Væver MS et al. Effects of parenting interventions for mothers with depressive symptoms and an infant: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 2020;6(1):e9.
 11. Daehn D, Rudolf S, Pawils S, Renneberg B. Perinatal mental health literacy: knowledge, attitudes, and help-seeking among perinatal women and the public—a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):574.
 12. Skoog M. Screening immigrant mothers for postpartum depression. Development and feasibility of an educational Intervention for nurses in the child health services. Lund University, 2022.
 13. Browne PD, Bossenbroek R, Kluft A et al. Prenatal anxiety and depression: Treatment uptake, barriers, and facilitators in midwifery care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(8):1116-1126.
 14. Pontoppidan M, Smith-Nielsen J, Nøhr K. Indsatser i forhold til fødselsdepression – En litteraturgennemgang af eksisterende viden, 2022. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/indsatser-i-forhold-til-foedselsdepression-dx3kq0zb/> (11. aug 2023).
 15. Dennis CL, Chung & Lee L. Postpartum depression help & seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth*. 2006;33(4):323-31.
 16. Button S, Thornton A, Lee S et al. Seeking help for perinatal psychological distress: a meta-synthesis of women's experiences. *Br J Gen Pract*. 2017;67(663):e692-e699.
 17. Moore D, Ayers S, Drey N. A thematic analysis of stigma and disclosure for perinatal depression on an online forum. *JMIR Ment Health*. 2016;3(2):e18.
 18. Andersen MM, Varga S, Folker AP. On the definition of stigma. *J Eval Clin Pract*. 2022;28(5):847-853.
 19. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27(1):363-385.
 20. Pescosolido BA, Martin JK. The stigma complex. *Ann Rev Sociol*. 2015;41:87-116.
 21. Corrigan PW, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2008;46(1):42-8.
 22. Byatt N, Biebel K, Lundquist RS et al. Patient, provider, and system-level barriers and facilitators to addressing perinatal depression. *J Reprod Infant Psychol*. 2012;30(5):436-449.
 23. Rambøll. Kortlægning af eksisterende indsatser vedr. tidlig opsporing og behandling af fødselsdepressioner, 2021. https://www.sst.dk/-/media/Viden/Boernesundhed/Rapport_foedselsdepressioner_Version-1_1_002_.ashx?sc_lang=da&hash=5E8A0A594234613687D1E654BD04B9CE (11. aug 2023).
 24. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *J BMC Psychiatry*. 2018;18(1):393.
 25. Marti-Castaner M, Hvidtfeldt C, Villadsen SF et al. Disparities in postpartum depression screening participation between immigrant and Danish-born women. *Eur J Public Health*. 2022;32(1):41-48.
 26. Dansk Psykiatrisk Selskab. Anvendelse af psykofarmaka ved graviditet og amning – kliniske retningslinjer, 2014. https://www.dpsnet.dk/wp-content/uploads/2021/02/anvendelse_af_psykofarmaka_okt_2014.pdf (11. aug 2023).
 27. Holt C, Milgrom J, Gemmill AW. Improving help-seeking for postnatal depression and anxiety: a cluster randomised controlled trial of motivational interviewing. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(6):791-801.
 28. Bilszta J, Ericksen J, Buist A et al. A qualitative study of health professionals involved in the care and

- treatment of women with postnatal emotional distress. *Int J Ment Health Promot.* 2010;12(3):5-13.
29. Folker AP, Køster-Rasmussen R. Stigmatisering. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, red. *Forebyggende sundhedsarbejde.* Munksgaard, 2021:417-430.
30. Legere LE, Wallace K, Bowen A et al. Approaches to health-care provider education and professional development in perinatal depression: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):239.