

Viktigt mota effekterna av postpartumdepression

PSYKOLOGISK BEHANDLING MED KBT ÄR EFFEKTIV FÖR BÅDE MAMMA OCH BARN

Depression och ångest är de vanligaste komplikationerna under graviditet och postpartumperiod, och konsekvenserna för kvinnan och barnet är väl dokumenterade. Särskilt allvarligt för barnets utveckling är det om mammans depression blir långvarig eller fördjupas.

Nyligen publicerades en artikel i *Lancet*, som visade att psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) inom primärvården kan ge varaktiga positiva effekter för både mamman och barnet [1].

Förekomsten av medelsvår till svår egentlig depression har i västvärlden uppskattats till mellan 3,1 procent och 4,9 procent under graviditeten och till 4,7 procent de första 3 månaderna post partum, med lindrig depression inkluderad till 11 procent respektive 13 procent [2], vilket också svenska studier visat [3, 4].

Knappt en tredjedel av alla postpartumdepressioner startar före graviditeten, en tredjedel under graviditeten och drygt en tredjedel efter förlossningen [5]. De flesta kvinnor med lindrig till måttlig depression tillfrisknar inom några månader, men knappt en tredjedel är fortfarande deprimerade 1 år efter förlossningen [6].

Tidigare depression stark riskfaktor

De starkaste riskfaktorerna för att drabbas av perinatal depression är en historia med tidigare depression eller annat psykiskt



Birgitta Wickberg, docent, leg psykolog (senior), Göteborgs universitet



Pamela Massoudi, fil dr, leg psykolog, FoU Kronoberg, Region Kronoberg
 ● pamela.massoudi@kronoberg.se

sjukdomstillstånd samt våld i nära relationer. Negativa livshändelser, bristande stöd, både från partnern och från andra, låg socioekonomisk status och migrationsbakgrund är måttliga till starka riskfaktorer [2].

Även nyblivna pappor kan drabbas av depression, oro och stress. En svensk studie visade att 6,3 procent av nyblivna pappor hade tecken på depression, medan bara 1,3 procent uppfyllde kriterier för egentlig depression. I stället kunde den psykiska ohälsan yttra sig i form av

oro, ångest och mer generella känslor av stress och olycklighet [7].

Kan få negativa effekter för barnet

En depression post partum kan få negativa effekter för barnets kognitiva, sociala och emotionella utveckling under de första levnadsåren, problem som kan kvarstå längre upp i åldrarna. Såvida depressionen inte blir långvarig eller allvarlig och om det inte finns andra svårigheter är effektstorlekarna emellertid små till måttliga. Modererande faktorer är föräldrarnas tillgång till stöd samt socioekonomisk status [8].

Hur mammans depression påverkar barnet är komplext, och såväl genetiska som andra biologiska och miljömässiga faktorer medierar eller modererar risken för negativa effekter. Den viktigaste faktorn för hur en depression kan påverka spädbarnets anknytning och kognitiva utveckling tycks vara föräldraförmågan och dess kvalitet, t ex bristande lyhördhet [9].

Den sk ALSPAC-studien, som följde 4 500 föräldrar och barn, visade att om föräldrar med depressiva symtom post partum också hade låg utbildningsnivå, ökade risken för deras barn att drabbas av depression vid 18 års ålder [10]. Å andra sidan har socialt och emotionellt stöd, inkluderande stöd från partnern, visat sig minska sambandet mellan postpartumdepression och barnets tidiga kognitiva utveckling [11].



