

Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon

Barseldepresjoner rammer hardt fordi det vekker skam og skyldfølelse når gleden og morsfølelsen uteblir. Disse vanskelige følelsene deles sjelden, og få kvinner med barseldepresjon fanges opp.

TEKST

Kari Slinning

Hanne Holme

Lisbeth Valla

PUBLISERT 5. januar 2012



FORUT FOR: Foreldres depresjon er en godt dokumentert risikofaktor for psykisk uhelse hos barn og unge. Når vi vet hvilken betydning foreldres påvirkning har på barnet i dets første leveår, er det derfor naturlig å jobbe med foreldres psykiske helse og omsorgsevne, og aller helst gi hjelp til dem som trenger det alt før barnet er født.

Foto: Flickr / Sean McGrath

I Nasjonalt kompetansenettverk for spedog småbarns psykiske helse, RBUP Øst og Sør (spedbarnsnettverket), er tidlig intervensjon overfor sped- og småbarnsfamilier i risiko en overordnet målsetting. Her jobber psykologer, pedagoger og helsesøstre, både forskere og klinikere, tett sammen for å fremme kunnskapsbasert praksis og praksisnær forskning. Målgruppen er den kommunale helsetjenesten, rusomsorgen, den kommunale barnevernstjenesten, psykisk helsevern for barn og unge og statlig regionalt barnevern. Blant prioriterte oppgaver er utprøving og implementering av

evidensbaserte kartleggings- og utredningsverktøy og nye behandlingsmetoder, samt å bistå i arbeidet med å utvikle gode og hensiktsmessige tverrsektorielle samarbeidsmodeller.

«Depresjon i forbindelse med fødsel skiller seg ikke vesentlig fra annen depresjon, og risikofaktorene er de samme. Det spesielle er tidspunktet da depresjonen forekommer»

Sentralt i vårt arbeid i spedbarnsnettverket står forebygging av barseldepresjon. Årsaken til dette er enkel: Depresjon hos foreldre, og spesielt depresjon hos mødre, er en av de best dokumenterte risikofaktorene for utviklingsvansker, emosjonelle lidelser og atferdsforstyrrelser hos barn og unge. Tidlige erfaringer de først to–tre leveårene etter fødselen har stor betydning for hjernens funksjonelle erfaring og ny forskning viser en klar sammenheng mellom alvorlig stress og traumer tidlig i livet og dårlig somatisk helse i voksen alder (Lanius, Vermetten & Pain, 2010). Når vi vet hvilken betydning foreldres påvirkning har på barnet i dets første leveår, er det derfor naturlig også å jobbe med foreldrenes psykiske helse og omsorgsevne og aller helst gi hjelp til dem som trenger det før barnet er født.

Vi vil her redegjøre for sentral kunnskap om depresjon i perinatalfasen (graviditet og barseltid) og vise hvordan vi som psykologer og helsesøstre arbeider målrettet inn mot svangerskapsomsorgen for å bidra til å øke identifisering og hjelp til kvinner med moderate til høye depresjonssymptomer.

Barselperiodens emosjonelle tilstander

Graviditet og fødsel er en viktig overgangsfase i livet som ofte øker den psykiske labiliteten. Tradisjonelt har man snakket om tre hovedkategorier emosjonelle tilstander i barselperioden: *Barseltårer*, *barseldepresjon* (postpartum-depresjon) og *barselpsykose*. Vi redegjør kun kort for barseltårer og barselpsykose, da vårt hovedanliggende her er forebygging av barseldepresjoner.

Barselpsykose forekommer sjelden og rammer bare en til to promille av de fødende. Dette er en akutt psykotisk reaksjon som gjerne krever sykehusinnleggelse. Denne tilstanden inntreffer vanligvis like etter eller i løpet av de første ukene etter fødselen. Langt vanligere er barseltårer. Mellom 50 og 80 % av de fødende opplever dette 3–4 dager etter fødselen. Man tar da lettere til tårene, opplever tomhetsfølelse og nedtrykthet. Tilstanden varer oftest bare noen få dager, og tilskrives gjerne brå og store hormonelle endringer i kombinasjon med en utmattelsesreaksjon. Barseltårer må ikke forveksles med en klinisk depresjon der både genetiske, psykososiale og sosioøkonomiske forhold spiller inn. Men i tilfeller hvor reaksjonen vedvarer, bør man være oppmerksom på at det kan være en begynnende depresjon.

