

## Statusartikel

Ugeskr Læger 2021;183:V01210020

# Fødselspsykose

Katrine Sofie Ege Bøttcher<sup>1</sup>, Maria Elisabeth Nilsson<sup>2</sup> & Maj Vinberg<sup>1</sup>

1) Psykiatrisk Center Nordsjælland, 2) Psykiatrisk Center Ballerup

Ugeskr Læger 2021;183:V01210020

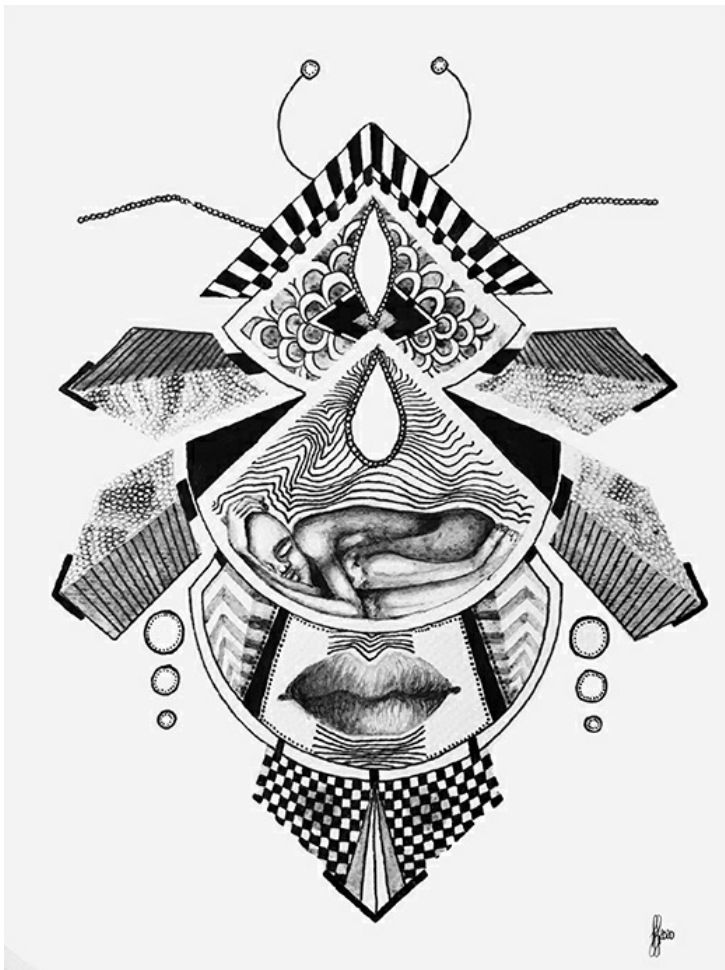
### HOVEDBUDSKABER

- Post partum-psykose opstår og udvikler sig oftest akut.
- Tidlige tegn er uro, irriterabilitet, angst, ængstelighed, søvnproblemer og følelsesmæssig ustabilitet.
- Perspektivet er øget fokus på tidlig indsættende tværfaglig struktureret behandling med tæt opfølgning og inklusion af det sociale netværk.

Post partum-psykose (PPP), også benævnt fødselspsykose, er en klinisk tilstand, der beskriver psykoser opstået i post partum-perioden, også benævnt puerperiet. Puerperiet defineres i henhold til Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5 og WHO's International Classification of Diseases(ICD)-10 til henholdsvis de første fire og de første seks uger efter fødslen. PPP er ikke en selvstændig diagnose under ICD-10 eller DSM-5. Som oftest bliver tilstande som depression med psykotiske træk, akut psykose eller akut manisk episode, der er opstået i puerperiet, klassificeret som PPP. Navnet »post partum-psykose« kan være vildledende, da tilstanden ofte er karakteriseret af lige så høj grad af affektive som psykotiske symptomer. I litteraturen er der enighed om, at der er en stærk association mellem PPP og bipolar affektiv sindslidelse (BD) [1, 2].

