Psykisk sykdom etter fødsel: Lett å overse, viktig å behandle

Ved Jan Øystein Berle og Fred Holsten

Med en stadig kortere liggetid ved våre fødeavdelinger er det viktig å ha kunnskap om psykiske lidelser i puerperiet, slik at kvinner som står i fare for å utvikle slike tilstander, så raskt som mulig kan bli identifisert og få adekvat behandling. Tidsaspektet er vesentlig.

I ukene etter fødselen bør man være meget oppmerksom på kvinnes mentale tilstand. I denne perioden fokuseres mye på barnets utvikling, vekst og helse, ofte mindre på hvordan mor har det. Ved helsekontroller av spedbarn bør man samtidig fokusere på morens mentale helse.

Depresjon hos mor etter fødsel kan ha negative effekter på barnets kognitive og emosjonelle utvikling samt på mor-barn-relasjonen (1-7). Selv om de fleste av de moderate depresjonene glir over i løpet av de første månedene, er kronifiseringsrisikoen betydelig og mer enn et

års sykdomsvarighet beskrives hyppig (8-10). Flere forfattere peker på en betydelig underdiagnostisering av de moderate depresjonstilstander post partum.

I en norsk kohortstudie der nesten 1 million kvinner ble fulgt i 15 år, ble det dokumentert at selvmordsraten var lavere hos kvinner som hadde født barn, og at denne effekten holdt seg gjennom livet (11). Studien omtalte imidlertid ikke perioden like etter fødsel spesielt. En engelsk studie (12) viser lavere suicidrisiko enn ellers i året etter barnefødsel tross relativt høy risiko for psykisk sykdom i samme periode. En amerikansk studie angir også signifikant lavere risiko for suicid under graviditet (13). En oversiktsartikkel konkluderer med at både svangerskap og nylig gjennomgått fødsel til en viss grad synes å beskytte mot suicid (14).

Flere epidemiologiske studier gjort de senere år viser at hos mellom 9 og 15% av kvinner som føder, oppstår det en klinisk depresjon etter fødselen. Av studier foretatt av postnatal depresjon, er det meget få som angir under 10% forekomst av depresjoner, mens enkelte angir tall over 20% (15). En prospektiv studie viste en forekomst av moderat depresjon på hele 14% hos kvinner i løpet av de tre første månedene etter fødsel. Denne studien viste at for mange som opplevde depresjon for første gang i sitt liv, vedvarte de psykiske plagene i lang tid, opp til fire år etter fødselen (16). Psykisk sykdom i post partum-perioden representerer lidelser av stor betydning for morens velbefinnende, for utviklingen av mor-barn-relasjonen og for familien. I vanlig brukte psykiatriske lærebøker i Norge er disse problemstillingene fortsatt ofte viet lite oppmerksomhet,

og behandlingspraksis er derfor varierende.

Psykotiske tilstander etter fødsel forekommer langt sjeldnere enn post partum-depresjoner, anslagsvis ett sykdomstilfelle per 500 til 2000 fødsler (15). Flere anerkjente tidligere studier, deriblant en norsk, har vist at post partum-psykose er relatert til bipolar sykdom (17,18). Nyere studier konkluderer også med at post partum-psykosene oftest er av affektiv natur (19).

Psykisk sykdom etter fødsel vil i varierende grad også influere på kvinnes omsorgsevne og evne til å fungere (4,5). I de alvorligste tilfellene kan selvbeskadigelse og omsorgssvikt forekomme (15). Det er beskrevet en til dels undervurdert risiko for at kvinner kan skade sine barn når de har psykotiske sykdomstilstander (20).

Faren for suicid må alltid overveies ved alvorlige depresjonstilstander og ved psykoser. Ved alvorlig depresjon forekommer ofte svekkede følelser. Dette kan gi seg utslag i at kvinnene ikke opplever at de føler noe som helst for sitt barn og kan forsterke opplevelsen av mislykkethet som mor i en slik grad at det ikke blir til å leve med.