Den internasjonale forskningen indikerer at prevalensen av postpartum depresjon (PPD) ligger på 10–15 %, og forekomsten er tilnærmet lik under svangerskapet (Slinning & Eberhard-Gran, 2010). Norske studier fra de siste 10 årene viser samme tendens; 9–16 % av barselkvinner har moderate til høye symptomer på nedstemthet og depresjon i barseltiden (Eberhardt-Gran et al., 2002; Berle et al., 2003; Dørheim et al., 2009; Glavin et al., 2009). Disse tallene er ikke basert på klinisk diagnostiske intervjuer, men på screeninginstrumentet The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Cox et al. 1987). Mellom 5 og 8 % har så mange og sterke symptomer at det er indikasjon på en klinisk depresjon som i diagnostiske termer omtales som postpartum-depresjon (Eberhard-Gran et al., 2002; Glavin et al., 2009).

De fleste kvinner i dagens Norge planlegger å få barn når de er godt etablert med partner, jobb og bolig, og en norsk studie viser at risikofaktorene for depresjon er lavere hos barselkvinner enn hos andre kvinner i samme alder (Eberhard-Gran et al., 2002). Man skulle derfor forvente at færre var plaget av nedstemthet og depresjon i denne perioden av livet som de fleste forbinder med lykke og fremtidshåp. Allikevel viser det seg altså at kvinner er spesielt sårbare i perinatalfasen for å utvikle psykiske lidelser. Noen opplever depresjon for første gang, andre går inn i en ny periode, eller symptomene forverres. En stor dansk registerstudie fant mer enn doblet risiko for bruk av psykisk helsehjelp de første tre månedene etter en fødselen sammenlignet med 12 måneder etter, og nærmere tredoblet risiko hos førstegangsfødende for å rammes av depresjon i løpet av de første fem månedene etter fødselen (Munk-Olsen et al., 2006).

Depresjon i forbindelse med fødsel skiller seg ikke vesentlig fra annen depresjon, og risikofaktorene er de samme. Det spesielle er *tidspunktet* da depresjonen forekommer, når kvinnens fysiske og psykiske tilstedeværelse trengs mer enn noen gang fordi hun har et nyfødt barn som er fullstendig hjelpeløst og avhengig av både fysisk og emosjonell omsorg for å overleve. En barselkvinne med depresjon kan for eksempel fremstå som temmelig mekanisk i amme- og stellesituasjoner fordi hun har lite overskudd til den følelsesmessige kommunikasjonen med spedbarnet som er så viktig for barnets sosioemosjonelle utvikling og etablering av trygg tilknytning på sikt. Mange opplever sterk skyldfølelse og skam over ikke å ha de forventede morsfølelsene overfor barnet sitt. Det er heller ikke uvanlig at dypt deprimerte barselkvinner plages av vonde tanker og fantasier om å skulle miste kontrollen og komme til å skade seg selv og/eller barnet sitt. Det forekommer imidlertid ytterst sjelden at deprimerte barselkvinner skader sine barn.

Risiko for barnet ved foreldres depresjon

Depresjon hos gravide og barselkvinner, og hos spedbarns- og småbarnsfedre, er forbundet med mange aspekter ved uheldig utvikling hos barnet deres, enten det er sosioemosjonelle, atferdsmessige, språklige eller kognitive vansker og forstyrrelser (Goodman & Gotlib, 1999; Ramchandani & McConachie, 2005; Ramchandani & Psychogiou, 2009). Når fedre i så liten grad nevnes, er det fordi det ennå finnes relativt lite forskning på deprimerte fedre sammenlignet med deprimerte mødre. Tilgjengelig

