



Post partum depression

*– nedstämdhet och depression
i samband med barnafödande*

Birgitta Wickberg, Philip Hwang

Post partum depression
– nedstämdhet och depression i samband
med barnafödande

Birgitta Wickberg, Philip Hwang

© Statens folkhälsoinstitut 2003:59

Bilagor: © The Royal College of Psychiatrists (1987) anger att Edinburgh Postnatal Depression Scale kan kopieras av forskare och kliniker för individuellt bruk utan att söka tillstånd från förlaget. Skalan måste kopieras i sin helhet och med angivande av källan på alla kopior:

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.

ISSN: 1651-8624

ISBN: 91-7257-254-X

Design: Pangea design

Omslagsfoto: Johan Hedenström, Tiofoto

Foto: Sid 10: Lars Holmquist, Tiofoto, sid 36: Susanne Walström, Bildhuset
sid 50: Miriam Klyvare, Tiofoto

Grafisk produktion: Bergenlid & Prage

Repro och tryck: Pointline/Brolins, Stockholm 2003

Författare: Birgitta Wickberg, Philip Hwang

Redaktör: Carin Bokedal

Innehållsförteckning

Förord	5
Sammanfattning	7
1. Psykisk hälsa i samband med barnafödande	9
Att vara lycklig respektive olycklig som förälder	11
Ett dolt problem	13
Blues, post partum depression (PPD) och puerperal psykos	14
Från depressiva symtom till diagnosen PPD	16
Vad skiljer PPD från en "vanlig" depression?	17
Hur klassificeras PPD?	18
Hur vanligt är PPD?	19
Kvinnors erfarenheter av PPD	20
Är risken större att få en depression efter förlossningen än annars?	23
Hur länge varar en PPD?	24
Vad orsakar en depression post partum?	24
Kan man förutse en PPD?	27
Depression under graviditeten	28
Följderna för mamman av PPD	29
Konsekvenserna av PPD för barnets utveckling	30
Vilken är länken mellan mammans depression och barnets utveckling?	30
Även pappor kan bli deprimerade	33
Pappan som stöd för kvinnan och för barnet	34
2. The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)	35
Bör screening och interventionsprogram införas inom hälsovården?	38
Att använda EPDS på rätt sätt	39
Erfarenheter av screening med EPDS inom barnhälsovården	41
Ett projekt i Kronobergs län	41
Vem ska ge EPDS?	43

När, var och hur ska EPDS användas? _____	43
Svarar kvinnorna sanningsenligt? _____	44
Vad gör man om någon inte vill fylla i formuläret? _____	45
Praktisk användning av EPDS i Sverige _____	45
Bedömning av kvinnor med höga EPDS-poäng _____	47
Journalföring _____	48
EPDS till icke svensktalande kvinnor _____	48
Kan EPDS användas rutinmässigt inom mödrahälsovården? _____	49
3. Stöd och behandling vid depression post partum _____	51
Betydelsen av klara remissvägar _____	54
Stödjande samtal _____	55
Vad är stödjande samtal? _____	55
Stödjande samtal vid PPD _____	56
BVC-sjuksköterskans roll i stödjande samtal _____	57
Hur kan man börja samtalet? _____	58
Att svara med en reflekterande fråga _____	58
Att förstå meningen i det som sägs _____	59
Att sammanfatta _____	59
Tystnad _____	59
Stöd _____	60
Summary _____	61
Referenser _____	63
Bilagor: Edinburgh Postnatal Depression Scale _____	75
Språkversioner på engelska, svenska (med kodningsmall), spanska och arabiska	

Förord

Intresset för post partum depression (PPD) har sedan 1990-talet ökat starkt inom forskning, i klinisk verksamhet och bland föräldrar. Forskningen lyfter fram att nästan var åttonde nybliven mamma uppvisar tecken på eller har en depression. Det visar sig även att om en sådan depression blir långvarig, kan den få negativa följder för barnet, för kvinnans egen hälsa och för föräldraparets relation. Det finns bl.a. risk för att en depression hos mamman kan störa hennes samspel med barnet och därigenom påverka barnets utveckling på längre sikt. Denna ökade kunskap har medfört att man inom hälsovården så tidigt som möjligt försöker uppmärksamma spädbarnsfamiljer där mamman visar tecken på depression.

Rapporten *Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande* ger en kunskapsöversikt om perinatal psykisk ohälsa. Med hjälp av en enkel självskattningsskala, *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), kan man lättare upptäcka mammor med depression eller tecken på depression och erbjuda dem olika typer av hjälp. Detta förutsätter emellertid att skalan används som en del i ett genomtänkt och väl förankrat program för psykisk hälsovård i samband med barnafödande.

EPDS används inom hälsovården i flera länder, t.ex. i Storbritannien och Australien. I rapporten diskuterar författarna om skalan bör användas rutinmässigt även i svensk barnhälsovård och vilka förutsättningar som i så fall bör skapas. Exempel på sådana förutsättningar är att hälsovårdens personal erbjuds fortbildning kring metoden och regelbunden konsultation av BVC-psykolog samt att vårdkedjan till allmänläkare och psykiater är etablerad. Man behöver också väga in vilka tids- och specialistresurser som bör avsättas.

Författarna poängterar att en skattningsskala som EPDS aldrig kan ersätta en klinisk bedömning utan bör användas som en del i ett screeningförfarande där en sådan bedömning ingår. I rapporten ges praktiska anvisningar som är baserade på rekommendationer från skalans upphovsmän

och anpassade till svenska förhållanden.

Rapporten beskriver också olika typer av stöd och behandling som kan erbjudas nyblivna mammor med post partum depression. Mer ingående beskrivs hur barnavårdscentralens sjuksköterska kan arbeta med en metod för stödjande samtal, något som har visat sig vara särskilt effektivt för de deprimerade mammor som inte behöver specialhjälp.

Metoden för screening av depression post partum inom barnhälsovården innebär ett delvis nytt arbetssätt, där man uppmärksammar även mammas hälsa – inte bara barnets. Metoden ger BVC-sjuksköterskan en struktur för att samtala med *alla* nyblivna föräldrar om hur de mår. På så sätt ökar möjligheten att rikta hälsovårdens insatser, genom att de kvinnor som har få eller inga problem erbjuds färre besök och de som behöver samtalsstöd erbjuds fler. Det nya arbetssättet med stödjande samtal är evidensbaserat, det vill säga att det bygger på forskningsresultat och samtalen ges i första hand av BVC-sjuksköterskan.

Denna rapport vänder sig i första hand till personal inom primärvården, (barnmorskor, BVC-sjuksköterskor, allmänläkare, barnläkare i öppen vård, mödra- och barnhälsovårdspsykologer) samt personal inom psykiatri. Förhoppningen är att den skall ge vägledning för hur nedstämdhet och depression efter förlossning kan bemötas inom hälso- och sjukvård.

Vi hoppas att rapporten också skall bidra till en positiv utveckling genom att förse sjukvårdens politiker och administratörer med ett faktaunderlag.

Rapporten har på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut tagits fram av fil dr Birgitta Wickberg och professor Philip Hwang. Värdefulla synpunkter på rapporten har givits av professor Claes Sundelin. Carin Bokedal har varit projektledare och redaktör för rapporten vid Statens folkhälsoinstitut.

Gunnar Ågren

Generaldirektör

Carin Bokedal

Projektledare

Sammanfattning

Intresset för depression post partum har under 1990-talet ökat starkt inom forskning, i klinisk verksamhet och bland föräldrar. Ett av skälen till detta är att forskningen visat på vad det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn betyder för barnets fortsatta utveckling. Man har också funnit att en depression hos mamman efter förlossningen kan ha långvariga negativa effekter för barnets utveckling. Andra skäl har att göra med kvinnans egen hälsa och föräldraparets relation. De kvinnor som löper en ökad risk att reagera med en depressionsperiod i samband med barnafödande är de som är särskilt sårbara (av biologiska, psykologiska och sociala skäl) och som utsätts för traumatiska händelser eller långvarig vardagsstress. Tillgång till stöd och hjälp tycks vara avgörande för om kvinnan ska drabbas eller inte. Särskilt utsatta är de kvinnor som saknar stöd i den egna familjen.

Antalet nyblivna mammor med en depression eller tecken på en depression är lika stort i Sverige som i andra västländer, cirka 13 procent. Även om de flesta depressioner av lättare slag går över inom några månader, finns en risk för längre och svårare depressionstillstånd om mamman inte får adekvat hjälp. Det är därför viktigt att inte bagatellisera nyblivna mammors depressionstecken. Givetvis är det lika angeläget att inte sjukdomsförklara vanliga, övergående problem som har att göra med processen av omställning till att bli förälder, även om den risken sannolikt är mindre.

Den ökade kunskapen har aktualiserat behovet av att så tidigt som möjligt uppmärksamma spädbarnsfamiljer där mamman har tecken på en depression. Med hjälp av en enkel självskattningsskala, EPDS, kan barnhälsovården upptäcka dessa mammor och erbjuda olika typer av hjälp. Stödjande samtal har visat sig vara effektiva som en första insats för dem som inte behöver specialisthjälp.

Innan man introducerar ett nytt arbetssätt kring depression post partum bör det förankras hos hälsovårdens ledning. Man bör också ta ställning till vad det medför i form av extra tid, fortbildningsprogram och behov av specialistresurser (t.ex. barnhälsovårdspsykolog, spädbarnsverksamhet och vuxenpsykiatri).

Det tål att upprepas att EPDS är en skattningsskala, som ger en uppfattning om en persons sinnesstämning just när den fylls i. (Som bäst ger den en sammanfattning av veckan som har gått.) Den kan aldrig ersätta en klinisk bedömning, utan ger endast en indikation om att det finns behov av ytterligare bedömning.

Det är således viktigt att betona att EPDS inte bör användas isolerat, utan som en del i ett förfarande där professionell bedömning och klinisk intervju ingår.

En metod för screening av depression post partum inom barnhälsovården innebär ett delvis nytt arbetssätt, där man också uppmärksammar föräldrarnas hälsa – inte bara barnets. Något som också är nytt är att den hjälp som erbjuds, i form av stödjande samtal, är evidensbaserad (dvs. bygger på forskningsresultat) och i första hand ges av BVC-sjuksköterskan. Metoden ger BVC-sjuksköterskan en struktur för att samtala med *alla* nyblivna föräldrar om hur de mår. På så sätt ökar möjligheten att rikta hälsovårdens insatser, genom att de kvinnor som har få eller inga problem erbjuds färre besök och de som har behov av samtalsstöd erbjuds fler. Det är möjligt att ett sådant arbetssätt inte nödvändigtvis kräver mer resurser utan kan rymmas inom den nuvarande hälsovården. En utvärdering av metodens kostnadseffektivitet och av hur den uppfattas av föräldrar och hälsovårdspersonal behöver emellertid göras.

Det nya arbetssättet kring depression post partum, som det beskrivits i denna skrift, stämmer väl överens med det förhållningssätt som föreslagits för barnhälsovårdsarbetet i framtiden (MFR 1999). Det syftar tydligare än tidigare till att stärka föräldrarnas självkänsla och kompetens, något som gagnar såväl föräldrarna som barnen. Dessutom får barnhälsovården ett mycket starkt markerat ansvar för att uppmärksamma behovet av insatser under barnets två första levnadsår.

1.

PSYKISK HÄLSA I SAMBAND MED BARNAFÖDANDE



1.

PSYKISK HÄLSA I SAMBAND MED BARNAFÖDANDE

I de flesta kulturer uppfattar man barnafödande som en glädjefylld händelse. Att bli förälder förknippas med självförverkligande och hopp om framtiden. Men denna schablonbild står ibland i stark kontrast till verkligheten. En del kvinnor känner sig känslomässigt labila, oroliga och nedstämda under den första tiden efter förlossningen. De känner sig inte tillräckligt förberedda eller upplever inte att de har det stöd som behövs för att ”klara av” alla de nya uppgifter som det innebär att vara förälder. Det kan handla om att den nyblivna föräldern är rädd för att förlora sin vanliga ordning och kontrollen över tillvaron, för sömnlösa nätter, men också för förändrade roller. En faktor som bidrar till hur smidigt anpassningen går tycks vara hur relationen till partnern påverkas. Parrelationen är i sin tur bl.a. beroende av hur partnern anpassar sig till föräldrarollen och vilket stöd som de båda förmår att ge varandra. Samtidigt kan andra påfrestningar som t.ex. social isolering, problem med ekonomin eller en oväntat svår förlossning på olika sätt stressa den nyblivna mamman.