PPP er ofte en alvorlig, hurtigt progredierende tilstand. Indlæggelse og behandling er nødvendig, da forløbet kan have alvorlige konsekvenser for moderen, barnet og det sociale netværk omkring dem. Risikoen for selvmord eller drab på barnet er de alvorligste bekymringer. Da PPP opstår relativt sjældent og på tværs af lægelige specialer (obstetrik og psykiatri) samt hører til såvel det affektive som det skizofreniforme spektrum, har viden på feltet ikke været samlet, hvilket kan vanskeliggøre tidlig opsporing og identifikation og heraf rettidig behandling.

Forskning på området er sparsom, men især en hollandsk gruppe har bidraget med flere kliniske studier om emnet [3-6]. Formålet med denne artikel er at beskrive PPP's kliniske udtryksform og komme med anbefalinger til behandling baseret på den nyeste forskning.



Fødselspsykose. (Illustration af @sandagerART).

### EPIDEMIOLOGI OG RISIKOFAKTORER

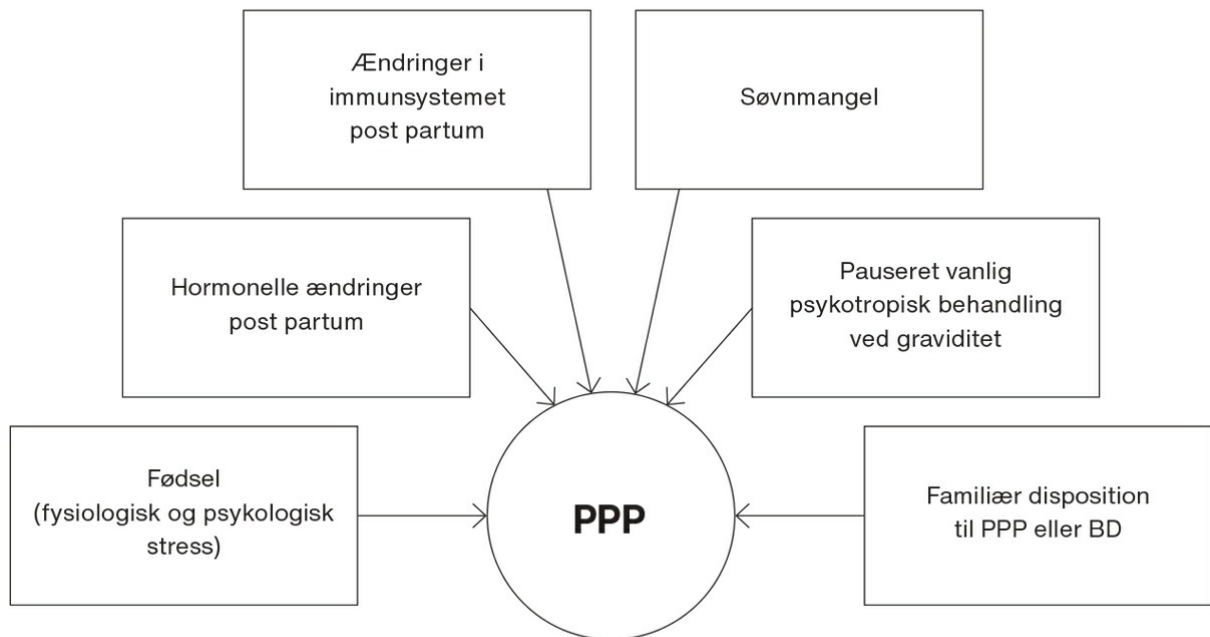
PPP er en sjælden tilstand, som rammer 1-2 ud af 1.000 fødende kvinder [7]. De vigtigste risikofaktorer er tidligere PPP og kendt BD. Kvinder, der tidligere har haft PPP, har op mod 50% risiko for at opleve en ny episode ved efterfølgende fødsler [1, 8]. Kvinder med BD har op mod 20% risiko for at udvikle en svær affektiv episode og op mod 50% risiko for at udvikle en hvilken som helst affektiv episode i puerperiet [1, 8]. Kvinder med familiær disposition til PPP eller BD har ligeledes øget risiko [9]. Flere studier viser en sammenhæng mellem førstegangsfødsler og PPP [10-13]. Der synes ikke at være en sammenhæng mellem PPP og de fleste graviditets- og fødselskomplikationer, dog har præeklampsi været associeret til PPP [14-16]. De fleste kvinder med PPP vil opleve affektive episoder senere i livet og har risiko for recidiv ved en ny fødsel [17-19]. For nogle kvinder kan PPP være den første præsentation af BD, mens andre kvinder udelukkende har affektive episoder i puerperiet [5, 18].