empiri tyder på at man også må rette oppmerksomheten mot fedrene for å ivareta barns utvikling og helse på en god nok måte. Forklaringsog påvirkningsmekanismene er flere og sammensatte og har betydning for hvordan man velger å intervensere. Det dreier seg om genetik/arv, psykofysiologiske mekanismer relatert til endringer i gravides kortisolnivå som igjen påvirker fosterets stressreguleringsmekanismer og ikke minst handler det om en generelt svekket omsorgsevne hos deprimerte. En hovedkomponent her er liten sensitivitet overfor barnets behov og signaler. Ofte ser man en omsorgsstil preget av emosjonell tilbaketrekking og neglisjering av barnets signaler. Deprimerte foreldre agerer primært ut fra egne tanker og ideer og er lite lydhøre for de signaler barnet kommuniserer. Stelle- og matesituasjoner får derfor ofte et mekanisk preg over seg. Det er heller ikke uvanlig at en passiv og emosjonelt tilbaketrukket omsorgsstil kombineres med episoder med grenseoverskridende og brå håndtering av barnet. Disse skiftende omsorgstilene bidrar til stor uforutsigbarhet, noe som er svært stressende for spedbarn. Ofte vil disse spedbarna preges av uro og irritabilitet og bare vise flyktig øyekontakt. Ved alvorlig depresjon over tid hos omsorgspersonen kan spedbarn utvikle aktiv blikkunngåelse og selvstimulerende atferd. Vedvarende høyt stressnivå kan påvirke den nevrobiologiske utvikling i den tidlige spedbarnsfasen. Det er for eksempel vist at lite sensitiv og upredikerbar foreldrestil er relatert til redusert hjerneaktivitet i venstre frontallapp. Disse nevrobiologiske endringene er forbundet med minsket kapasitet til å oppleve glede og en forhøyet tendens til å oppleve negativ affekt (Jones et al., 1997). Dette kan altså være en bidragsfaktor for utvikling av depresjon og andre vansker hos barn av deprimerte mødre.

Systematisk screening

De fleste forbinder det at et nytt barn kommer til verden, med lykke og glede. Barseldepresjoner ser derfor ut for å ramme kvinnene spesielt hardt fordi det vekker både skam og skyldfølelse når gleden og morsfølelsen uteblir. Det viser seg at disse vanskelige følelsene sjelden deles med andre, og at kun en liten andel kvinner med barseldepresjon fanges opp og får behandling. Dette er et paradoks med tanke på at vi har en offentlig tilgjengelig svangerskapsomsorg som er gratis for alle og hvor 95–98 % av målgruppen benytter helsestasjonen for de minste barna. Forebyggingspotensialet her er derfor helt unikt, og det har spedbarnsnettverket valgt å utnytte. De høye prevalenstallene på depresjon i perinatalfasen, tilgjengelige evidensbaserte screeningverktøy og effektive støtte- og behandlingsmetoder gjør at *allmenn screening* for depresjon i perinatalfasen kan være hensiktsmessig (WHO, 2002). Helsesøstre har primært et helsefremmende perspektiv og formidler et normaliseringssyn. Dette øker mulighetene for å komme i posisjon overfor brukere som ellers ville ha kviet seg for å fortelle om sine plager.

Spedbarnsnettverket samarbeider nå med over 100 kommuner i Norge om innføring av den såkalte *Edinburghmetoden* for å forebygge negative konsekvenser av depresjon i perinatalfasen. Metoden innebærer at jordmødre og helsesøstre læres opp av kliniske psykologer med behandlingskompetanse på dette feltet. De gis en innføring i perinatalpsykologi, får opplæring i bruk av screeninginstrumentet EPDS, og dernest

veiledes de i bruk av støttesamtaler basert på prinsippet om empatisk lytting. Slik gis helsesøstre og jordmødre anledning til å styrke det viktige forebyggende arbeidet mange av dem allerede gjør overfor spedbarnsfamilier.

EPDS er det mest brukte screeningsinstrumentet internasjonalt for PPD, og det er validert i to norske studier (Berle et al., 2003; Eberhard-Gran et al., 2001b). Det består av kun 10 spørsmål og har vist gode psykometriske egenskaper. EPDS skiller seg fra andre depresjonsskalaer ved at det ikke inneholder symptomer som er helt vanlige for barselkvinner, slik som søvnmangel, endret appetitt og redusert seksuell lyst. EPDS kan også benyttes i graviditet. EPDS benyttes overfor alle barselkvinner ca. 6–8 uker etter fødselen når de kommer til helsestasjonen. Kvinnene leser igjennom og besvarer de 10 spørsmålene i EPDS og får umiddelbart anledning til å utdype sine besvarelser i samtalen med helsesøster. Mange kommuner med gode jordmor-ressurser har også valgt å benytte EPDS i forbindelse med svangerskapskontrollene rundt uke 26–28. Kvinner som trenger det, blir fulgt opp tettere frem mot fødselen, og ofte trekkes partneren inn.