Sammantaget kan den första tidens emotionella obalans i vissa fall leda till en depression. I en kvalitativ undersökning av svenska spädbarnsmammor med tecken på depression (Birbrajer & Glas Kullbratt 2002) beskrev exempelvis en kvinna omställningen till moderskap som ”att kämpa i motvind”.

”... det har varit värt att kämpa för att de ska ha det bra, fast det är synd att det kostade så mycket liksom ... jag kände att det var så mycket jag fick göra i motvind, jag kände att allting var jobbigt, att komma sig för att gå ut, så jag kände att jag fick kämpa mig igenom sånt som inte borde vara jobbigt egentligen ...”.

Att vara lycklig respektive olycklig som förälder

Under 1970- och 1980- talen ansågs det allmänt att depression i samband med barnafödande var ett västerländskt fenomen, som delvis kunde för-

klaras av brist på ”ritualer” kring födandet och stöd till den nyblivna mamman. Det saknades emellertid tvärkulturella studier (Cox & Holden 2003). Under 1990-talet har forskningen visat att depression i samband med barnafödande är vanligt i en rad olika länder och kulturer (se vidare sidan 20).

Vilka skillnader och likheter finns mellan föräldrar i olika länder när det gäller synen på barnafödande och psykisk hälsa? I en nyligen genomförd studie medverkade mammor och pappor från åtta europeiska länder (inklusive Sverige), samt Japan, USA och Uganda (Wickberg & Nordström 2001; Oates m.fl. 2003). Man frågade de medverkande föräldrarna bl.a. om vad det innebär ”att vara lycklig” respektive ”att vara olycklig” och vad de trodde låg bakom psykisk hälsa respektive ohälsa under graviditeten och den första tiden efter barnets födelse. En intressant iakttagelse var att de svenska spädbarnspapporna spontant talade om sig själva, till skillnad från pappor i andra länder som oftare beskrev hur de trodde att partnern uppfattade denna period.

De svenska männen ansåg att det som bidrog till att de kände sig ”olyckliga” var för mycket arbete, att inte kunna ta ut pappaledighet, sömnbrist och om kvinnan var för trött för sex. De nyblivna mammorna fokuserade mer på föräldraskapet – att inte vara en tillräckligt bra mamma (”att inte klara av det”), att vara sårbar och stressad, att inte kunna amma – men också att inte ha tid för sig själv respektive för partnern. Den gamla myten om ”moderslyckan” tycktes för dessa mammor ha ersatts av bilden av ”en stark, duktig och kompetent mamma”.

Gemensamt för föräldrarna i de olika länderna var uppfattningen att partners stöd och en god parrelation var det mest betydelsefulla för att känna ”lycka” i samband med barnafödande, medan kvinnorna också poängterade stödet från den egna mamman och från andra kvinnor. Intressant nog nämndes relationen till svärmodern som en bidragande orsak till att kvinnor kände sig olyckliga, i alla länder utom i Sverige. Förklaringar till vad som låg bakom psykisk hälsa respektive ohälsa fanns så gott som uteslutande inom det psykosociala området. Att få stöd från partner, vänner och familj och att ”ha någon att tala med” ansågs avgörande. Först när detta saknades såg man hälsovården som en viktig resurs.

De svenska föräldrarna, både männen och kvinnorna, ansåg att det viktigaste för psykiskt välbefinnande under graviditeten var god hälsa och

en fungerande parrelation. En fördjupad relation till partnern och ett friskt barn var det viktigaste under den första spädbarnstiden. Kvinnorna talade dessutom om livets mening, om miraklet i att ge liv, om att amma, om ökad självkänsla och om att få stöd från partnern, medan männen talade om att fortplanta sina gener, om förlossningsupplevelsen och om att se sin partner lycklig.

Ett dolt problem

Det finns en viss risk att omställningen till att bli förälder sjukdomsförklaras. Men faran är sannolikt väl så stor att man bagatelliserar nyblivna mammors tecken på psykisk ohälsa som något som "hör till" eller "går över". Trots att blivande och nyblivna föräldrar träffar hälsovårdspersonal ofta och regelbundet, upptäcks relativt sällan mammor med exempelvis depressiva symtom (Seeley m.fl. 1996; Johanson m.fl. 2000). En svensk undersökning visade exempelvis att vid rutinbesök på BVC tre månader efter förlossningen identifierades endast 2 procent av alla mammor som deprimerade (Bågedahl-Strindlund & Monsen-Börjesson 1998). Det finns flera tänkbara förklaringar till att så få mammor upptäcktes. För det första saknar hälsovårdens personal ofta rutiner för att aktivt leta efter mammor som inte mår bra. Dessutom vill nyblivna mammor sällan avslöja sina känslomässiga svårigheter, eftersom de är rädda för att "inte duga" som mammor (Brown & Lumley 2000).

Kvinnorna söker inte heller själva hjälp och vet ibland inte ens om att de har en depression. McIntosh (1993) fann att av 60 mammor med post partum depression (PPD) sökte majoriteten inte hjälp av någon, och endast en fjärdedel vände sig till personal inom hälsovården. Mammornas egen uppfattning om vad som var orsaken till svårigheterna och motstånd mot att avslöja dem angavs som förklaringar. Mammorna beskrev sina depressioner i termer av yttre tryck, som föräldrastress eller som ekonomiska problem, t.ex. arbetslöshet eller problem med bostaden. De såg sina problem som en "normal" reaktion på "onormal" stress, med andra ord som ett socialt och inte ett medicinskt problem. Som en följd av detta förväntade de sig inte någon hjälp från hälsovården. För många kvinnor var den bästa hjälpen att kunna dela sina tankar och känslor med någon utomstående och få reda på att de inte var ensamma om sina erfarenheter. Small med medarbetare fann (1994) att trots att de flesta mammor med

depression uppfattade sig som deprimerade ville en tredjedel inte kalla sig så, och endast en tredjedel sökte professionell hjälp. På liknande sätt berättade endast en tredjedel av de svenska spädbarnsmammor som bedömts som deprimerade av sina BVC-sjuksköterskor själva om sina svårigheter (Wickberg-Johansson m.fl. 1996).

Blues, post partum depression och puerperal psykos

Tiden efter förlossningen kan tydligen för många kvinnor innebära en period av ökad psykologisk sårbarhet. Denna sårbarhet kan visa sig i ett brett spektrum av reaktioner, från en helt normal och snabbt övergående labilitet och nedstämdhet, s.k. "blues", till ett sällsynt men allvarligt sjukdomstillstånd, en psykos. "Blues" förekommer hos varannan mamma några dagar efter förlossningen, medan psykos drabbar 1–2 av 1 000 förlösta kvinnor (O'Hara 1987). En depression post partum, dvs. efter förlossningen, ligger mellan dessa ytterligheter. Den kan variera i svårighetsgrad från en lättare till en mer uttalad depression som uppfyller kriteriet för diagnosen "egentlig" eller klinisk depression.

Det har förts en debatt om huruvida "blues", depression post partum och puerperal psykos är tre helt separata störningar eller en enda med olika svårighetsgrad (Brockington 1992). Eftersom orsaksbakgrund, tid för "insjuknande" och symptombild skiljer sig åt anser man vanligen att det rör sig om olika tillstånd ("post partum mood disorders") med sinsemellan olika svårighetsgrad (Boath & Henshaw 2001; Cox & Holden 2003).

Det engelska begreppet "post partum blues", eller "maternity blues" saknar motsvarighet på svenska. Det är en övergående känslomässig labilitet (under de första dagarna efter förlossningen med en varaktighet på 1–2 dygn), irritabilitet, närhet till gråt och sömnrubbing som uppträder hos 50–80 procent av alla nyförlösta mammor (Harris 1994). Hormonella faktorer, t.ex. det kraftiga östrogenfallet efter förlossningen, anses ligga bakom en "bluesreaktion", medan psykosociala faktorer inte anses bidra i någon större utsträckning (Boyce 1994). En "blues" kan också ses som en utmattningsreaktion efter en period av ökad anspänning (oro inför förlossningen och för om barnet är friskt), utmattning efter själva förlossningen och sömnlöshet före och i samband med förlossningen.

Eftersom "blues" är en så pass vanlig och övergående reaktion, behövs

vanligtvis endast information till föräldrar och förståelse från BB-personalen. Ett varningstecken är om tillståndet inte går över. Flera studier har visat att en kraftig, förlängd "blues" kan vara tecken på en begynnande PPD (Cox m.fl. 1982; Henshaw 2000). Med dagens ofta mycket korta BB-vistelser är det framför allt barnavårdscentralens sjuksköterska som kan uppmärksamma om en nybliven mamma har en förlängd, kraftig "bluesreaktion". Vid det första hembesöket bör man alltså fråga den nyblivna mamman hur hon mår, för att därigenom upptäcka en sådan reaktion.

Det som kännetecknar en depression post partum är ett sänkt stämningsläge som gör att vardagen upplevs som tung och grå. Skuldkänslor som har att göra med känslor av att inte räcka till som mamma, av tomhet och av att inte "vara sig själv" dominerar. Andra vanliga reaktioner är svårigheter att koncentrera sig och att fatta beslut, aptit- och sömnrubbingar (som inte direkt beror på barnet) extrem trötthet och brist på energi. En del kvinnor upplever att de tappat kontrollen över tillvaron, vilket kan leda till stegrad oro, panikliknande attacker och vredesutbrott. Själva kärnan i en depression har beskrivits som en känsla av hopplöshet inför hela livssituationen (Brown & Harris 1978).

Den allvarligaste formen av en psykisk störning i samband med eller efter barnafödande är en puerperal psykos. Det är en akut psykotisk reaktion, som vanligen inträffar strax efter eller under de första veckorna efter förlossningen och som kräver sjukhusvård. Kännetecknande är djup depression, mani, vanföreställningar och bristande verklighetsförankring (desorientering i tid, rum eller person). Puerperal psykos är sällsynta och drabbar endast 1–2 av 1 000 förlösta kvinnor per år, en frekvens som varit relativt stabil under olika tidsepoker och i olika kulturer (Kumar 1994). Även om orsaken anses vara biologisk, kan psykosociala "stressorer", som sömnbrist, bidra till att psykos bryter ut (Boyce 1994). Prognosen är god om tillståndet upptäcks och behandlas i tid. Återfallsrisken för en kvinna som tidigare haft en psykos, oavsett om det var i samband med barnafödande eller inte, har uppskattats till mellan 1/2, dvs. 50 procent (Marks m.fl. 1992) och 1/3, dvs. cirka 33 procent (Wieck m.fl. 1991).

Eftersom risken för återfall i psykos är så stor, bör det vara rutin att ta en noggrann anamnes när den blivande mamman kommer till det första besöket på mödravårdscentralen. För en gravid kvinna som tidigare haft en psykos kan ett psykosocialt "skyddsnet" etableras genom att hon er-

bjuds fler besök hos barnmorskan och kontakt med MVC-psykolog och/ eller psykiater, samt genom att förlossningsvården förbereds noggrant. Att få sova ut efter förlossningen, få lugn och ro under BB-tiden och erbjudande om "individualiserad" BB-vård (dvs. mer stöd och längre vårdtid) kan minska stressen och öka tryggheten för den nyblivna mamman. Försök med att ge östrogentillskott efter förlossningen för att minska återfallfrekvensen hos nyförlösta kvinnor som tidigare haft en psykos har inte gett särskilt goda resultat (Kumar m. fl. 2003).

I England finns, till skillnad från i Sverige, s.k. tvärfackliga team med specialistkunskap som rör bl.a. PPD och puerperal psykos. På vissa håll finns t.o.m. särskilda mor- och barnenheter inom den psykiatriska vården (Royal College of Psychiatrists 2000). I Sverige, där det finns psykologer inom mödra- och barnhälsovården och på många håll kvalificerade spädbarnsverksamheter, saknas däremot ofta tillgång till en psykiater som är specialiserad inom området barnafödande och psykisk hälsa.

Från depressiva symtom till diagnosen PPD

I vardagligt språkbruk har begreppet depression ofta flera betydelser och kan täcka hela skalan av reaktioner från nedstämdhet till den djupaste formen av depression eller melankoli. En depression kan ses som en "normal" reaktion på stress och svårigheter, som en reaktion i gränsområdet mellan en "normal" reaktion och ett psykiskt sjukdomstillstånd eller som en klinisk depression. I engelskspråkiga länder är begreppet "postnatal depression" allmänt känt och betecknar alla grader av depressiva symtom i samband med barnafödande. I USA används begreppet "post partum depression", medan det i svenskan saknas ett etablerat begrepp för en depression hos mamman under de första månaderna efter förlossningen. En förklaring till detta kan vara att man i Sverige i allmänhet använder ordet depression för att beteckna kliniska tillstånd (egentlig depression).