### PATOGENESE

PPP har til forskel fra mange andre psykiske lidelser en velkendt biologisk trigger, nemlig fødslen. Herudover er patogenesen multifaktoriel (Figur 1), et samspil mellem biologiske faktorer og psykosociale stressorer. Selve fødslen er en fysiologisk og psykologisk stresstilstand. Søvnmangel, som er en kendt trigger for manisk episode, er også en vigtig faktor [1, 20], derved kan et langvarigt og kompliceret fødselsforløb muligvis øge risikoen. En

del kvinder har en kort periode med emotionel labilitet efter fødslen, »maternity blues«, som normalt vil forsvinde af sig selv [21]. Det antages, at underliggende biologiske mekanismer bidrager væsentligt, da tilstanden debuterer tæt på fødslen, og prævalensen er relativt stabil også globalt [7]. De fremherskende teorier er, at hormonelle ændringer og dysregulering af immunsystemet post partum spiller en rolle [1, 4, 6, 20].

**FIGUR 1** Multifaktoriel patogenese.



BD = bipolar affektive sindslidelse; PPP = post partum-psykose.

Under graviditeten stiger østrogen- og progesteronkoncentrationen til høje niveauer. Efter fødslen falder koncentrationen dramatisk, og denne bratte ændring i den hormonelle balance har været mistænkt for at bidrage til udvikling af PPP. I studier, hvor man har sammenlignet kvinder med og uden PPP, har det dog ikke været muligt at påvise signifikante forskelle i hormonniveauer. Det antages derfor, at det ikke er selve hormonfluktuationerne, der bevirker udvikling af PPP, men nærmere det, at nogle kvinder har en øget sensitivitet for disse udsving [1, 20].

Flere studier har vist signifikante immunologiske forskelle mellem kvinder med PPP og kontrolpersoner. I et studie [4] har man undersøgt sammenhængen mellem PPP og autoimmun tyroiditis, hvor 19% af kvinderne med PPP havde målbare niveauer af thyroideaautoantistoffer mod blot 5% i kontrolgruppen. Der var også øget hyppighed af klinisk thyroideaadysfunktion blandt kvinderne med PPP. I et andet studie [6] sås et reduceret antal cirkulerende T-celler og øget monocytaratio hos kvinder med PPP sammenlignet med hos kontrolpersoner. I samme studie fandt man, at expressionen af specifikke immunregulerende gener var opreguleret hos patienter med PPP, og man fandt et overlap med genekspression ved BD og skizofreni.

#### SYMPTOMER, SOM KAN GIVE MISTANKE OM POST PARTUM-PSYKOSE

Selvom PPP er en sjælden tilstand, er symptombilledet velbeskrevet. Tilstanden debuterer pludseligt, som oftest inden for de første to uger efter fødslen, og er hurtigt progredierende. Tidlige symptomer, der kan varsle om PPP, er søvnløshed (f.eks. hos kvinder, der trods den naturlige post partum-søvn-mangel ikke kan falde i søvn, når de har mulighed for det), irritabilitet, angst, humørsvingninger og rastløshed [20] (Tabel 1).