Screening forutsetter at det finnes et lett tilgjengelig behandlingstilbud. De som viser seg å ha moderate til alvorlige depresjonssymptomer, må raskt få et egnet støtte- eller behandlingstilbud. Kommuner som velger å ta i bruk systematisk screening, har ansvar for at det finnes en differensiert tiltakskjede tilgjengelig der behandlingstilbudene varierer i type og omfang avhengig av alvorlighetsgrad og kompleksitet.

Edinburghmetoden innebærer at kvinner med moderate symptomer på depresjon raskt får et tilbud om et begrenset antall støttesamtaler på helsestasjonen av helsesøster eller jordmor. Støttesamtaler utført av trenede helsesøstre har vist positiv og vedvarende effekt på barselkvinner med moderate depressive plager og er et godt eksempel på et lavterskeltiltak (Glavin et al., 2009; Morell et al., 2009). Opplæringsprogrammet i regi av spedbarnsnettverket innebærer at jordmødre og helsesøstre trenes grundig opp i å utføre støttesamtaler basert på empatisk lytting. De fleste jordmødrene og helsesøstrene deltar i regelmessig gruppeveiledning med psykolog over et år for å utvikle evnen til empatisk lytting. Denne samtaleformen tar tid å tilegne seg fordi den står i stor kontrast til den mer rådgivende kommunikasjonsformen de ellers utøver i sin praksis. Det er utarbeidet et informasjonshefte til helsepersonell om Edinburghmetoden (Eberhardt-Gran & Slinning, 2007). Heftet er gratis og sendes ut fra Folkehelseinstituttet.



PARADOKS: Det er et paradoks at så få kvinner med barseldepresjon fanges opp og får behandling når vi samtidig både har en gratis, offentlig tilgjengelig svangerskapsomsorg, og når mer enn 95 prosent av målgruppen bruker helsestasjon for de minste barna.

Forebyggingspotensialet er derfor helt unikt.

Foto: Flickr / Alexandre Norman

Perinatalpsykologi

Gjennom at stadig fler kommuner etterspør opplæring i Edinburghmetoden, har det blitt tydelig at det er mangel på psykologer med kompetanse på dette feltet. Relativt få klinikere har imidlertid denne kompetansen i Norge. Å arbeide med temaer forbundet med depresjon i perinatalfasen krever på mange måter en bred, men også en spesialisert kompetanse. Bred fordi det krever kompetanse på både voksne og helt små barn. Det er alltid minst to personer involvert: mor og barn, men ofte er det tre når man inkluderer partneren – og det anbefales at partneren trekkes inn i behandlingen, også i de tilfellene der kvinnen er deprimert under svangerskapet. Partneren vil ofte føle seg rammet av kvinnens depresjon og selv oppleve økt bekymring, engstelse og nedstemthet. Inntreffer depresjonen i graviditeten, vil bekymringen ofte dreie seg om

og på hvilken måte barnet i magen affiseres av morens tilstand, og om hun klarer å ta seg av barnet etter fødselen. Partneren må begynne å forberede seg både praktisk og mentalt på å være hovedsorgsperson for spedbarnet i den første tiden dersom mor er for deprimert til å klare det daglige ansvaret for barnet. I noen tilfeller er imidlertid partneren en sentral kilde til kvinnens depresjon. Dette er det viktig å fange opp for å vurdere mulighetene for endring.

«Styrking av det forebyggende arbeidet i primærhelsetjenesten vil hindre at mange mødre, men også fedre, utvikler alvorlige og langvarige depresjoner»

Det er også av vesentlig betydning å ha mer spesialisert kunnskap om graviditetens psykologi, kunnskap som er til stor hjelp når man skal intervensere i den hensikt å fremme den prenatale tilknytningen til barnet. Andre relevante kunnskapsområder er spedbarns og småbarns psykiske helse generelt og foreldre–barnsamspill spesielt. Det er viktig å kunne vurdere de sentrale relasjonene spedbarnet befinner seg i når mor eller far er deprimert, og å ha metoder for å støtte opp om en trygg tilknytning mellom foreldre og barn. Altfor sjelden blir det gjort en vurdering av den deprimerte foreldren og barnet sammen. Det er heller ingen automatikk i at depresjonslette samtidig gir øket sensitivitet overfor barnets behov og signaler. Dette må alltid vurderes i hvert enkelt tilfelle. Vi utdanner nå klinikere i en tilknytningsbasert metode som heter Circle of Security som nettopp kan benyttes overfor foreldre som er deprimerte og som har vansker med å se og respondere adekvat på barnets behov.