Illustration: Shutterstock/IBL

»Den viktigaste faktorn för hur en depression kan påverka spädbarnets anknytning och kognitiva utveckling tycks vara föräldraförmågan och dess kvalitet ...«

Bedömningskala införd i alla landsting

Det starkaste stödet för att universell screening för depression post partum minskar sjuklighet och är kostnadseffektiv har program som kombinerar upptäckt och utökat stöd [12]. I Sverige har universell screening för depression post partum med Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) successivt införts i alla landsting [13, 14]. Skalan, som är översatt till ett 60-tal språk, bör endast användas av hälso-

HUVUDBUDSKAP

- Långvarig postpartumdepression ger ökad risk för negativa effekter på barnets utveckling.
- Psykologisk behandling av mammans depression under hela spädbarnsåret är effektiv för både mamma och barn.
- Lättillgänglig behandling som är anpassad för nyblivna mammor och följer viktiga utvecklingssteg för barnet tycks vara avgörande.

vårdspersonal som fått utbildning, har tid avsatt för ett samtal med mamman och tillgång till konsultation/handleddning. Andra viktiga förutsättningar är möjlighet till snabb bedömning, klara remissvägar och stegvis vård [15].

När det gäller nyblivna pappor kan barnhälsovården, i stället för screening med fokus på depression, erbjuda enskilda samtal med fokus på ett bredare spektrum av psykisk ohälsa, föräldraskap, den aktuella livssituationen och inte minst parrelationen som har ett tydligt samband med den psykiska hälsan [15].

Än så länge saknas evidens för att depressionsscreening under graviditeten är kliniskt effektiv och kostnadseffektiv, och därför rekommenderas en bredare psykosocial bedömning som inkluderar frågor om kvinnans tidigare och nuvarande psykiska hälsa [2, 16].

Stödsamtal en första behandlingsinsats

Personcentrerade stödsamtal rekommenderas som en första insats till mammor med lindrig depression [17]. I Sverige erbjuder barnavårdscentralens sjuksköterskor i alla regioner och landsting stödsamtal till mammor med lindrig depression. I Region Skåne t ex, där 87,5 procent av alla nyblivna mammor deltog i screening med EPDS, var andelen mammor som fick uppföljning efter screening 10 procent, varav hälften hänvisades till psykolog eller läkare och den andra hälften startade med stödsamtal hos barnavårdscentralens sjuksköterska [18].

Vilken behandlingsinsats som rekommenderas - psykologisk behandling (KBT, interpersonell terapi, psykodynamisk korttidsterapi) eller behandling med antidepressiva läkemedel - avgörs bla av depressionens svårighetsgrad [13].

Hittills har psykologisk behandling vanligtvis erbjudits under de första månaderna efter förlossningen. Ett problem är att det har varit svårt att visa positiva effekter som varar under en längre tid [8]. Det har diskuterats om man också bör erbjuda samspeletsbehandling för att minska risken för negativa effekter hos barnet.

Depressionsbehandling kanske inte räcker

I den randomiserade kontrollerade studie

som nyligen redovisades i Lancet [1] erbjöds nyblivna mammor med medelsvår till svår depression KBT med beteendearbete av erfarna psykologer inom primärvården under minst 3 månader post partum. Behandlingen, som var skraddarsydd för perinatalområdet, omfattade elva tillfällen under barnets första levnadsår och två »påfyllnads«-tillfällen under barnets andra levnadsår, vid hembesök eller besök på hälsocentralen.

Hälften av mammorna fick dessutom intervention med videofeedback, som var inriktad på samspelet mellan mor och barn, medan den andra hälften fick muskelavspänning som extra intervention.

Vid uppföljning 1 år efter barnets födelse hade drygt 80 procent av mammorna i respektive grupp tillfrisknat från sin depression, något som höll i sig vid 2-årsuppföljning. Barnens utveckling var i båda grupperna inom den normala variationen för kognitiv och språklig utveckling, beteendeproblem och trygg anknytning. Man fann således inte någon ytterligare effekt hos barnet om KBT hade kombinerats med samspeletsbehandling.

Författarna påpekar att de kvinnor som deltog i studien inte var representativa för den generella populationen kvinnor med långvarig depression post partum, eftersom de hade hög socioekonomisk status och hälften var universitetsutbildade.

En fråga som kvarstår är om det finns särskilda grupper som, förutom depressionsbehandling, skulle behöva intervention för att stärka föräldraförmågan eller föräldra-barnrelationen. Ett exempel är postpartumdepression hos kvinnor med social och ekonomisk utsatthet, ett annat är de kvinnor som också har generellt ångestsyndrom eller posttraumatisk stress.