**TABEL 1** Symptomer på post partum-psykose.

Symptomer	Hyppeghed, %
<i>Der kan give mistanke om post partum-psykose<sup>a</sup></i>	
Søvnløshed	-
Irritabilitet	-
Uro	-
Angst og bekymringstendens	-
Forvirring	-
Affekttilabilitet	-
Aggression	-
Nedsat koncentration	-
Impulsiv adfærd	-
Selvmodstanker og -impulser	-
<i>Hyppigste observerede i studie om 130 kvinder [3], sorteret efter hyppeghed</i>	
Angst/bekymringstendens	71
Irritabilitet	73
Nedsat koncentration	69
Vrangforestillinger:	72
Persekutoriske	58
Selvhenførende	50
Skyldfølelse	64
Tristhed	53
Insomnia	52
Øget tale	49
Øget energi	39
Auditive hallucinationer	39
Eleveret stemningsleje	39
Grandiose forestillinger	39
Visuelle hallucinationer	34
<i>Andre observerede i [3], sorteret efter hyppeghed</i>	
Disorganiseret adfærd	26
Depersonalisering	20
Suicidaltanker	19
Tanker om at skade barnet	8

a) Ved udbrud af psykotiske symptomer eller selvmordstanker bør patienten om muligt blive vurderet akut, gerne af en psykiater.

I et prospektivt studie fra 2015 [5] fulgte man 130 kvinder med det formål at beskrive fænotypiske karakteristika ved PPP. De hyppigst observerede symptomer (Tabel 1) var angst, irritabilitet, nedsat opmærksomhed og vrangforestillinger. Vrangforestillingerne var ofte persekutoriske eller selvhenførende, men kunne også omhandle det nyfødte barn. Hallucinationerne var hyppigst auditive eller visuelle. Disorganiseret adfærd og depersonalisering var sjældnere end hidtil antaget. Selvmordstanker og tanker om at skade barnet forekom sjældnere i dette studie end rapporteret i andre studier [8, 22].

## KLINISKE UDTRYKSFORMER

Tidligere opdelte man primært PPP i tre subtyper, nemlig affektiv (ca. 70%), skizofreniform (ca. 20%) og organisk (5-10%) [21]. Tilstanden er ofte beskrevet med symptomer af deliriumlignende karakter, såsom desorientering, depersonalisering og bevidsthedspåvirkning.

I studiet, hvor man beskrev de fænotypiske karakteristika ved PPP [3], identificerede man ved hjælp af latent cluster-analyse tre PPP-profiler: en manisk profil (34%), en depressiv profil (41%) og en atypisk profil (25%). Den maniske profil var karakteriseret af maniske symptomer og hyppigere irritabilitet end eleveret stemningsleje. Den depressive profil var karakteriseret af depressive symptomer og angst. De tidligere »klassiske PPP-symptomer«, som desorientering, depersonalisering og bevidsthedspåvirkning var udelukkende til stede hos kvinder med den atypiske profil. Disse resultater støtter, at tilstanden i høj grad er præget af affektive symptomer. Klinikere bør være opmærksomme på dette i tillæg til den allerede eksisterende beskrivelse af tilstandens kliniske udtryksform, da der ellers er risiko for at overse sygdommen.

## BEHANDLING

Tilstanden kan udvikle sig hurtigt og alvorligt, hvorfor indlæggelse, udredning og start af farmakologisk behandling oftest er anbefalet (Tabel 2). Ideelt indlægges moderen sammen med barnet på en psykiatrisk mor-barn-afdeling med tæt observation, hvis dette er forsvarligt i forhold til moderens tilstand. I Danmark er denne type indlæggelse ofte ikke en mulighed pga. manglende ressourcer. Det er vigtigt, at der ved indlæggelse på en voksenpsykiatrisk afdeling sikres en tæt kontakt mellem mor og barn. Indlæggelsen er ofte længerevarende, 1-3 måneder, og krævende for patienten og familien.