Det kreves også at det jobbes aktivt med nettverksstøtte, særlig fordi vi vet at et støttende kvinnenettverk er spesielt viktig for kvinner som venter barn eller nettopp har født. KID depresjonsmestringsprogram, som er et manualbasert program basert på kognitiv teori, er foreløpig i begrenset omfang prøvd ut på deprimerte barselkvinner i helsestasjonsregi. Kvinner som har deltatt på KID-kurs, fremhever at det å møte andre i samme situasjon er viktig både fordi det bidrar til større åpenhet om vanskene og gjensidig støtte og trøst, og til normalisering av de vanskelige følelsene. Vi ønsker å stimulere til at flere kommunepsykologer og helsøstre lærer opp i KID-programmet, slik at KID-metoden kan tilbys til barselkvinner som et supplement og alternativ til støttesamtaler. Men om man virkelig skal satse på tidlig intervensjon, bør mye av denne kunnskapen inn i grunnutdanningen til alle fagprofesjoner som arbeider med vordende foreldre og spedbarnsforeldre.

Gjennom det nasjonale spedbarnsnettverket vil vi fortsette å jobbe målrettet med å spre kunnskap på dette feltet både til gravide og nybakte foreldre, samt til fagfeltet. Med styrking av det forebyggende arbeidet i primærhelsetjenesten vil vi hindre at mange mødre, men også fedre, utvikler alvorlige og langvarige depresjoner. Lykkes vi med det, vil det ha betydning for parrelasjonens kvalitet, og vi vet at det har stor betydning for

barnets helse og trivsel. Det gir både inspirasjon og motivasjon å jobbe i medvind, slik vi gjør nå, hvor kommunene henvender seg til oss for å lære Edinburghmetoden.

Brukerne av helsetjenestene får høy faglig kvalitet på tjenestene, og tilbudet blir også mer likeartet rundt i Norge. Dette er i tråd med helsemyndighetenes mål om likeverdig tilbud i tjenestene uavhengig av hvor i landet man bor.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 1, 2012, side 69-73

TEKST

Kari Slinning

KONTAKT: kari.slinning@r-bup.no

Hanne Holme

Lisbeth Valla

+ [Vis referanser](#)

Referanse

Berle, J. O., Arre, T. F., Mykletun, A. et al. (2003). Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76, 151-156.

Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Dørheim, S., Bondevik, G.T, Eberhard-Gran, M. & Bjorvatn, B.(2009). Sleep and depression in postpartum women - a population based study. *Sleep*, 32(7),847-855.

Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., et al. (2001b). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 113-117.

Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 426-433.

Eberhard-Gran, M., Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Glavin, K., Smith, L. & Sørnum, R. (2009). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 705-710.

Goodman, S. H. & Gotlib, I. H.(1999). Risk for Psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.

Jones, N. A., Field, T., Fox, N. A., Davalos, M., Malphurs, J., Carraway, K., et al.(1997). Infants of intrusive and withdrawn mothers. *Infant behaviour and development*, 20(2), 175-186.

Lanius, R. A., Vermetten, E. & Pain, C. (red.) (2010). *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press,

Morell, C. J., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S. J., Brugha, T., Barkham, M., Parry, G. J. & Nicholl J.(2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *British Medical Journal*, 338:a3045.

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O. & Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders - A population-based register study. *Jama - Journal of the American Medical*

Association, 296:2582-2589.

Ramchandani, P. & McConachie, H. (2005). Mothers, fathers and their children's health. *Child Care Health and Development*, 31, 5-6.

Ramchandani, P. & Psychogiou, L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet*, 374, 646-653.

Slinning, K. & Eberhard-Gran, M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. ? V. Moe, K. Slinning, M.B. Hansen (red), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal.

World health organization (2002). *Strategic Directions for Improving Health and Development of Children and Adolescents*. Geneva: WHO.