I tillegg til at en mor med alvorlig depresjon er lite i stand til å ta seg av et nyfødt barn, kan det på grunn av sykdomstilstanden foreligge en risiko for at hun kan skade barnet. En psykotisk mor er uten evne til nødvendig omsorg for sitt barn og skal selvsagt avlastes for dette. Kontroll av situasjonen må overtas av andre. En depressiv forestilling av psykotisk karakter kan være "det beste for alle er at jeg blir borte og dør", og en ytterligere forstyrrer tanke kan være "det er det beste at barnet blir med meg i døden".

Vi kjenner til suicid, flere alvorlige suicidforsøk, samt ofte forekomst av suicidal tanker ved depresjoner i perioden etter fødsel. Klinisk psykiatrisk erfaring tilsier at enkelte av disse kvinnene har påtrengende tanker og til dels også planer om å skade sitt barn. Fra egen klinisk praksis har vi også kjennskap til alvorlig forsøk på å skade barn, kombinert med eget suicidforsøk. Det er viktig å ha forståelse for at slike desperate handlinger som er gjort på bakgrunn av alvorlig depresjon eller psykose, ikke gjør det risikabelt med vanlig samvær når sykdomsperioden er tilbakelagt, forutsatt at ikke andre forhold påvirker omsorgsevnen. Etter gjennomgått post partum, affektiv sykdom er det grunn til å anta at kvinnens omsorgsevne vanligvis normaliseres. Selv om undersøkelser viser at den statistiske risiko for suicidal atferd synes å være mindre hos kvinner som har født enn ellers, må ikke dette føre til at man feilaktig neglisjerer en mulig suicidal fare ved fødselsdepresjoner og ved post partum-psykoser. Med de kunnskaper man i dag har, vil det være mulig å gi rask og effektiv hjelp ved de fleste av disse tilstandene hvis de blir oppdaget og får korrekt behandling (21). Klinisk representerer psykiske lidelser etter fødsel sykdom med store utfordringer. Der behandlingen er inadekvat eller uteblir, kan konsekvensene være alvorlige.

Det som i utgangspunktet antas å være relativt vanlige psykiske lidelser med god behandlingsrespons, kan lett overses med kronifisering eller forverring av tilstanden som resultat. Forekomsten av psykosener er sterkt forhøyet i tiden etter fødsel, men er tross dette relativt sjeldne tilstander.

Ubehandlet kan både psykosene og de alvorligste depresjonene resultere i suicidal handlinger hvor også barnet noen ganger trekkes inn. Med korrekt behandling for disse alvorlige sykdomstilstandene er prognosen vanligvis meget god.

Fred Holsten er professor dr. med. overlege ved Psykiatrisk Institutt, Universitetet i Bergen.

Hovedinteresse er klinisk, epidemiologisk og fysiologisk forskning på affektive lidelser.

Jan Øystein Berle er overlege og prosjektleder i Bergen ved regionalt kompetansesenter for selvmordsforskning og -forebygging. Han har bred klinisk erfaring som psykiater og deltar i psykiatriske forskningsprosjekter, spesielt innen biologisk psykiatri og affektive lidelser.

Litteratur

- 1) Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Robson KM. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *Br Med J* 1986; 292: 1165-1167
- 2) Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 46-52
- 3) Murray RM, Stein A. The effects of postnatal depression on the infant. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology* 1989; 3: 921-933
- 4) Murray RM, Cooper PJ, Stein A. Postnatal depression and infant development. *Br Med J* 1991; 302: 978-979
- 5) Ghodsian M, Zajicek E, Wolkind S. A longitudinal study of maternal depression and child behaviour problems. *J Child Psychol Psychiatry* 1984; 25: 91-109
- 6) Wrate RM, Rooney AC, Thomas PE, Cox JL. Postnatal Depression and Child Development. A three-year follow-up study. *Br J Psychiatry* 1985; 146: 622-627
- 7) Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychol Med* 1984; 14: 853-880
- 8) Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Kennerley H, Bond A. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 799-806
- 9) Pitt B. Atypical depression following childbirth. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 1325-1335
- 10) Nott PN. Extent, Timing and Persistence of Emotional Disorders following Childbirth. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 523-527