**TABEL 2** Oversigt over anbefalinger til udredning og behandling ved post partum-psykose.

<b>Anbefaling</b>	
Udredning	<p>Psykopatologisk vurdering                      Indlæggelse på psykiatrisk afdeling, alternativt tæt ambulant opfølgning                      Anamnese skal indeholde tanker om selvskade og/eller at skade barnet</p> <hr/> <p><i>Initiel klinisk vurdering</i>                      Psykiatrisk anamnese inkl. selvmordscreening og impulser om at kunne skade barnet                      Psykiatrisk objektiv undersøgelse                      Somatisk anamnese inkl. obstetrisk anamnese                      Somatisk objektiv undersøgelse inkluderende almen tilstand, temperatur, blodtryk og puls                      Paraklinik: blodbillede, stofskifte, levertal, elektrolytter, urea, kreatinin, calcium og glukose                      Ved særlig indikation: billeddiagnostik<sup>a</sup>, lumbalpunktur, limbisk antistofscreening, B<sub>12</sub>-vitamin, B<sub>12</sub>-vitamin, folat, urinalyse ved mistanke om misbrug</p>
Behandling	
Nonfarmakologisk	<p>Fokus på søvnhygiejne og ammerytme, det kan være nødvendigt med ammestop for at sikre nattesøvnen                      Opmærksomhed på mor-barn-interaktion og støttende samtaler, inddragelse af familien, støtte til barnefaderen                      Socialrådgiver mhp. sygemelding af moderen, barselsorlov til faderen o.l.                      Sikring af tæt ambulant, opfølgende forløb, gerne i samarbejde med sundhedsplejerske og spædbarnspsykiatrien</p>
Farmakologisk	<p>Benzodiazepiner i 36-72 t. før evt. start af lithium eller antipsykotika                      Varsomhed ved brug af antidepressiva i den akutte behandling af post partum-depression med psykotiske træk                      Antipsykotika kan anvendes i den akutte behandling af maniske og psykotiske symptomer                      Lithium anbefales også anvendt i den akutte behandling ofte i kombination med antipsykotika og derefter som vedligeholdelsesbehandling i ≥ 9 mdr. post partum</p>
ECT	<p>Virker ofte hurtigt, er i stand til at bryde livstruende tilstande som overhængende suicidal fare eller alvorlig spisevægring og påvirker ikke muligheden for amning                      Det er væsentligt at drøfte risikoen for amnesi såvel retrogradt som anterogradt da det kan involvere fødslen og barnets første levetid</p>

a) CT, MR-skanning.

Ved indlæggelse foretages der en grundig udredning for somatiske differentialdiagnoser og konkurrerende lidelser (Tabel 2). Mulige differentialdiagnoser er bl.a. infektioner (mastitis, endometritis, tyroiditis og autoimmun encefalitis), primær paratyroidisme, apopleksi og stofinduceret psykose [3]. Det er vigtigt, at der spørges om selvmordstanker og tanker om at skade barnet. Søvnhygiejne bør være i fokus. Ud over farmakologisk behandling bør moderen tilbydes samtaler med fokus på mor-barn-relationen, og faderen bør involveres. De sociale myndigheder skal i henhold til servicelovens § 153 underrettes mhp., at barnet og familien får hjælp til at sikre barnets fortsatte trivsel, udvikling og helbred. Da der er risiko for ny PPP er det hensigtsmæssigt, at kvinden bliver fulgt i psykiatrisk regi ved ønske om en ny graviditet.

Der er sparsom evidens for psykofarmakologisk behandling af PPP. I et prospektivt studie fra 2015 undersøgte man effekten af at anvende en firetrinsbehandlingsalgoritme hos 64 kvinder med PPP, hvilket gav lovende resultater [3]. Første trin var beroligende behandling med benzodiazepiner ved sengetid i tre dage (lorazepam). Ved manglende respons var andet trin tillæg af antipsykotisk medicin (førstevalg var haloperidol og andetvalg var olanzapin, quetiapin eller risperdal). Ved manglende klinisk respons efter to ugers behandling blev der tillagt lithium som tredje trin. Ved manglende klinisk respons efter 12 uger anbefalede som fjerde trin ECT efter udtræning af antipsykotika. Efter remission blev der givet monoterapeutisk vedligeholdelsesbehandling med enten antipsykotikum eller lithium. Alle kvinder på nær én opnåede klinisk remission uden at nå til fjerde trin. I alt 13 kvinder fik tilbagefald, og en enkelt opnåede ikke remission inden for opfølgingsperioden på ni måneder. Lithium som vedligeholdelsesbehandling beskyttede bedre mod tilbagefald end antipsykotika hos patienter med PPP og affektiv lidelse.