Inte bara hos allmänheten utan också inom hälso- och sjukvården finns olika begrepp och synsätt när det gäller depression hos barnafödande kvinnor. Inom psykiatri och primärvård används diagnosystem som DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) respektive ICD-10 (World Health Organization 1992) för att skilja ett psykiskt sjukdomstillstånd, t.ex. en depression, från det som är "friskt". Inom mödra- och barnhälsovård, där man arbetar förebyggande, är en sådan distinktion emellertid mindre vik-

tig. När det gäller psykologiska symtom finns inte någon skarp gräns mellan vad som är ”friskt” och ”sjukt”. I stället menar man det finns en gränzon mellan hälsa och ohälsa (Goldberg 1980). Inom mödra- och barnhälsovården är målet att förebygga eller upptäcka tidiga tecken på en depression och att ge stöd och hjälp så att inte ett sjukdomstillstånd bryter ut. Med en sådan målsättning blir både depressiva symtom, subkliniska (lättare) depressioner och diagnostiserade kliniska depressioner en angelägenhet för hälsovården.

Vad skiljer PPD från en ”vanlig” depression?

En depression post partum skiljer sig inte från depressioner under andra perioder i livet när det gäller hur den yttrar sig (symtombild) eller hur ofta den förekommer (Whiffen 1992; Cooper & Murray 1998; O’Hara m.fl. 1990). Det som är unikt är tidpunkten när den inträffar, dvs. när kvinnan nyligen har fött barn.

Även om PPD i dag betraktas som en ”vanlig” icke-psykotisk depression finns flera faktorer som skiljer den från andra depressionstillstånd. En sådan särskiljande faktor har att göra med att kvinnan är nybliven mamma, vilket påverkar hur hon upplever depressionen. Det är större risk att kvinnans självkänsla påverkas negativt och att hon som en konsekvens av depressionen senare upplever att hon delvis gått miste om denna viktiga period i livet. Andra faktorer som skiljer PPD från andra depressioner är att påverkan på barnet sannolikt är större under denna känsliga utvecklingsperiod än annars, och att den ”nybildade” familjen befinner sig i stark förändring när det gäller exempelvis roller och arbetsfördelningen i hemmet. Det mest slående med en depression under spädbarnstiden är emellertid att den inte enbart påverkar kvinnan. Den riskerar också att påverka hennes relation till barnet och till partnern. Något som är positivt i detta sammanhang är dock att nyblivna mammor är mer mottagliga för hjälp och att de oftast har kontakt med olika stödsystem, t.ex. mödra- och barnhälsovården.

Man har frågat sig om kvinnor som är deprimerade post partum egentligen kan delas in i två olika grupper: en där depressionen i första hand har att göra med barnet och att vara nybliven förälder och en där den inte har med detta att göra. Resultaten från en engelsk undersökning tyder på att det kan vara på detta sätt (Cooper & Murray 1995). Två grupper av

förfödärskor med depression post partum följdes där under fem års tid. Man fann att för de kvinnor som blivit deprimerade för första gången i samband med barnafödande var risken större att få en depression i anslutning till nästa barns födelse än för de övriga. För de kvinnor vars PPD var ett återfall, dvs. de som hade haft depressioner tidigare i livet, fanns en förhöjd risk för att bli deprimerade igen senare, dock inte i samband med barnafödande.

Hur klassificeras PPD?

Den kliniska bilden av en depression post partum är densamma som för depressioner under andra perioder i livet. Varken klassificeringssystemen ICD-10 eller DSM IV innehåller någon särskild kategori för psykiska störningar under puerperiet, dvs. i samband med barnafödande. I ICD-10 kan dock tillägget ”puerperal” göras om störningen debuterar inom sex veckor efter barnets födelse och inte kan klassificeras på annat sätt, medan DSM-IV specificerar en depression som startar inom fyra veckor efter förlossningen (”with postpartum onset”). Det saknas emellertid vetenskapligt stöd för dessa tidsangivelser. I stället har man funnit att för majoriteten av kvinnorna börjar de depressiva symtomen under de första tre månaderna (Cooper & Murray 1998) och för en mindre grupp under de första sex månaderna efter förlossningen.

Vid en konferens som nyligen organiserades i Allmänna Barnhusets regi utarbetades rekommendationer för ändringar i de båda klassifikationssystemen (Paykel 2000). Man föreslog att termen ”post partum depression” – PPD – skulle användas för att beskriva alla depressiva störningar under det första året efter barnafödande, som inte har psykotiska kännetecken (Cox & Holden 2003).

För att det ska kallas en depression måste enligt DSM-IV minst fem av kriterierna nedan uppträda samtidigt under en period av minst två veckor, och att de innebär en betydelsefull nedsättning i individens sociala eller yrkesmässiga förmåga. Dessutom ska åtminstone ett av symtomen vara antingen a) sänkt stämningsläge eller b) förlust av intressen eller välbefinnande.

- Sänkt stämningsläge under största delen av dagen nästan varje dag (eng. depressed mood).
- Markerad förlust av intressen eller välbefinnande vid alla eller

- nästan alla aktiviteter under nästan alla dagar.
- Betydande viktörlust eller viktökning eller ökad eller minskad aptit.
 - Sömnsvårigheter eller överdrivet sömnbehov.
 - Psykomotorisk oro eller hämning nästan varje dag.
 - Trötthet eller förlust av psykisk energi nästan varje dag.
 - Känsla av värdelöshet eller överdriven känsla av skuld nästan varje dag.
 - Försämrade möjligheter till mental koncentration eller obeslutsamhet nästan varje dag.
 - Återkommande döds- eller självmordstankar.

Hur vanligt är PPD?

En lättare eller svårare PPD drabbar åtminstone 10 procent av alla kvinnor under den första spädbarnstiden. I epidemiologiska studier varierar förekomsten mellan 8 och 15 procent. Frekvensen beror bl.a. på vilken mätmetod som används och den grupp (population) och tidsperiod som studeras. I en analys av 59 studier med sammanlagt cirka 13 000 kvinnor redovisade O'Hara och Swain (1996) en genomsnittlig förekomst på 13 procent. Överensstämmelsen mellan skattningsskalor och muntliga intervjuer var hög. I de studier där diagnosen depression ställdes med hjälp av diagnostiska (DSM-III-R) kriterier för egentlig depression, var den genomsnittliga prevalensen betydligt lägre, cirka 7 procent.

Liknande resultat fick man i en Göteborgsstudie, där 1 655 nyblivna mammor besvarade självskattningsskalan, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), vid två tillfällen efter förlossningen (Wickberg & Hwang 1997). Två månader efter förlossningen visade 12,5 procent av kvinnorna tecken på depression, och tre månader efter förlossningen var antalet kvinnor med depressionstecken 8,3 procent. Intressant nog hade endast 4,5 procent av kvinnorna höga depressionspoäng vid båda tillfällena, och för dessa kvinnor fanns risk för att depressionsperioden skulle vara längre.

I stort sett samma resultat fick man i en undersökning som omfattade drygt 2 500 kvinnor spridda över hela Sverige (Rubertsson m.fl. 2003 b). Man kan anta att förekomsten i Sverige t.o.m. är något högre än 12 procent, eftersom endast kvinnor som talade svenska deltog i undersökningen. (Kvinnor med annat modersmål än svenska visar vanligtvis högre EPDS-

poäng än svenska kvinnor.)

Något högre siffror rapporterades i en studie av 300 kvinnor bosatta i södra Stockholmsregionen (Bågedahl-Strindlund & Monssen-Börjesson 1998). Tre månader efter förlossningen visade 14,5 procent av kvinnorna depressionstecken. Av 39 kvinnor med tecken på depression uppfyllde emellertid endast en kvinna kriterierna på en ”egentlig” depression, medan 18 kvinnor hade en lindrigare form av depression. Att antalet kvinnor med depressionstecken var högre i denna undersökning beror antagligen på att den genomfördes i ett storstadsområde med högre andel invandrar-kvinnor och ekonomiskt utsatta kvinnor.

Skillnader i det sociala och kulturella sammanhanget kring barnafödandet är troligtvis en av förklaringarna till varför frekvensen av depression post partum skiljer sig åt mellan olika länder. PPD är betydligt vanligare i storstadsområden där fler ekonomiskt utsatta familjer bor. I en afrikansk stadsdel i Kapstaden hade en tredjedel av alla mammor ett allvarligt depressionstillstånd (Cooper m. fl. 1999). Ungefär lika stor var andelen mammor med PPD i en fattig stadsdel i Dublin på Irland (Cryan m.fl. 2001). I ett jämförelsevis homogent samhälle som ön Malta var PPD-frekvensen lägre, och depressionsperioderna var vanligtvis kortare (Felice 1998). Depression post partum är också mindre vanligt i kulturer med tydliga föräldraroller, t.ex. Japan och Malaysia, och i samhällen där barnafödande ger gifta kvinnor hög status (Cox & Holden 2003).

Kvinnors erfarenheter av PPD

Under senare år har man särskilt intresserat sig för kvinnors egna erfarenheter av PPD. Följande citat är hämtade från en svensk studie, där 150 nyblivna mammor intervjuades 2–3 månader efter förlossningen (Wickberg & Hwang 1997).

”Så mycket man ska göra i dag för att bli en bra mamma. Mycket högre krav på BB och överallt. Det är svårt att orka med sig själv. En trött mamma är ingen bra mamma, trött jämt ... en trötthet som inte beror på barnet (sover bra). Tappat lusten att göra någonting. Känner mig avskärmad från omvärlden. ”

”Jag orkar inte lyssna på andra, är överkänslig för ljud ... ljudet liksom fördubblas. Uppvarvad, allting måste vara tipptopp annars mår jag dåligt. Börjar tro att jag är knäpp. Har panik fram på eftermiddagen, kvällen. Samvetskvalen gör mig knäpp. Ser inte fram emot något längre. Klumpen i magen, irritationen, ångesten, en våldsamt ilska Jag tycker synd om andra. Vem tycker synd om mig? ”

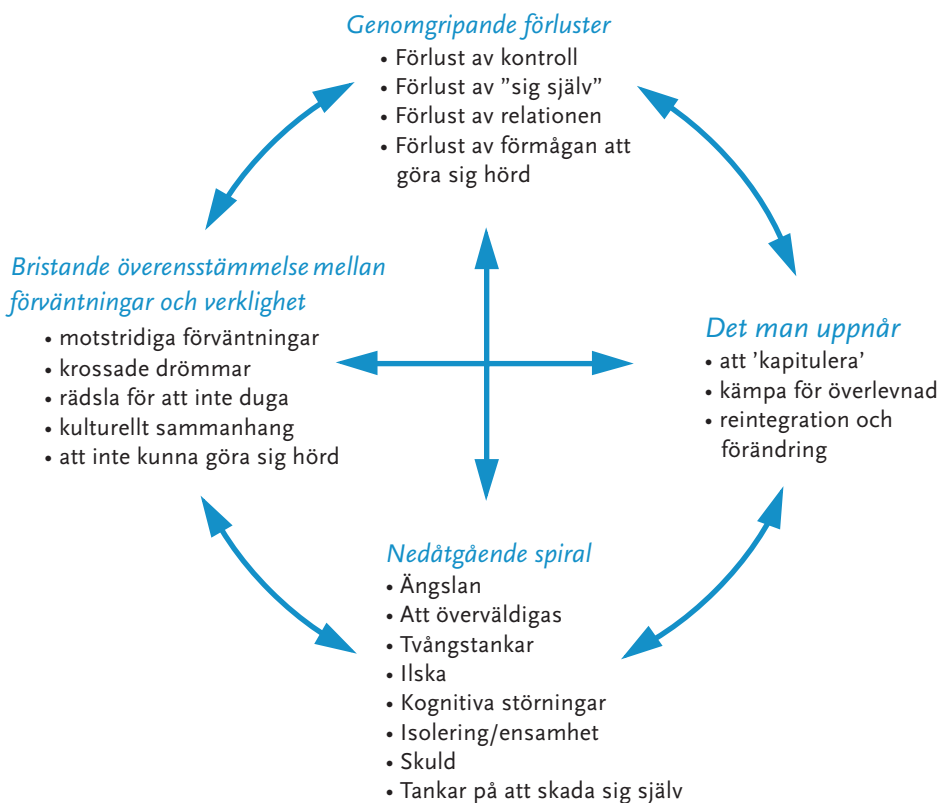
”Jag mår ganska dåligt, är mycket lessen. Det kommer smygande. Åker hemifrån, flyr iväg, men det kommer över mig ändå ... lessen, orolig, rastlös. ”

”Har blivit mycket osäker och spänd i kontakten med andra. Känner mig instängd, ensam, låst, jag kan inte beskriva det ... en ond cirkel. Tänker sådant man inte får tänka.”

