

Depression under svangerskab og efter fødsel

Overlæge Annette Scherling &
alment praktiserende læge Helena Galina Nielsen

Sygehistorie

Eva, der har født for tre måneder siden, har den sidste måned været mere end almindeligt bekymret over forskellige symptomer hos barnet. Ved konsultationen fortæller hun, at hun er bange for at miste sin ægtefælle, hun spiser næsten intet, og hun sover meget dårligt om natten – og ikke kun pga. barnet.

Værd at vide

Spædbørns udvikling påvirkes, hvis mor-barn-relationen er forstyrret [1]. Vi ved at 10-15% af kvinder får en fødselsdepression i løbet af det første halve år efter fødslen. Mange gravide kvinder får allerede depressive symptomer i graviditeten. Forbliver disse ubehandlede, fortsætter symptomerne efter fødslen. Mange opdages ikke, da kvinderne er skamfulde over ikke at kunne glæde sig over »ønskebarnet« og derfor skjuler symptomerne. Symptomerne er ofte ligesom ved normale forløb centreret om den ændrede livssituation, det at skulle leve op til egne og andres forventninger samt morrollen og fødselsforløbet. Post partum-blues (grædedagene) er en normal tilstand. Den ses hos 40-80% og varer maksimalt op til ti dage. Den begynder på 2.-7.-dagen efter fødslen. Hvis kvinden tidligere har haft en depression, øges sandsynligheden for ny i forbindelse med graviditet og fødsel (op til 30%). Hvis tidligere depression i puerperiet, øges sandsynligheden med op til 50%. Risikofaktorer ud over de ovennævnte er ambivalens, både hos kvinden og barnefaderen, belastende livsvilkår og manglende støtte.

Hvad gør vi?

Kvinderne ses af jordemoder, praktiserende læge og sundhedsplejerske flere gange i forløbet. Alligevel overses depressive symptomer. Et hjælpemiddel kan være den såkaldt Edinburgh Postnatal-depressionsskala [2].

Vær særlig opmærksom på kvinder i højrisiko, såsom: teenagemødre, kvinder, der ofte kommer med barnet, og kvinder, der udebliver fra rutinetjek.

Behandling er vigtig for hele familiens skyld. Behandlingen afhænger af depressionens sværhedsgrad. Under graviditeten skal der ud over kvinden tages hensyn til det ventede barn og efter fødslen til det diende barn, hvilket kan give nogle problemer i relation til medikamentel behandling. Behandlingen må vurderes individuelt under hensyntagen til den enkeltes livssituation og ønsker, samt mulighed for specialistbehandling.

Vurder depressionens sværhedsgrad som anden form for

depression i forhold til International Classification of Diseases (ICD)-10. Symptomerne skal have persisteret i mindst 14 dage.

Let depression: kan med stor succes behandles med støttende samtaler ved sundhedsplejerske, egen læge, eller forstående venner og familie. Det skal dog her understreges, at det ofte er en lettelse at kunne tale med en »udenforstående«. Inddragelse af partner eller andre nærtstående giver ofte en større fornemmelse af fællesskab og forståelse. Ofte er kun ganske få samtaler nødvendige.

Moderat depression: mere aktiv behandling er relevant. Henvisning til terapeutisk uddannet psykolog eller psykiater, evt. suppleret med antidepressiv behandling, kan blive nødvendigt.

Svær depression: Hvis kvinden er svært forpint, evt. med suicidale og homicidale impulser, er indlæggelse nødvendig. Behandlingen her vil primært være omsorg, medicin, evt. elektrochokterapi (ECT), suppleret med samtaler.

Flere psykiatriske afdelinger har ambulante behandlingstilbud til denne gruppe. Det er vigtigt, at medikamentel behandling ikke står alene, men altid kombineres med et psykoterapeutisk behandlingstilbud.

Medikamentel behandling

Hvis det er muligt: undgå medicinering i det første trimester.

Stop ikke pludseligt behandlingen med antidepressiv medicin, hvis kvinden er i behandling ved graviditetens indtræden. Det kan føre til recidiv og evt. vanskeligere behandlingssituation. Kontakt evt. en speciallæge. Risikoen for skade af fostret er minimal ved antidepressiv behandling. Undersøgelser har vist, at flere selektive serotoningoptagelseshæmmere (SSRI)-præparater kan bruges både i graviditeten og ved amning. Præparaterne har dog fortsat de kendte bivirkninger.

Graviditet opdages i uge 6-8, dvs. at store dele af organogenesen er overstået.

Vælg dog mindst mulig dosering.

Henvis til psykiater ved sværere tilfælde og tvivl.

Er medicin kontraindiceret ved amning, er det vigtigere at have en velfungerende mor end at blive ammet.

Korrespondance: Helena Galina Nielsen, Valdemarsgade 8, 4., DK-1665 København V. E-mail: galina@dadlnet.dk

Antaget: 19. oktober 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Weinberg KM, Tronick EZ. The impact of maternal psychiatric illness in infant development. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 2):53-61.
2. Videbech P. Fødselsdepression. Risskov: Psykinforlaget, 2003.
3. Videbech P. Amning og medikamentel antidepressiv behandling. *Ugeskr Læger* 2002;164:1914-9.
4. Altschuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 2):29-33.