Baseret på studiet blev følgende behandling anbefalet: en kortere periode (36-72 timer) med benzodiazepinmonoterapi før tillæg af lithium eller antipsykotika. Især lithium anbefales i den akutte fase af PPP i fravær af kontraindikationer, desuden anbefales lithium som vedligeholdelsesbehandling. Til denne anbefaling er det relevant at nævne, at 92,2% af studiepopulationen havde PPP med væsentlige affektive symptomer. Antipsykotika anbefales i den akutte behandling af mani og psykotiske symptomer. I modsætning til de danske retningslinjer [23] ved post partum-depression med psykotiske symptomer anbefaler man i artiklen at undgå behandling med antidepressiva i den akutte fase, særligt i fravær af adækvat stemningsstabiliserende behandling, pga. risiko for forværring af de affektive udsving. Ingen af kvinderne i studiet fik ECT inden for de ni måneder, men ECT bør overvejes ved post partum-depression med psykotiske symptomer, især ved katoniske symptomer [24-26]. Ved ECT bør risikoen for antero- og retrograd amnesi overvejes, da patienten kan få hukommelsestab for den første tid af barnets liv. Omvendt virker ECT ofte hurtigt og kan bryde alvorlige kliniske tilstande med risiko for suicidium eller vedvarende spisevægring.

Ved PPP er ammestop ofte hensigtsmæssigt og kan understøtte sikring af nattesøvn for patienten, og samtidig kan faderen og det øvrige netværk aflaste. Flere antipsykotiske præparater kan om nødvendigt bruges, da de i mindre grad passerer fra blodet til modermælken [27]. Lithiumcarbonat passerer i højere grad end andre præparater over i modermælken i koncentrationer, som kan svare til 50% af moderens, hvorfor der ved behandling med lithium oftest anbefales ammestop. Hvis amningen fortsættes, anbefales monitorering af barnet med p-lithiumog opmærksomhed på barnets hydreringsgrad [28, 29].

## KONKLUSION

PPP er en alvorlig tilstand, og erfaring med at behandle tilstanden er begrænset. De tidlige symptomer er angst, søvnløshed og irritabilitet. Behandling bør foregå under indlæggelse, alternativt ved et tæt ambulant forløb. Den medicinske behandling består oftest af benzodiazepiner, lithium og antipsykotika. Andre relevante fokuspunkter er søvnhygiejne, mor-barn-relation, involvering af og støtte til faderen, sikring af socialt netværk og tæt opfølgning, gerne i 1-2 år. Pga. en ikke ubetydelig risiko for recidiv, kan det være hensigtsmæssigt, at patienten bliver fulgt i psykiatrisk regi ved ønske om en ny graviditet.

Korrespondance *Maj Vinberg*. E-mail: [maj.vinberg@regionh.dk](mailto:maj.vinberg@regionh.dk)

Antaget 8. april 2021

Publiceret på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk) 14. juni 2021

Interessekonflikter: Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med

artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2021;183:V01210020

## SUMMARY

### Post-partum psychosis

Katrine Sofie Ege Bøttcher, Maria Elisabeth Nilsson & Maj Vinberg

Ugeskr Læger 2021;183:V01210020

Post-partum psychosis (PPP) is a severe psychiatric emergency. The condition is rare and has generally not been an area of overwhelming research, and concordantly, early identification and treatment is a challenge. Research in the field suggests, that PPP often is a bipolar spectrum illness, and recent research has identified the most common symptoms. This review is an updated description of the phenotypical characteristics of the illness and treatment recommendations based on the newest research.