”När jag var gravid var alla måna om mig, pang, nu finns jag inte mer. Man går hela sin graviditet på MVC, plötsligt över till BVC. BVC ser bara barnet. Jag skulle vilja flytta över mig själv till BVC ... Hudlösare på något sätt, man tar åt sig allting, oroar mig för allt. ”

”Saknar tiden med första barnet. Dåligt samvete för det stora barnet. Kan inte ge mer, försöker men räcker inte till för båda. Tappat livsglädjen, man är inte sig själv, kan inte glädjas på samma sätt, man suger ut sig. Orkar bara inte ... det går till en viss gräns. Försöker vara engagerad men orkar inte ... jag upplever att jag finns inte längre. Maria existerar inte längre, är bara mamma. Deppig, allt är jobbigt ... räcker inte till, trött på allting, fruktansvärt splittrad. Illskan och irritationen har ökat katastrofalt.”

I en nyligen genomförd sammanställning av 18 studier av drygt 300 kvinnors erfarenheter av PPD (Beck 2002) sammanfattades beskrivningarna under fyra rubriker: genomgripande förluster, bristande överensstämmelse mellan förväntningar och verklighet, en nedåtgående spiral samt mål att uppnå.



Modell efter Beck (2002) *Postpartum depression: A metasynthesis*. *Qualitative Health Research*, 12, 453-72.

I en svensk studie intervjuades åtta kvinnor som haft PPD och som gått i samtalsbehandling hos psykolog inom barnhälsovården (Birbrajer & Glas Kullbratt 2002). Kvinnorna sammanfattade sina erfarenheter på följande sätt: Förväntningar som inte infriades påverkade deras hela tillvaro. De

krävde av sig själva att vara duktiga och klara allt själva. Kvinnorna försökte upprätthålla skenet av att allt var bra, men de upplevde sig som ensamma och övergivna. Omställningen till moderskap var en överväldigande upplevelse. De var tyngda av skuld, befann sig i ett känslomässigt tomrum eller var fyllda av skam inför sina tankar och känslor. Tillvaron präglades av en genomträngande oro. Krav och måsten tog överhanden i tillvaron med barnen. Kvinnorna plågades av otillräcklighet och misslyckanden och upplevde behov av att själva bli omhändertagna. Kännetecknande var att de hade motstridiga känslor inför sig själva och barnen och att de var rädda för sina tankar och känslor. Några var rädda att de skulle skada sina barn och sökte strategier för att kontrollera sina tankar och känslor i relation till barnet. Andra riktade ilska mot sig själva och omgivningen. En del kvinnor valde att inte belasta sin omgivning och i synnerhet inte sina män. Slutligen beskrev en del av kvinnorna sina erfarenheter som om de mötte ”spöken från den egna barnkammaren”.

Dessa teman stämmer väl överens med vad man funnit i studier genomförda i andra europeiska länder och i Nordamerika (Beck 2002). Ett tema, nämligen att ”kvinnorna kände skam inför sina tankar och känslor”, fanns dock endast hos de svenska mammorna. Även om antalet intervjuade kvinnor är få är deras beskrivningar viktiga för att man ska förstå innebörden av en depression post partum.

Är risken större att få en depression efter förlossningen än annars?

Som nämnts tidigare har tiden efter en förlossning beskrivits som en riskperiod när det gäller kvinnors psykiska hälsa, men det handlar i första hand om en ökad risk att drabbas av en psykos (Kendall m.fl. 1987). Även om psykos post partum är sällsynta (1–2 promille) är risken för en kvinna att behöva vårdas på sjukhus för ett psykiskt sjukdomstillstånd 20–30 gånger större i samband med barnafödande än under andra perioder i livet (O’Hara 1997).

Man har däremot visat att det *inte* är vanligare med icke-psykotisk depression bland mammor under det första spädbarnsåret än vad det är annars (Cooper & Murray 1998; O’Hara m.fl. 1990).

Depressionens svårighetsgrad, hur den yttrar sig och hur länge symtomen varar är dock annorlunda. Hos spädbarnsmammor är depressionerna oftare lättare, och de har mer oro och ångest än andra deprimerade

kvinnor (Nott 1987).

I Sverige, där fattigdom är sällsynt och föräldraförsäkringen generös, är frekvensen kvinnor med depressiva symtom (mätt vid ett enda tillfälle) visserligen lika hög som i andra länder, men andelen mammor med en längre eller allvarligare depressionsperiod tycks vara betydligt mindre (Wickberg & Hwang 2001).

Hur länge varar en PPD?

För de flesta kvinnor går en depression post partum över inom några månader till ett halvår (Cooper & Murray 1998), men för en del kan den vara i ett år eller t.o.m. längre (Campbell m.fl. 1992; Milgrom & McCloud 1996). Ungefär en tredjedel av kvinnorna får en långvarig eller återkommande depression (Kumar & Robson 1984).

Milgrom och McCloud har rapporterat att hälften av de kvinnor som haft en PPD fortfarande hade vissa symtom kvar efter två år (1996). Även om depressionsepisoden inte varar längre än för depressioner vid andra tillfällen, tycks vissa symtom fortsätta längre och vara allvarligare för kvinnor som nyss har fött barn (O'Hara 1997).

Tillgången till socialt stöd och den status som barnafödande har i ett samhälle tycks vara faktorer som har betydelse för depressionsperiodens längd.

Vad orsakar en depression post partum?

Under de senaste åren har mycket intresse ägnats åt vad som utgör risk för en depression post partum (O'Hara & Swain 1996; Beck 2001). Svaret är att det inte finns någon enskild orsaksfaktor som förklarar varför en del kvinnor råkar ut för detta, medan andra inte gör det. Forskningen kring riskfaktorer har sammanställts i två s.k. metaanalyser som omfattar ett stort antal studier som alla uppfyller vissa metodkrav (O'Hara & Swain 1996; Beck 2001).

Psykologiska och sociala faktorer tycks emellertid vara särskilt betydelsefulla. Exempel på sådana faktorer är traumatiska eller stressande händelser, konflikter i parrelationen, bristande stöd från partnern och från vänner och familj, samt sociala och ekonomiska svårigheter. Att mamman redan tidigare har varit deprimerad är ytterligare en riskfaktor, särskilt om obstetriska komplikationer tillstöter eller om barnet har ett besvärligt

temperament (O'Hara & Swain 1996).

Dålig självkänsla, stress som har att göra med omsorgen om barnet, att vara ensamstående och en oplanerad graviditet är ytterligare riskfaktorer (Beck 2001). Dessutom, vilket inte är särskilt förvånande, påverkas mammas psykiska hälsa av hur hon mår fysiskt efter förlossningen.

Trots en mycket omfattande forskning finns det inte stöd för idén att hormonella faktorer bidrar till en depression post partum. Ett undantag är de cirka 1 procent av alla nyblivna mammor som har en sköldkörtelrubbning. Hos dessa kvinnor startar depressionen senare, omkring 2–5 månader efter förlossningen. Det är möjligt att en sådan rubbning kan vara en konsekvens av immunologiska förändringar som uppstått på grund av stress (Harris 1994).

Nyligen har man studerat riskfaktorer i samband med PPD i en svensk undersökning (Rubertsson m.fl. 2003 b). Två grupper av kvinnor ingick i undersökningen:

- en grupp med depressiva symtom både under tidig graviditet och två månader efter förlossningen och
- en grupp som endast hade tecken på depression efter förlossningen.

Arbetslöshet, bristande stöd och fysiska hälsoproblem var de viktigaste faktorerna som var kopplade till tecken på PPD i båda grupperna. De kvinnor som hade depressiva symtom både under graviditeten och post partum var mer socialt missgynnade och hade ökad risk för de flesta av de undersökta faktorerna, jämfört med de kvinnor som hade depressiva symtom enbart post partum. De senare verkade ha mer tillfälliga problem, som var relaterade till vilket stöd de fick som nyblivna mammor samt till problem med det nyfödda barnet (t.ex. kinkighet).

Sammanfattningsvis verkar det finnas en ökad risk att reagera med PPD för kvinnor som har med sig en sårbarhet – oavsett om denna är biologiskt, psykologiskt eller socialt betingad – om de utsätts för stress, har fysiska krämpor och saknar psykologiskt stöd.

Jeanette Milgrom och hennes medarbetare i Australien (1999) har försökt integrera såväl biologiska, psykologiska och sociologiska faktorer i en s.k. biopsykosocial modell.

Sociokulturella faktorer
Faktorer som bidrar till en psykosocial ram kring PPD

Orealistiska föreställningar och myter
Brist på samhällsstrukturer för att stödja nyblivna föräldrar
Kulturella förväntningar som inte överensstämmer med de verkliga omständigheterna

Sårbarhetsfaktorer
Faktorer före graviditeten som påverkar mottaglighet

Personlig och kognitiv stil
t.ex. extern "locus of control", perfektionism, dålig självkänsla

Barndomsupplevelser
t.ex dålig relation till den egna modern
hereditet för depression i släkten

Historia av PPD eller klinisk depression
Premenstruellt spänningssyndrom

Negativa livshändelser
t.ex. missfall, dödfött barn, förälders död

Dålig parrelation

Utlösande faktorer
Faktorer kring förlossningen som kan utlösa PPD

Stress

STRESSFYLDA HÄNDELSE
Före förlossningen:
t ex att bli arbetslös
Vid förlossningen:
komplikationer,
t ex akut kejsarsnitt
Efter förlossningen:
t ex sjukdom,
barnets behov,
ekonomisk press

STRESSMODERERANDE
FAKTORER
Brist på socialt stöd,
t ex saknar någon
som man litar på
Icke anpassad
'coping'-stil,
t ex undvikande
beteende

Hormoner
Låg östrogennivå efter förlossningen

Post partum depression (PPD)

Känslor av nedstämdhet, hopplöshet, skuld, värdelöshet, irriterabilitet, oro

Tankar om självmord och döden

Svårigheter att koncentrera sig

Svårigheter att fatta beslut

Långsammare tal och rörelser,
alternativt agitation och hyperaktivitet

Aptit- och sömnstörningar

Förlust av intresse och energi, känsla av utmattning

Förrärande och upprätthållande faktorer
Icke anpassade reaktioner hos kvinnan och partnern

Negativa kognitiva reaktioner, t ex tankar om att inte duga som mamma och partner

Negativa känslomässiga reaktioner, t ex skuld, ilska, oro, frustration

Negativa beteendereaktioner, t ex bristande föräldra förmåga, att dra sig undan

Konflikt i parrelationen

Mor/spädbarnssvårigheter

En biopsykosocial modell av post partum depression.
(efter Milgrom, 1999, sid. 26)

Modellen kallas biopsykosocial för att den inkluderar biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Biologiska faktorer är bl.a. genetiskt inflytande på personligheten och en benägenhet att reagera på hormonella svängningar i samband med graviditeten, förlossningen och nyföddhetsperioden. Psykologiska faktorer kan vara barndomsupplevelser och sättet att anpassa sig (anpassningsstil, ”coping style”). Sociala faktorer är exempelvis parrelationens kvalitet och samhälleliga förväntningar. Flera faktorer tillsammans ökar risken för PPD, även om några få utlösande faktorer kan vara tillräckligt för en sårbar kvinna, medan det behövs flera för att utlösa en depression hos den som är mindre sårbar. Beroende på deras personliga historia kan kvinnor starta på olika punkter i modellen.

En alternativ depressionsmodell har föreslagits av Gut i boken *Den sunda depressionen* (1990). Hon ger inte i första hand svar på vad som orsakar en depression utan menar att den kan ha en positiv funktion. En deprimerad person kan behöva dra sig undan från tidigare relationer och aktiviteter för att bearbeta och ompröva sin uppfattning av omvärlden. Genom en sådan bearbetning kan personen frigöra sig från ineffektiva strategier när det gäller att hantera sina problem. Depressionen kan på så sätt bidra till att nya strategier utvecklas och till att en förändring blir möjlig.

Hur smärtsam en depression än må vara är den alltså inte enbart negativ. Rätt tolkat har den något viktigt att meddela och fyller med andra ord en funktion.

Kan man förutse en PPD?

Austin med medarbetare (2003) genomförde nyligen en noggrann genomgång av 16 studier där man med hjälp av olika självskattningsformulär hade försökt sälla ut vilka gravida kvinnor som riskerade att drabbas av PPD. De fann att inget av formulären uppfyllde kraven för att rutinmässigt kunna användas till gravida kvinnor. Orsakerna till formulärens begränsningar när det gäller att förutsäga depression var troligtvis att frågor om viktiga riskfaktorer som personlighet, tidigare depressioner, svåra barndomsupplevelser och händelser som inträffat efter förlossningen inte fanns med i dem. Dessutom är det självklart omöjligt för kvinnan att under graviditeten ta ställning till sådant som inträffar efter förlossningen och som kan bidra till att en depression utvecklas, t.ex. en traumatisk förlossnings-

upplevelse, ”allvarlig blues”, ett lättirriterat spädbarn, egna fysiska hälsoproblem och avsaknad av praktiskt och känslomässigt stöd.