Fungerande samverkan krävs

Undersökningen [1] är intressant ur flera perspektiv. För det första har Sverige goda förutsättningar att erbjuda deprimerade spädbarnsföräldrar psykologisk behandling. Psykologer inom barnhälsovård, som ofta också arbetar inom mödrahälsovård, finns sedan länge i så gott som alla regioner och landsting och är, givet ett rimligt upptagningsområde, en lättillgänglig re-

surs för bedömning, behandling och stöd i föräldraskapet. För föräldrar med långvariga eller återkommande depressioner är en bredare bedömning av deras livssituation och relation till barnet särskilt viktigt.

För det andra väcker artikeln frågan hur man inom barnhälsovården på ett mer systematiskt sätt skulle kunna uppmärksamma mammor med depressionstillstånd som riskerar att bli långvariga eller fördjupas. En möjlighet vore kanske att följa upp mammor med höga poäng vid depressionsscreening 6-8 veckor post partum med en ny screening vid reguljära besök på barnavårdscentralen då barnet är 6 och 12 månader. En annan möjlighet vore att tydligt fråga föräldrarna hur de mår vid alla besök på barnavårdscentralen under det första spädbarnsåret.

Screening med EPDS fungerar som ett grovmaskigt nät och fångar, förutom depression, även andra psykiatriska tillstånd som bipolär sjukdom, posttraumatiskt stressyndrom, ätstörningar och tvångssyndrom [2]. I USA hade t ex en fjärdedel av alla kvinnor som screenats med positivt utfall på EPDS en bipolär sjukdom [5].

Detta kräver klara remissvägar och en fungerande samverkan mellan barnhälsovård, primärvård och psykiatri för snabb bedömning och behandling.

Slutligen behöver man identifiera den grupp föräldrar som förutom psykisk ohälsa eller sjukdom också har betydande svårigheter i relationen till sina späda och små barn och erbjuda dessa föräldrar evidensbaserad samspeletsbehandling. Olyckligt nog kan detta endast erbjudas på några få platser i Sverige. Risken för ojämlig vård är här uppenbar. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2018;115:E7X7*

REFERENSER

1. 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 randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(2):134-44.
2. Howard L, Molyneaux E, Dennis C, et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014;384(9956):1775-88.
3. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, et al. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8(2):97-104.
4. Massoudi P, Hwang CP, Wickberg B. How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. *J Affect Disord*. 2013;149(1-3):67-74.
5. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(5):490-8.
6. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *J Obstetr Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(4):410-20.
7. Massoudi P, Hwang CP, Wickberg B. Fathers' depressive symptoms in the postnatal period: prevalence and correlates in a population-based Swedish study. *Scand J Public Health*. 2016;44:688-94.
8. Stein A, Pearson R, Goodman S, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and the child. *Lancet*. 2014;384(9956):1800-19.
9. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, et al. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Dev Psychopathol*. 2004;16(2):231-52.
10. Pearson RM, Evans J, Kounali D, et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age of 18 years. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(12):1312-19.
11. McManus BM, Poehlmann J. Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. *Infant Behav Dev*. 2012;35(3):489-98.
12. Morell CJ, Warner R, Slade P, et al. Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomized trial and economic evaluation. The PoNDER trial. *Health Technol Assess*. 2009;13(30):iii-iv, xi-xiii, 1-153.
13. Nationella riktlinjer. Vård vid depression och ångest-syndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Artikelnr 2017-12-4.
14. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2012. SBU-rapport nr 212.
15. Rikshandboken i barnhälsovård 2016; Wickberg B. Depression hos nyblivna mammor och screening med EPDS. 22 mar 2016. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-ny-blivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>
16. Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. Uppdaterad webbversion 2016. Stockholm: Sveriges förening för obstetrik och gynekologi (SFOG); 2008. Rapport nr 76. <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>
17. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD006116.
18. Skånevård Sund, Kunskapscentrum barnhälsovård. Barnhälsovården Region Skåne. Årsrapport 2016. Version 1.1. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/bhv/arsrapport/barnhalsovard-arsrapport-2016.pdf>