11) Høyer G, Lund E. Suicide among women related to number of children in marriage. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 134-137

12) Appleby L, Turnbull G. Parasuicide in the first postnatal year. *Psychol Med* 1995; 25(5): 1087-90

13) Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Portera L, Hartwell N, Iqbal MI. Lower risk of suicide during pregnancy. *Am J Psychiatry* 1997; 154(1): 122-123

14) Appleby L. Suicidal behaviour in childbearing women. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8(1): 107-115

15) Brockington IF. *Motherhood and Mental Health*. Oxford University Press 1996

16) Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Brit J Psychiatry* 1984; 144: 35-47

17) Bratfos O, Haug JO. Puerperal mental disorders in manic-depressive females. *Acta Psychiatr Scand* 1966; 42: 285-294

18) Reich T, Winokur G. Postpartum psychoses in patients with manic depressive disease. *J Nerv Ment Dis* 1970; 151: 60-68

19) Gitlin MJ, Pasnau RO. Psychiatric Syndromes Linked to Reproductive Function in Women: A Review of Current Knowledge. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1413-1422

20) Wisner KL, Peindl K, Hanusa BH. Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *J Affect Disord* 1994; 30: 77-87

21) Berle JØ, Holsten E. Svangerskapsrelaterte psykiske lidelser. Kliniske og epidemiologiske utfordringer. *Norsk Epidemiologi* 1997; 7(1): 111-116

Leserinnelegg:

Mer om alkohol og selvmord

Ved Nils Retterstøl

Det er et meget viktig emne Rossow på en fortjenestfull måte belyste i forrige nr. Hvilken sentral rolle alkohol spiller i suicidalproblematikken, er grundig analysert av Murphy (1992) i hans nå klassiske bok "Suicide in alcoholism". Han identifiserte 7 risikofaktorer som synes sterkere enn andre:

- Aktiv drikkeperiode
- Alvorlig depressiv lidelse
- Mangel på nettverk
- Arbeidsløshet, særlig langtidsarbeidsløshet
- Alvorlig legemlig lidelse
- Bosituasjon: bor alene
- Meddelelse om selvmordstanker og -planer

Er 4 av de 7 faktorer til stede, vil man ha identifisert fire femdel av dem som er i høyeste risikogruppe. I samme bok gjennomgår han europeiske etterundersøkellesarbeider. Blant 6717 etterundersøkte alkoholikere behandlet i institusjon med 158 470 personår er det beskrevet 439 selvmord, som tilsier en levetidsrisiko på 5,26 %. For ubehandlede alkoholikere

fant han i sitt materiale en levetidsrisiko på 1,85 %, noe som bare er noe høyere enn for befolkningen i USA; 1,3 %.

Bare 25 % av befolkningen i USA får i løpet av livet en identifiserbar, psykiatrisk diagnose (Robins et al. 1984), mens 95 %, nesten alle selvmord, finner sted i den gruppe av befolkningen som har en psykiatrisk diagnose. Sammenlignet med gruppen som ikke har noen psykiatrisk diagnose, finner han at alkoholikerne som gruppe har en 115 ganger høyere selvmordsrisiko. Disse forhold er også påpekt i en bok om alkohol og helse som er utgitt i regi av Den norske lægeforening (Riise et al. 1995). Såvel denne bok som Murphys anbefales.

25 % av befolkningen i USA får i løpet av livet en definerbar psykiatrisk diagnose

95 % av alle selvmord i USA finner sted i denne gruppen

Litteratur

Murphy GE. *Suicide in alcoholism*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1992

Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD jr., Regier DA. *Life-time prevalence*

of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984, 41, 449 - 458

Riise G, Berg JE, Engelstad JCB, Jacobsen CD, Sørensen BN. *Alkohol og helse - det bagatelliserte alvor*. Oslo: Universitetsforlaget, 1995