Depression under graviditeten

Trots att depressions- och ångesttillstånd under graviditeten är vanliga har de inte uppmärksammats i lika hög grad som depressionstillstånd efter förlossningen (Fergusson m.fl. 1996). Detta är förvånande, inte minst med tanke på att depressiva symtom t.o.m. tycks vara vanligare i slutet av graviditeten än efter förlossningen (Evans m.fl. 2001; Johanson m.fl. 2000; Josefsson m.fl. 2001). Det är dock svårt att jämföra resultat från olika studier, eftersom man mätt depressionsfrekvens i olika undersökningsgrupper, vid olika tidpunkter och med olika mätinstrument.

I en svensk nationell studie, där drygt 3 000 gravida kvinnor deltog, hade 8 procent tecken på depression under tidig graviditet (Rubertsson m.fl. 2003 a). De faktorer som tydligast var kopplade till den depressiva sinnestämningen var desamma för förstfödorskör som för omfödorskör, nämligen bristande stöd från partnern, flera stressfyllda ”livshändelser” under året före graviditeten och ett annat modersmål än svenska. För förstfödorskör tillkom följande faktorer: olämplig tidpunkt för graviditeten, tidigare missfall och ålder under 25 år. För omfödorskörna tillkom: ingen förväntan om stöd från någon annan än partnern efter hemkomsten från BB, att vara ensamstående, negativa upplevelser från tidigare förlossningar, en önskan om att föda med kejsarsnitt och arbetslöshet. För flerbarnsmammor tycktes alltså bristande stöd från omgivningen samt ekonomiska faktorer vara mer betydelsefulla. Till skillnad från de blivande förstfödorskörna visste de redan vad det innebar att föda barn, och deras oro inför förlossningen var troligen baserad på tidigare negativa erfarenheter.

Omkring en tredjedel av alla depressioner post partum startar under graviditeten och kan därför bättre beskrivas som ”perinatale” depressioner (Green & Murray 1994; Watson m.fl. 1984). Mest har man intresserat sig för om risken för att få en depression post partum ökar om kvinnan haft en depression under graviditeten. Svaret är ja – om hon har varit deprimerad under graviditeten ökar risken för PPD (O’Hara & Swain 1996; Nielsen, Forman m.fl. 2000; Beck 2001). I en svensk undersökning hade cirka hälften (5,8 procent) av de kvinnor som hade depressiva symtom post partum (12,3 procent) också depressiva symtom i början av gravidit-

eten (Rubertsson m.fl., 2003 b). Om symtomen varat under hela graviditeten eller hade återkommit efter barnets födelse framgick inte.

Det finns emellertid skäl att uppmärksamma depressiva symtom under graviditeten för deras egen skull. En koppling finns mellan depression under graviditeten, låg födelsevikt och prematurförlossning (Pagel m.fl. 1990; Hedegaard m.fl. 1993). Dessutom riskerar den s.k. anknytningsprocessen mellan mor och barn, som vanligtvis startar redan under graviditeten, att försenas (Raphael-Leff 1991). Slutligen har man i en finsk undersökning funnit att depressiva symtom hos mödrar är en riskfaktor för barnets välbefinnande när de än uppträder men särskilt under graviditeten (Luoma m.fl. 2001).

Att depression och ångest samvarierar har länge varit känt. Ross med medarbetare (2003), fann att nästan hälften av alla kvinnor som hade en klinisk depression under graviditeten och post partum även hade en betydande grad av ångest. Depression kan både vara en varningssignal om och förstärka ångesttillstånd under graviditeten (O'Connor, m.fl. 2002 a). I en undersökning, som omfattade över 7 000 kvinnor, visade sig ångest under graviditeten vara en riskfaktor för emotionella problem och beteendestörningar hos barnet vid 4 års ålder (O'Connor m.fl. 2002 b). Det tycks finnas en direkt effekt av mammans sinnesstämning på utvecklingen av fostrets hjärna. En bakomliggande mekanism kan vara att stress hos mamman påverkar utvecklingen av den s.k. HPA-axeln (hypotalamus–pituitary–adrenalin) hos fostret.

Följderna för mamman av PPD

Som framhållits tidigare påverkar en depression post partum inte bara kvinnan utan även hennes förhållande till mannen och barnet. Oavsett om en konflikt i parrelationen ligger bakom depressionen eller inte, finns en risk för att relationen påverkas negativt, med ökad risk för separation som följd. Depression hos en förälder har visat sig öka stressen hos den andra, vilket kan få till följd att föräldraförmågan försämras hos dem båda (Zelkowitz & Milet 1997). Dessutom löper män vars kvinnor har PPD en ökad risk för att själva bli deprimerade.

Hos kvinnor är depression särskilt vanligt i barnafödande åldrar och den första depressionsepisoden inträffar ofta i samband med barnafödande. Cox med medarbetare (1993) fann att det var tre gånger så vanligt att

kvinnor blev deprimerade för första gången när de fött barn, jämfört med en kontrollgrupp. Man har också funnit att svåra och obearbetade upplevelser i samband med graviditet och barnafödande utgör en risk för depression senare i livet och kan ha betydelse för en kvinnas psykiska hälsa på längre sikt (Bernazzani m.fl. 2003). Kan detta delvis vara en förklaring till att depressionsfrekvensen för kvinnor är dubbelt så hög som för män i de flesta västerländska kulturer?

Konsekvenserna av PPD för barnets utveckling

Ett spädbarn är extremt beroende av sina vårdare och känslig för kvaliteten i relationen till dem. Frågan om vad en depression hos mamman betyder för barnets utveckling blir därför särskilt betydelsefull. Olika depressionssymtom – t.ex. nedstämdhet, apati, hjälplöshet, irritation, aggressivitet, överbeskydd och överdriven oro – kan försvåra för mamman att samspela på ett känsligt och lyhört sätt med barnet. Detta kan hindra utvecklingen av en trygg anknytning mellan mamma och barn (Cicchetti m.fl. 1998), vilket i sin tur kan leda till beteendeproblem och känslomässiga problem för barnet längre fram. Flera kontrollerade, longitudinella studier har visat ett samband mellan PPD, osäker anknytning och försenad kognitiv utveckling hos småbarn (översikt: se Murray & Cooper 1997).

Vilken är länken mellan mammans depression och barnets utveckling?

Det finns åtminstone tre tänkbara sätt som barnet kan påverkas på. För det första kan barnet påverkas direkt av föräldrarnas depression. En deprimerad mamma kan t.ex. ha svårigheter i samspelet med barnet, vilket i förlängningen kan påverka barnets utveckling negativt. För det andra kan en indirekt påverkan ske genom att depressionen rent allmänt påverkar föräldraförmågan. Exempel på detta är att mamman allmänt sett inte orkar med barnet, att parrelationen försämras eller att mamman isolerar sig. För det tredje kan bakomliggande orsaker till depressionen spela en roll. Dessa kan vara dels faktorer i miljön, t.ex. sociala svårigheter och ekonomisk utsatthet, dels faktorer hos barnet (irritabilitet och dålig motorisk kontroll). Sådana faktorer ökar risken för att mamman ska få en depression post partum (Murray m.fl. 1996), men de bidrar också till att den håller i sig (Cutrona & Troutman 1986).

En deprimerad mamma tillbringar mindre tid med att se på, röra vid

och prata med sitt barn, och hon visar färre positiva och fler negativa ansiktsuttryck än mammor som inte är deprimerade (Cohn m.fl. 1986). Field (1995) har visat att en mamma som är deprimerad uppfattar sitt barn mer negativt än vad andra mammor gör. Barnen till deprimerade mammor hade lägre aktivitetsnivå, var mindre uppmärksamma, jollrade mindre, var mindre uttrycksfulla, tittade bort mera och protesterade oftare än barn till mammor som inte var deprimerade. Fyra månader gamla spädbarn visade mindre intresse för deprimerade mammors tal, medan icke-deprimerade mammors röster fångade barnens intresse på ett helt annat sätt (Kaplan m.fl. 1999).

Deprimerade mammor kan jämfört med varandra ha olika sätt att samspela med sina barn. Enkelt uttryckt kan mammorna vara tillbakadragna eller påträngande (Tronick & Weinberg 1997). Tillbakadragna mammor är mer oengagerade, känslomässigt ”tomma” och uppmuntrar eller besvarar inte barnets försök till kontakt i samma utsträckning som andra mammor. Barnen blir mer benägna att protestera och på olika sätt visa missnöje än andra barn. Den andra samspelestilen innebär att mamman är mindre lyhörd för vad barnet gör och anpassar inte sitt eget beteende efter barnet. Barnet blir undvikande i kontakten och tillbringar mesta tiden med att titta bort från mamman. Tronick och Weinberg (1997) menar att man kan beskriva dessa barns situation som att de befinner sig i ett socialt vakuum, och att de som en konsekvens av samspelet med mamman utvecklar en likgiltig och självreglerande livsstil. Det bör framhållas att ovan nämnda resultat gäller barn till svårt deprimerade mödrar. De flesta mammor med en lättare eller måttlig PPD förmår upprätthålla ett fungerande samspel med sina barn, även om det så att säga ”kostar” dem mycket.

Vilka blir konsekvenserna på längre sikt för barnet av att mamman haft en depression post partum (vilka konsekvenserna är beskrivs i Cooper & Murray 1998)? Kvinnor som haft PPD har rapporterat fler beteendeproblem hos barnet vid 18 månaders ålder, bl.a. i form av sömn- och matproblem. Dessa barn har också svårare för att under en kort tid lämna sina mammor. Barn till mammor som varit deprimerade har även visat sig ha en sämre kognitiv förmåga vid fem års ålder än barn till mammor som inte haft en depression. Dessa resultat tycks särskilt gälla pojkar, samt barn i familjer som är socialt och ekonomiskt utsatta. De negativa följderna för barnet av en depression kan bestå ännu längre än upp i förskoleålder.

dern. I en undersökning av mödrar som varit deprimerade tre månader efter förlossningen fann Hay med arbetare (2001) att barnen, nu i 11-årsåldern och särskilt pojkar, hade lägre resultat på begåvningsstest och fler uppmärksamhetsproblem, läs- och skrivsvårigheter och problem med matematiskt tänkande än barn vars mödrar inte hade haft en PPD.

Särskild uppmärksamhet har ägnats åt problem i samspelet mellan deprimerade mammor och deras barn. I en analys av sju amerikanska och engelska undersökningar studerades det s.k. anknytningsmönstret hos barn till mammor med och utan PPD och som inte haft andra kända problem (Martins och Gaffan 2000). Man fann att sannolikheten för en s.k. trygg anknytning hos barn till deprimerade mammor var mindre och sannolikheten något ökad för undvikande och desorganiserad anknytning. Det som tydligast skiljer dessa barn från andra är att samspelet mellan barn och föräldrar i stor utsträckning bygger på rädsla (se Hwang & Wickberg 2001, för en utförligare beskrivning). Ökningen i desorganiserad anknytning återfanns i samtliga studier.

Martins och Gaffan (2000) pekar på vissa faktorer som kan förutsäga ett desorganiserat anknytningsmönster. Ett sådant mönster har visat sig vara en av flera riskfaktorer för beteendeproblem hos förskole- och skolbarn. Föräldrar som har svåra obearbetade upplevelser, t.ex. psykologiska trauman eller har upplevt förluster av nära anhöriga, har i högre grad än andra ett beteende som är obegripligt, oförutsägbart eller skrämmande för barnet (Main & Hesse 1990).

Om man studerar betydelsen av en depression post partum i relation till andra riskfaktorer träder emellertid en delvis annan bild fram (Rutter 1995). I en nyligen genomförd amerikansk undersökning fann man att om mammas depression var den enda riskfaktorn, verkade en i övrigt god relation mellan mamman och barnet kunna skydda barnet mot negativ påverkan av mammas depressiva symtom (Carter m.fl. 2001). Men om mamman även hade andra psykiska problem som ångesttillstånd eller ätstörning, eller andra svårigheter som ekonomiska problem eller pressade familjeförhållanden, fanns en ökad risk för påfrestningar i relationen mellan mor och barn samt som konsekvens en risk att barnets psykologiska utveckling påverkas negativt.