## REFERENCER

1. Jones I, Chandra PS, Dazzan P et al. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the postpartum period. *Lancet* 2014;384:1789-99.
2. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1284-92.
3. Bergink V, Burgerhout KM, Koorengel KM et al. Treatment of psychosis and mania in the postpartum period. *Am J Psychiatry* 2015;172:115-23.
4. Bergink V, Kushner SA, Pop V et al. Prevalence of autoimmune thyroid dysfunction in postpartum psychosis. *Br J Psychiatry* 2011;198:264-8.
5. Kamperman AM, Veldman-Hoek MJ, Wesseloo R et al. Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: a clinical cohort study. *Bipolar Disord* 2017;19:450-7.
6. Bergink V, Burgerhout KM, Weigelt K et al. Immune system dysregulation in first-onset postpartum psychosis. *Biol Psychiatry* 2013;73:1000-7.
7. VanderKruik R, Barreix M, Chou D et al. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2017;17:272.
8. Blackmore ER, Rubinow DR, O'Connor TG et al. Reproductive outcomes and risk of subsequent illness in women diagnosed with postpartum psychosis. *Bipolar Disord* 2013;15:394-404.
9. Videbech P, Øgard CG. Postpartum psykose. *Lægehåndbogen*. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/psykoser/postpartum-psykose/> (4. jan 2021).
10. Videbech PB, Gouliaev GH. Prognosen for debuterende post partum-psykose. *Ugeskr Læger* 1996;158:2970-4.
11. Blackmore ER, Jones I, Doshi M et al. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 2006;188:32-6.
12. Munk-Olsen T, Jones I, Laursen TM. Birth order and postpartum psychiatric disorders. *Bipolar Disord* 2014;16:300-7.
13. Di Florio A, Jones L, Forty L et al. Mood disorders and parity – a clue to the aetiology of the postpartum trigger. *J Affect Disord* 2014;152-154:334-9.
14. Bergink V, Laursen TM, Johannsen BM et al. Pre-eclampsia and first-onset postpartum psychiatric episodes: a Danish population-based cohort study. *Psychol Med* 2015;45:3481-9.
15. Vikstrom J, Josefsson A, Hammar M et al. Risk of postpartum psychosis after IVF treatment: a nationwide case-control study. *Hum Reprod* 2017;32:139-46.
16. Cetin O, Guzel Ozdemir P, Kurdoglu Z et al. Investigation of maternal psychopathological symptoms, dream anxiety and



- insomnia in preeclampsia. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017;30:2510-5.
17. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T et al. Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2016;173:117-27.
  18. Gilden J, Kamperman AM, Munk-Olsen T et al. Long-term outcomes of postpartum psychosis: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2020;81:19r12906.
  19. Nager A, Szulkin R, Johansson SE et al. High lifelong relapse rate of psychiatric disorders among women with postpartum psychosis. *Nord J Psychiatry* 2013;67:53-8.
  20. Osborne LM. Recognizing and managing postpartum psychosis: a clinical guide for obstetric providers. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2018;45:455-68.
  21. Videbech P, Kjølbye M, Sørensen T et al. *Psykiatri, en lærebog om voksnes psykiske sygdomme*: FADL's Forlag, 2018.
  22. Klompenhouwer J, van Hulst A, Tulen J et al. The clinical features of postpartum psychoses. *Eur Psychiatry* 1995;10:355-67.
  23. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. <https://www.sst.dk/~media/6F9CE14B6FF245AABCD222575787FEB7.ashx> (8. marts 2021).
  24. Forray A, Ostroff RB. The use of electroconvulsive therapy in postpartum affective disorders. *J ECT* 2007;23:188-93.
  25. Babu GN, Thippeswamy H, Chandra PS. Use of electroconvulsive therapy (ECT) in postpartum psychosis – a naturalistic prospective study. *Arch Womens Ment Health* 2013;16:247-51.
  26. Focht A, Kellner CH. Electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of postpartum psychosis. *J ECT* 2012;28:31-3.
  27. Hale TW. *Hale's medications and mother's milk*. 19th ed. Springer Publishing, 2021.
  28. Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH et al. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2015;445:1-28.
  29. Poels EMP, Bijma HH, Galbally M et al. Lithium during pregnancy and after delivery: a review. *Int J Bipolar Disord* 2018;6:26.