En slutsats man kan dra av litteraturen på området är att mammor med lättare depressioner ofta förmår att upprätthålla ett positivt samspel med

sina barn. Försvårande omständigheter är att familjen har låg socioekonomisk status, att mamman tidigare haft en psykisk sjukdom och att hon saknar stöd. Hälsovårdens personal bör med andra ord vara extra uppmärksam när flera riskfaktorer uppträder samtidigt. Insatserna som erbjuds familjerna bör fokuseras både på att minska depressiva och andra tecken på psykisk ohälsa och på att stärka den s.k. föräldraförmågan.

En annan slutsats man kan dra är att det är viktigt att uppmärksamma depressiva symtom hos nyblivna mammor så tidigt som möjligt för att försöka förhindra att symtomen blir långvariga. Forskning har visat att det är långvariga depressiva symtom hos mamman, snarare än diagnosen depression i sig, som utgör en risk för att interaktionen mellan mor och barn ska störas och att barnets fortsatta utveckling därigenom ska påverkas negativt (Hammen m.fl. 1987; Luoma, m.fl. 2001). En förklaring till detta kan vara att kvinnor med allvarliga depressionstillstånd snabbare får behandling, medan kvinnor som har en lättare depression inte uppmärksammas eller söker hjälp.

Även pappor kan bli deprimerade

Även nyblivna pappor kan bli deprimerade. I ett storstadsområde i Storbritannien hade 9 procent av de pappor som deltog i studien tecken på depression sex veckor efter barnets födelse och 5,4 procent efter ett halvår. Det var visserligen mycket vanligare att mammorna var deprimerade, men papporna var i högre grad deprimerade om deras partner också var det (Ballard m.fl. 1994). I en portugisisk undersökning fann man att medan 25 procent av de gravida kvinnorna i en riskgrupp för PPD blev deprimerade under de första tre månaderna, blev endast 5 procent av deras partner det. Under de kommande nio månaderna var männen däremot mer depressionsbenägna än tidigare, och deras depressioner tenderade att följa kvinnans men starta senare (Areias, m.fl. 1996).

I en australiensisk undersökning följde man drygt 150 föräldrapar från tiden före förlossningen till ett år efter barnets födelse (Matthey m.fl. 2000). Såväl kvinnorna som männen hade högst frekvens av tecken på psykisk ohälsa när barnet var ett år gammalt. Antalet pappor med tecken på depression varierade mellan 3 och 5 procent, medan motsvarande siffror för mammor var mellan 8 och 12 procent. Hur föräldraparet fungerade tillsammans hade en avgörande betydelse för deras psykiska välbefinnande.

Även i denna studie var risken för mannen att bli deprimerad större om kvinnan var det. Det finns alltså goda skäl för hälsovårdens personal att uppmärksamma den nyblivna pappan och hur föräldraparet mår tillsammans. I de flesta fall är mannen ett ovärderligt stöd för den deprimerade kvinnan, när han fått klart för sig vad det handlar om. I enstaka fall visar både mamman och pappan depressionssymtom, vilket kan innebära att båda har svårigheter att orka med barnet.

Pappan som stöd för kvinnan och för barnet

Endast ett fåtal studier har intresserat sig för den roll pappan spelar för barnet när mamman får en depression post partum. Detta är anmärkningsvärt, eftersom mycket tyder på att pappans direkta och indirekta betydelse blir särskilt tydlig i familjer där mammans föräldrafunktion helt eller delvis är satt ur spel på grund av psykisk ohälsa i samband med barnafödandet. Förmodligen är pappans direkta betydelse som anknytningsperson för barnet speciellt viktig i detta sammanhang.

Det är troligt, men ännu inte visat, att relationen till pappan kan ha en skyddande effekt för barnets utveckling då mamman visar tecken på psykisk ohälsa. Hossain m.fl. (1994) fann t.ex. att spädbarn till deprimerade mammor samspelade mer positivt med sina icke-deprimerade pappor än med sina deprimerade mammor. Barnen i kontrollgruppen (vars föräldrar inte var deprimerade) uppvisade inte några sådana skillnader i samspelet.

Ett annat utfall av mammans ohälsa kan vara att pappan allt mer drar sig undan familjen, vilket kan få till följd att såväl mamman som hennes relation till barnet påverkas negativt (Boyce 1994).

I en svensk undersökning fann Edborg m.fl. (2000) att i familjer där mamman uppvisat depressionstecken post partum uppfattade både mamman och pappan barnet som mer kinkigt och svårskött vid ett års ålder, jämfört med familjer där mamman inte visat sådana tecken. Mödrarna med depressionstecken var också i större utsträckning stressade i sin föräldraroll, men detta gällde inte för deras partner. Däremot var papporna i de ”deprimerade” familjerna mer missnöjda med det sexuella samlivet. De hade inte heller utnyttjat föräldraledigheten i samma grad som pappor i allmänhet. Författarna pekar på att den sammanlagda risken (av att ha ett svårskött barn och en partner som är deprimerad) kan minska pappans förmåga att vara tillgänglig för barnet. Stöd till paret får därför särskilt stor betydelse.

2.

THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)



2.

THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Den engelske psykiatern John Cox och hans kollegor (1987) har utvecklat en självskattningsskala, *the Edinburgh Postnatal Depression Scale*, för att upptäcka depressiva symtom hos kvinnor som nyligen fått barn. Ingen av de skattningsskalor som fanns tidigare (*Beck Depression Inventory*, BDI, Beck m.fl. 1961; *State of Anxiety and Depression scale*, SAD, Bedford & Foulds 1978; *General Health Questionnaire*, GHQ, Goldberg 1972) var i första hand avsedd för att upptäcka depression hos barnafödande kvinnor. De innehöll frågor som kunde påverkas av graviditeten (t.ex. vikt, oro) eller av spädbarnet (sömnsvårigheter). EPDS konstruerades däremot för nyblivna mammor för att användas inom hälsovården av sjuksköterskor, barnmorskor och andra som fått fortbildning i hur skalan ska hanteras.

EPDS är en självskattningsskala som består av tio påståenden. Den person som administrerar formuläret ber kvinnan att stryka under det svar som närmast motsvarar hur hon känt sig under de senaste sju dagarna. Varje svar poängsätts på en skala (0–3), och summan på hela skalan varierar från minimum 0 till maximum 30 poäng. Skalan mäter intensiteten i de depressiva symtomen under veckan som har gått. Ju högre siffror desto mer ökar intensiteten. Skalan är enkel att administrera, lätt att fylla i och har tillfredsställande s.k. psykometriska egenskaper (dvs. den har goda mätegenskaper). Det har rapporterats att den ”korrekt” kan upptäcka mellan 86 procent (Cox m.fl. 1987) och 67 procent (Murray & Carothers 1990) av alla som har en depression. Skalan kan fungera som en utgångspunkt när man erbjuder samtal och stöd till kvinnor som visar tecken på att inte må bra.

I den första EPDS-studien rekommenderades 9–10 poäng som det tröskelvärde som visar att kvinnan är deprimerad, men detta har visat sig inte fungera i praktiken. Man fann att alltför många ”falska positiva” värden förekom, vilket fick till följd att hälsovårdspersonalen blev överbelastad

(Gerrard m.fl. 1993). Detta har lett till en rekommendation att 12 poäng och däröver på EPDS bör leda till en fortsatt bedömning (Cox & Holden 2003). Studier i flera länder, inklusive i Sverige, har kommit fram till samma resultat (Wickberg & Hwang 1996 a).

EPDS har hittills översatts till 23 olika språk (för en utförlig lista, se Cox & Holden 2003). Skalan har översatts till svenska av Lundh och Gyllang (1993) och jämförts med diagnostiska kriterier för depression (DSM-III-R) av Wickberg och Hwang (1996 a). Erfarenheter från ett internationellt forskningsprojekt (Oates m. fl. 2003), där en svensk grupp har ingått, har visat att EPDS är användbart för screening av depression post partum i Europa och Nordamerika. Projektet har också visat att EPDS kan användas på det sätt som föreslås av Cox och Holden (2003) och som beskrivs i denna skrift.

EPDS kan också användas för att upptäcka depression hos andra grupper än spädbarnsmammor. Den har validerats i England för att användas på gravida kvinnor (Murray & Cox 1990) och på småbarnsföräldrar (Thorpe 1993). I Australien har en validering gjorts på nyblivna pappor (Matthey m.fl. 2001). Cox och hans medarbetare har också validerat skalan för att användas på kvinnor som inte är spädbarnsmammor (1996).

Bör screening och interventionsprogram införas inom hälsovården?

Konsekvenserna av depression hos nyblivna mammor är kostsamma inte enbart på ett personligt plan utan också när det gäller hälsovårdens resurser. Det är därför viktigt att insatserna är relevanta, riktade och kunskapsbaserade (Cox & Holden 2003).

I en analys av barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa (MFR 1999) har man föreslagit tre förhållningssätt som ska påverka det praktiska barnhälsovårdsarbetet i framtiden. För det första föreslås att barnfamiljerna själva medverkar mer aktivt i det preventiva arbetet, och att detta tydligare än tidigare syftar till att stärka föräldrarnas självkänsla och kompetens. Det andra förslaget är att barnhälsovården får ett mycket starkt markerat ansvar för att uppmärksamma behovet av insatser under barnets två första levnadsår. Utveckling av metoder för att stödja anknytningsprocessen och ge tidigt stöd i föräldrarollen bör ägnas särskild uppmärksamhet. Den tredje huvudprincipen är att framtida nya inslag i barnhälsovårdsverksamheten ska vara kunskapsbaserade, dvs. vetenskapligt utprovade. Dessa

tre huvudprinciper är viktiga när det förebyggande arbetet kring föräldrar med PPD organiseras.

Den täta kontakten med hälsovården kring barnets födelse innebär en god möjlighet att uppmärksamma och tillmötesgå individuella behov. Forskning har emellertid visat att även om kontakterna är många så uppmärksammas endast ett fåtal kvinnor med tecken på depression post partum. Brist på strukturerade metoder, fokus på fysisk hälsa och på barnets välbefinnande snarare än på mammans, för kort tid vid varje besök hos barnavårdscentralens sjuksköterska, minskat antal hembesök och ett för stort upptagningsområde kan vara förklaringar till detta. Under de första sex veckorna efter förlossningen är det dessutom svårt att skilja en begynnande depression post partum från den normala anpassningen till barnet, och därefter görs besöken på BVC mer sällan. Att introducera EPDS som ett instrument för screening inom barnhälsovården kan leda till att mammor med depression post partum upptäcks i högre grad än tidigare och erbjuds bättre hjälp. Detta förutsätter dock att skalan används som en del av ett genomtänkt och (lokalt) förankrat program för psykisk hälsovård i samband med barnafödande.

Att använda EPDS på rätt sätt

EPDS är ett relativt enkelt instrument med få frågor. Att införa EPDS som en screeningmetod inom hälsovården är emellertid långt ifrån enkelt. Metoden kan å ena sidan medföra omfattande systemförändringar och ett nytt arbetssätt, å andra sidan finns en risk för att den används på fel sätt (Elliott 1994). Detta kan inträffa om formuläret används utan introduktion till föräldrarna, eller om hälsovårdspersonalen är stressad och inte har fått fortbildning i hur skalan ska användas, saknar stöd av sin arbetsledning och inte har klara och utarbetade remissvägar (Cox & Holden 2003). ”The scale is only as good as the person using it”, dvs. om fortbildning saknas eller är otillräcklig kommer hälsovårdens personal att använda den så gott det går, men det kanske inte är tillräckligt bra (Seeley 2001). ”EPDS är inte något magiskt trollspö. ... det är bara en bit papper, en checklista.” ”Kombinerad med fortbildning i prevention, upptäckt och behandling blir den en viktig del i ett effektivt program” (Elliott & Leverton 2000, s.303).

Om arbetsbördan för BVC-sjuksköterskan är oproportionerligt stor,

kan screening med EPDS ses som en extra och ovälkommen uppgift. Å andra sidan ägnas redan avsevärd tid åt kvinnor som sjuksköterskan anar är deprimerade och som får extra tid på BVC men av andra skäl, t.ex. överdriven oro för barnet. De flesta som har vant sig vid att använda EPDS som screeningmetod har rapporterat att den ger struktur åt deras arbete och trygghet i förmågan att hjälpa mammor med depression. Fortbildning, regelbunden handledning och återkommande uppföljning och utveckling av metoden, samt förankring hos arbetsledningen är då nödvändiga förutsättningar (Cox & Holden 2003).

I Storbritannien har en utvärdering av rutinmässig screening med EPDS vid 26 allmänläkarmottagningar visat på vissa problem, särskilt när det gällde resurs- och utbildningsfrågor (Shakespeare 2002). Man fann att screening gjordes av endast 66 procent av kvinnorna 6–8 veckor efter förlossningen, att EPDS introducerades för kvinnorna på olika sätt, att en del kvinnor inte ville besvara EPDS, att journalföringen varierade och att man inte nådde kvinnor från etniska minoriteter. Utvärderingen väckte två frågor: (1) Är screening för PPD realistiskt, särskilt i områden med stor arbetsbörda? och (2) Hur påverkar sättet att presentera EPDS kvinnornas beredvillighet att besvara de tio frågorna?

Även i Australien debatteras för- och nackdelar med EPDS-screening. I en genomgång av den forskning som gjorts kom Buist med medarbetare (2002) fram till slutsatsen att screening för depression i samband med barnafödande bör göras av framför allt två skäl. För det första är depressiva tillstånd vanliga under denna period, och för det andra finns effektiva behandlingsmetoder. Forskarna ansåg att det finns fler för- än nackdelar när det gäller screening, men att införandet av ett program för screening kräver utvärdering av effekterna. Ett sådant forskningsprojekt (the National Postnatal Depression Preventive and Early Intervention Programme) har redan startat i Australien. Projektet, som omfattar 100 000 kvinnor i fem delstater, kommer att utvärdera bl.a. följande effekter av screening med EPDS: acceptans hos kvinnorna, kostnadseffektivitet, tillgång till screening och patienternas tillfredsställelse.

I Sverige har Medicinska forskningsrådet (MRF 1999) föreslagit att aktiviteter som innebär screening och behandling av PPD ska utökas inom landstingen. ”En förutsättning för att genomföra metoden är att barnhälsovårdens personal får fortbildning och kontinuerlig konsultation av BVC-

psykolog, samt att vårdkedjan till allmänläkare och psykiater är etablerad. Innan en allmän screening kan rekommenderas bör en sådan prövas och utvärderas i ett visst geografiskt område, t.ex. ett landsting”. En sådan utvärdering pågår inom ramen för ett forskningsprojekt, initierat av barnhälsovården i Uppsala.

Erfarenheter av screening med EPDS inom barnhälsovården

Åtminstone en tredjedel av landstingen i Sverige har introducerat EPDS inom barnhälsovården för att lättare kunna uppmärksamma mammor med depressionstecken (Kornfält 2000). I Skaraborg har två forsknings- och utvecklingsprojekt avslutats, där både screening med EPDS samt stödjande samtal av BVC-sjuksköterskan prövats inom den ordinarie barnhälsovårdsverksamheten (Oscarson 2000; Pahlsson 2000). Mamman har fått samtalsstöd med BVC-sjuksköterska och stödjande terapi av BVC-psykolog. Verksamheten har uppskattats av de kvinnor som deltagit i studien. Samtliga BVC-sjuksköterskor ansåg att stödjande samtal bör ingå i deras arbete. Projektet har åtminstone delvis inneburit ett förändrat arbetssätt inom barnhälsovården.

Ett projekt i Kronobergs län

I Kronobergs län introducerades under 2000–2001 nya metoder för att förbättra upptäckt av och insatser för mammor med depressionstecken (Östensson 2002). I målsättningen ingick också att skapa en väl fungerande vårdkedja. Nästan alla BVC-sjuksköterskor i länet (68 personer) deltog i en fortbildning som omfattade tre dagar samt en dag för uppföljning av det nya arbetssättet. Barnhälsovårdspsykologerna ansvarade för fortbildning, regelbunden konsultation och fortsatt utveckling av arbetsmetoden. BVC-sjuksköterskan erbjöd varje nybliven mamma ett samtal i samband med att hon fyllde i EPDS-formuläret 6–8 veckor efter förlossningen. Samtalet, som introducerades vid det första hembesöket, inriktades på hur mamman mådde och tog cirka 30 minuter i anspråk (inklusive EPDS). De flesta sjuksköterskor avsatte särskild tid, andra kombinerade samtalet med andra besök på BVC, t.ex. för vägning av barnet.

En utvärdering visade att dubbelt så många mödrar med tecken på depression (4,9 procent av 641 kvinnor) upptäcktes under projektets gång, jämfört med året innan. På grund av tidsbrist, språksvårigheter och se-

mesteruppehåll hade dock endast 80 procent av alla nyblivna mammor erbjudits EPDS. Utvärderingen visade också att BVC-sjuksköterskorna hade fått en säkrare kunskapsgrund att stå på och metoder till hjälp när de skulle ta sig an en känslig arbetsuppgift. Nedan följer exempel på sjuksköterskornas kommentarer:

”Mer lyhördd och observant på hur mamman mår.”

”Kan tala om känsliga saker på ett naturligt sätt.”

”Man pratar om sådant som man annars inte gör. Det är lättare att förstå mamman.”

”Jag är mer öppen och lyssnar på ett annat sätt.”

”Ger en fördjupad kontakt som man har stor nytta av i den fortsatta kontakten.”

Dessutom hade BVC-sjuksköterskorna fått större förståelse för vikten av att ta reda på hur alla i spädbarnsfamiljen mår. Tre fjärdedelar av sjuksköterskorna ansåg att de nyblivna papporna behövde få mer stöd och uppmärksamhet i föräldrarollen, särskilt om mamman hade en depression. Några betonade hur svårt det var att genomföra samtalen utan att extra tid tillfördes, medan andra inte hade problem med att få denna tid:

”Jag tycker att detta är viktigt, prioriterar detta, men egentligen finns inte tiden.”

”Vi har avsatt BVC-tid. Genom att boka behöver man inte känna stress (att någon sitter utanför och väntar). Man har så mycket att vinna på den enskilda samtalsstunden.”

BVC-sjuksköterskorna hade en central roll i vårdkedjan kring deprimerade mammor. De konsulterade barnhälsovårdens psykolog för bedömning och diskussion om lämplig behandlingsinsats och/eller distriktsläkaren på mammans vårdcentral för en bedömning av mammans

depressionsgrad och ställningstagande till sjukskrivning eller medicinering.

En erfarenhet av screening med EPDS är att det är önskvärt att den centrala barnhälsovårdsenheten ansvarar för att fortbildning erbjuds till hälsovårdens personal och att de rekommendationer som ges är anpassade till lokala förhållanden. Det kan t.ex. handla om information till föräldrar, journalföring, sekretessfrågor och samarbete med enheter dit kvinnorna kan remitteras. En annan uppgift är att informera dessa olika samarbetspartner (t.ex. mödrahälsovård, allmänläkarmottagningar, spädbarnsverksamhet, vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar och familjerådgivning) om verksamheten.

Vem ska ge EPDS?

EPDS används framför allt av sjuksköterskor och barnmorskor inom hälsovården, och den forskning som finns omfattar dessa yrkeskategorier. Skalan kan emellertid vara ett hjälpmedel för all hälsovårdspersonal som har satt sig in hur den bör användas, t.ex. allmänläkare, psykologer och personal inom öppenvård psykiatri.

När, var och hur ska EPDS användas?

En lämplig tidpunkt att erbjuda EPDS är 8–10 veckor efter förlossningen. När barnet är sex veckor gammalt är många mammor fortfarande upptagna av att anpassa sig till barnet och att finna en rytm i vardagen. Om EPDS ges för tidigt, dvs. under de första veckorna efter förlossningen, får man alltför många svar som beror på ”dagsläget”. Många sjuksköterskor föredrar att erbjuda EPDS vid ett hembesök eller vid ett särskilt besök som är avsett för EPDS och samtal med mamman om hur hon mår. Att erbjuda ett hembesök är särskilt viktigt om mamman låter bli att gå till BVC, vilket kan hända om hon är deprimerad.

Här följer några riktlinjer för när, var och hur EPDS ska användas. Anvisningarna har formulerats av The Community Practitioners and Health Visitor's Association i Storbritannien, till stöd för sjuksköterskor inom hälsovården (Cox & Holden 2003; Coyle & Adams 2002).

- EPDS ska aldrig användas ensamt utan ska ingå som del i en fullständig bedömning av mammans sinnestämning och vara ett stöd för professionell bedömning och en klinisk intervju.

- EPDS bör bara användas av personal som fått träning i att upptäcka och ta hand om PPD, att använda EPDS och att genomföra en klinisk intervju med mamman.
- Samtal med mamman bör ske på en ostörd plats och när sjuksköterskan har tid att diskutera med mamman vad som kommit fram och vilken hjälp som finns att få.
- EPDS ska aldrig användas vid en ”öppen” mottagning eller skickas med mamman hem. Om det inte går att ordna tid och avskildhet på mottagningen bör hembesök erbjudas.
- Innan man använder EPDS bör man ha tänkt igenom vilka faktorer som kan påverka kvinnans möjlighet att förstå syftet med EPDS och hennes förmåga att fylla i formuläret, t.ex. läsförmåga, kulturell bakgrund eller språksvårigheter.
- När mamman fyllt i skalan ska sjuksköterskan ta upp, diskutera eller ställa frågor kring varje enskilt svar och vara uppmärksam på om det kliniska intrycket av hur mamman mår stämmer.
- Användning av EPDS ska följas av en intervju för att man ska kunna förvissa sig om att kvinnan har depressiva symtom. En sådan intervju kan också innehålla frågor kring olika fysiska, emotionella eller sociala orsaker till symtomen, som ett underlag för en diskussion med kvinnan om lämpligt stöd.

Erfarenheter från en undersökning i Cambridge har lett till en rekommendation att varje mamma bör få minst tio minuters feedback efter att ha fyllt i EPDS (Seeley 2001). I Cambridge fick sjuksköterskorna fortbildning i att ställa frågor kring kvinnans depressiva symtom för att få reda på mer om hur dessa påverkade hennes liv och hur länge de hade varat. I Kronobergs län avsattes 30 minuter för att erbjuda EPDS och samtala med kvinnan (Östensson 2002). I Sverige är det vanligt att BVC-sjuksköterskan konsulterar barnhälsovårdens psykolog, som vid behov gör en klinisk bedömning av mamman – en möjlighet som saknas i Storbritannien.

Svarar kvinnorna sanningsenligt?

Resultat från studier, där EPDS-poäng jämförts med en oberoende diagnostisk intervju, har visat att de flesta kvinnor svarar sanningsenligt på EPDS-frågorna. Det stämmer också med den praktiska erfarenheten av att

använda skalan i hälsovården. Hälsovårdspersonal är ibland oroad över kvinnor vars sammanlagda svar ger 0 poäng, trots att de verkar ha problem. I själva verket är det ganska osannolikt att det blir ett sådant resultat om kvinnan svarar ärligt. Återigen är det avgörande hur samtalet med kvinnan utfaller.

Vad gör man om någon inte vill fylla i formuläret?

Det kan finnas flera skäl till att inte vilja fylla i EPDS. En del kvinnor som är deprimerade vill inte avslöja det för någon, kanske av rädsla för att inte bli ansedd som en tillräckligt bra mamma eller för att bli ”stämplad” som psykiskt sjuk. Betydelsefullt för att kvinnan ska vilja delta är också att hon tror att hon ska få hjälp. En del kvinnor är, oavsett hur de mår, måna om sin integritet och vill helt enkelt inte fylla i formuläret.

Att fylla i EPDS är som all annan barnhälsovårdsverksamhet frivilligt, och ett beslut att inte delta måste givetvis respekteras.

Praktisk användning av EPDS i Sverige

Nedan följer praktisk information om hur man kan använda Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) baserad på internationell och svensk forskning och anvisningar av Cox och Holden (2003). Anvisningarna har anpassats till svenska förhållanden huvudsakligen utifrån kontakt med barnhälsovårdspersonal i många landsting och från olika försöksverksamheter.

EPDS introduceras vanligen av BVC-sjuksköterskan vid det första hembesöket hos de nyblivna föräldrarna. I anslutning till den information som ges om barnhälsovårdens program inbjuder BVC-sjuksköterskan mamman till ett besök cirka två månader efter förlossningen. Detta besök är tänkt att handla om hur mamman mår, och hon informeras om att hon i samband med besöket kommer att få fylla i ett kort frågeformulär.

Här följer i punktform vad man bör tänka på när man använder EPDS:

- Be kvinnan att stryka under det svar som bäst stämmer överens med hur hon har känt sig under de senaste sju dagarna.
- Se till att alla tio frågorna är besvarade.
- Kvinnan bör sitta i lugn och ro och fylla i skalan själv, om hon inte har svårigheter att läsa den. Hon bör inte diskutera svaren med nå-

gon medan hon fyller i dem.

- EPDS kan antingen erbjudas alla rutinmässigt (för screening av PPD) eller användas för att få ytterligare information innan man remitterar en kvinna som visar tecken på depression.
- EPDS-uppgifterna poängsätts från 0 till 3. Det ”normala” svaret får 0 poäng och det ”allvarligaste” 3 poäng. Gör ett överslag av det totala poängantalet för dig själv innan du samtalar med kvinnan.
- Tala inte om poäng med henne – det säger henne ingenting. Syftet är att samtala utifrån hennes svar.
- Samtala med varje kvinna om hur hon mår. Det är viktigt att alla får något slags ”feedback”, även de som har ”låga” poäng. Säg t.ex.: ”Jag ser att du mår bra, men att du oroar dig en hel del.” Be henne att berätta om vad hon oroar sig för, hur ofta, när, i vilka situationer, vad hon gör då osv. Fråga vidare kring de områden där kvinnans svar gett 2 eller 3 poäng.
- En total poängsumma på 12 eller högre är tecken på att en mer noggrann bedömning behöver göras (Wickberg & Hwang 1996 a).
- Erbjud kvinnan en ny tid så snart som möjligt för ett mer utförligt samtal om hur hon mår och för att komma överens om hur hon ska gå vidare (t.ex. till stödsamtal med BVC-sjuksköterskan, psykologkontakt eller läkarkontakt).
- EPDS-poäng kan aldrig ersätta en klinisk bedömning. Innan man beslutar om eventuell behandling bör BVC-psykolog eller allmänläkare konsulteras.
- Kvinnor som redan behandlas för depression eller något annat psykiatriskt problem erbjuds i allmänhet inte EPDS, om de inte själva ber att få fylla i skalan.

Det är viktigt att vara medveten om att EPDS aldrig kan ge en diagnos eller ersätta en klinisk bedömning. Hög poäng vid ett enda tillfälle behöver inte betyda att kvinnan har en depression. Den kan bero på att hon just då känner sig överbelastad, inte fått tillräckligt med sömn eller har en tillfälligt besvärlig situation. Ett samtal kan ofta klargöra hur hon mår och ge stöd, och hon kan erbjudas möjlighet att komma tillbaka om situationen inte förbättras. På samma sätt behöver låg poäng på EPDS inte betyda att kvinnan inte är deprimerad, utan kan bero på att hon inte vill

avslöja hur hon mår. Det är vad som kommer fram i samtalet med kvinnan, snarare än poängsumman, som avgör hur man ska gå vidare. Om man är osäker på om en kvinnas höga poängtal är tillfälligt eller inte, kan man be henne att fylla i EPDS igen vid nästa besök (inom 1–2 veckor). Höga EPDS-poäng vid två tillfällen och en intervju ger i allmänhet en god bild av om kvinnans depressionstecken ska leda till ytterligare bedömning och eventuell remiss, stödsamtal eller annan åtgärd.

Som en viktig del i ett strukturerat arbetssätt kring depression post partum ingår konsultation med BVC-psykolog om en kvinna har höga poäng på EPDS eller på annat sätt visar att hon inte mår bra.

Bedömning av kvinnor med höga EPDS-poäng

Den främsta anledningen till att använda EPDS rutinemässigt inom hälsovården är att så tidigt som möjligt kunna upptäcka mammor med tecken på en depression. Till skillnad från andra länder har de flesta BVC-sjuksköterskor i Sverige tillgång till BVC-psykolog för konsultation (individuellt och/eller i grupp) och för bedömning av mamman. En annan möjlighet är att allmänläkaren på vårdcentralen bedömer kvinnans grad av depression. Beslut om behandling ska fattas i samarbete med psykolog eller läkare.

Vad gör man vid höga poäng på fråga 10 (om att göra sig själv illa)? Det är viktigt att ha klara riktlinjer för hur man ska hantera ett positivt svar på fråga 10 ("Tankar på att göra mig själv illa har förekommit") och att personalen har diskuterat dessa riktlinjer under fortbildningen. En mammas tankar på att göra sig själv illa ska alltid tas på allvar och leda till en åtgärd, t.ex. ett extra hembesök, och till att sjuksköterskan konsulterar BVC-psykolog eller läkare. Det är också viktigt att kvinnor som deltar i en screening informeras om att de alltid kan ta kontakt med sin BVC-sjuksköterska när de behöver hjälp. Dessutom bör de få besked om vart de kan vända sig om en akut situation uppstår.

Även om självmordstankar är ett ganska vanligt symtom vid en depression, är det ytterst ovanligt att en spädbarnsmamma verkligen försöker göra sig själv illa. I en undersökning i England (Appleby 1991) fann man att frekvensen självmord bland spädbarnsmammor (under barnets första levnadsår) endast var en sjättedel av den förväntade. Oates (2001) fann att den var så sällsynt som 1–2 fall per 100 000 förlossningar.

Det saknas emellertid forskning kring suicidrisken vid ett positivt svar på fråga 10 i EPDS (Cox & Holden 2003). Den enda undersökningen hittills har visat att hälsovårdspersonal inte nödvändigtvis agerar vid svar som indikerar att kvinnan har tankar på att skada sig själv. Av 48 sådana fall fanns anteckningar i journalen för tio kvinnor (Georgiopoulos m.fl. 2001).

Journalföring

Var de ifyllda EPDS-formulären ska förvaras bör beslutas på ledningsnivå. En allmän regel är av förklarliga skäl att information som rör mamman inte bör förvaras i barnets journal. Ett annat skäl till att inte anteckna EPDS-poäng i journalen är att den endast är "färskvare" (dvs. poängen kan vara mycket tillfällig) och att den bara är del av en screening. Att EPDS har erbjudits vid ett visst besök bör däremot antecknas. Om man tillsammans med mamman har kommit fram till en åtgärd, t.ex. att förmedla kontakt med BVC-psykolog, antecknas detta på samma sätt som vid annan BVC-verksamhet. Om sjuksköterskan erbjuder stödsamtal kan hon föra en särskild journal för mamman. Detta faller sig naturligt om sjuksköterskan på BVC också är distriktssköterska.

Alla övergripande frågor kring journalföring bör diskuteras inom barnhälsovårdsenheten och förankras hos den som har verksamhetsansvar. Som ett exempel kan nämnas att när screening med EPDS infördes i Skaraborg, beslöt man i samråd med landstingets jurist att förvara formuläret i barnets BVC-journal tills barnet är ett år gammalt (dvs. under den period då depression post partum normalt inträffar). Därefter sorteras formuläret ut och arkiveras i mammans MVC-journal.

När man har bestämt sig för hur formuläret ska förvaras är det en fördel om information om detta står längst ned på formulärets baksida. Vad mamman svarat är givetvis konfidentiellt, och upplysningar får inte lämnas till någon utanför hälsovårdsteamet utan att mamman gett sitt samtycke. Formuläret ska inte skickas med mamman hem.

EPDS till icke svensktalande kvinnor

För att få en uppfattning om hur en mamma mår kan EPDS översättas och frågorna ställas muntligt av en tolk. Det är emellertid enbart s.k. validerade översättningar som kan antas ge poäng med samma betydelse som den

engelska originalversionen.

Kulturella skillnader i tolkningen av uppgifterna kan resultera i ett poängtal som inte på ett korrekt sätt återger mammans sinnesstämning (Cox & Holden 2003).

Kan EPDS användas rutinmässigt inom mödravården?

Tecken på depression är lika vanligt under graviditeten som efter förlossningen (Rubertsson m.fl. 2003 b, Evans m.fl. 2001). Det finns i dag inga vetenskapliga belägg som motiverar en rutinmässig screening med EPDS under graviditeten (Austin & Lumley 2003; Cox & Holden 2003). Däremot kan barnmorskan inom mödravården använda EPDS selektivt, dvs. som utgångspunkt för samtal med de kvinnor som hon anar inte mår bra.

Andra vägar för att uppmärksamma depressiva symtom hos gravida kvinnor är att dessa får mer tid hos barnmorskan i början av graviditeten (t.ex. två inskrivningssamtal). Anamnesen kan också ha tydlig inriktning på tidigare psykisk hälsa och ohälsa, riskfaktorer för depression och vilket stöd den gravida kvinnan har.



3.

STÖD OCH BEHANDLING VID DEPRESSION POST PARTUM

Trots det stora antalet studier inom området finns det förvånansvärt lite forskning som rör behandling av PPD. Sedan slutet av 1980-talet har ett trettio-tal behandlingsstudier publicerats, och endast tio är studier där deltagarna är slumpmässigt valda och som har en kontrollgrupp (för en översikt se Boath & Henshaw 2001). Det saknas också långtidsundersökningar av effekterna av den behandling som kvinnan, barnet och familjen får. Andra frågeställningar som behöver belysas framöver är: Skiljer sig behandlingsresultaten åt i olika grupper av kvinnor? Har föräldrarnas och personalens attityder till behandling förändrats över tiden? Förändras användningen av hälsovårdsresurser på längre sikt?

I den enda studie som hittills utvärderat effekten av antidepressiv medicinering (fluoxetine) respektive kognitiv-beteendeoriktade samtal för kvinnor med depression post partum, fann man att de båda behandlingarna gav lika goda resultat (Appleby m.fl. 1997). Anmärkningsvärt nog fick man inte någon förbättrad effekt i de fall där de två metoderna (medicin och samtal) kombinerades. Man drog slutsatsen att båda behandlingsformerna är effektiva för kvinnor med icke-psykotisk PPD. Ett mer än 50-procentigt bortfall gör det emellertid svårt att dra några säkra slutsatser av denna studie. Många kvinnor med djupare PPD fordrar en kombination av behandling med antidepressiv medicin och psykoterapi (Cox & Holden 2003). Eftersom ammande kvinnor i allmänhet inte vill ta läkemedel, krävs en allsidig information om fördelar och nackdelar för att de ska kunna ta ställning till vilken behandlingsmetod som är att föredra (se Wisner m.fl. 1996; Stein 1998).

Östrogenbehandling har i en uppmärksamstudie visat goda resultat för en liten grupp kvinnor som hade djup och långvarig PPD och som inte hade blivit bättre av antidepressiv medicinering. Det saknas emellertid studier av större grupper av kvinnor som inte är psykiatriska patienter, kring effekten av östrogentillskott vid lättare och kortvariga depressions-

episoder (Gregoire m.fl. 1996). Ett problem med att genomföra en sådan undersökning är att kvinnorna då måste avstå från att amma.

När det gäller psykologisk behandling har man i tre studier, varav två i England (Holden m.fl. 1989; Cooper & Murray 1997) och en i Sverige (Wickberg & Hwang 1996 b), utvärderat effekten av en stödjande samtalsbehandling ("counselling"). Metoden innebär i korthet att BVC-sjuksköterskan inte ger råd utan har ett lyssnande förhållningssätt, och att mamman är i fokus i stället för barnet. Samtliga tre studier visade att denna metod var effektiv för dem som inte behövde specialisthjälp.

I den svenska studien erbjöds en grupp mammor med depressionstecken sex stödjande samtal, en gång i veckan, av sin BVC-sjuksköterska. De jämfördes med en kontrollgrupp med mammor som fick det ordinarie besöksprogrammet på BVC. Kvinnorna som erbjöds stödsamtal "tillfrisknade" i högre grad än de kvinnor som inte fick sådana samtal. 80 procent av de kvinnor i behandlingsgruppen som hade en klinisk depression (enligt diagnossystemet DSM-III-R) blev bättre, jämfört med 25 procent av de deprimerade kvinnorna i kontrollgruppen. Gruppen som fått stödsamtal visade en tydlig minskning i poäng på en skattningsskala (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale), jämfört med kontrollgruppen. De 17 BVC-sjuksköterskorna som medverkade i studien hade fått fyra halvda-gars fortbildning i metodiken och möjlighet till regelbunden handledning av psykolog.

I en engelsk studie (Cooper & Murray 1997) delades kvinnor med depression post partum slumpmässigt in i tre behandlingsgrupper: (1) kognitiv beteendeterapi som i första hand var inriktad mot problem hos barnet, (2) psykodynamisk korttidsterapi med fokus på relationen mellan mor och barn och (3) stödjande samtal. De tre grupperna jämfördes med en kontrollgrupp som endast fick sedvanliga BVC-besök. Resultaten visade att graden av tillfrisknande i samtliga tre behandlingsgrupper blev högre, oberoende av typen av behandling, jämfört med kontrollgruppen. Behandlingen visade positiv effekt inte bara på mammans depression utan också på kvaliteten i mor-barn-relationen.

Denna undersökning ledde till en studie av utvecklingen över tiden, som genomfördes i Cambridge. Alla hälsovårdssjuksköterskor fick utbildning i att använda en kombination av stödjande samtal och insatser med inslag av kognitiv beteendeterapi. Resultaten visade på en koppling mel-

lan en snabb förbättring av mammans PPD och barnets känslomässiga anknyningsrelation (Cooper & Murray 1997). Färre barn hade en osäker känslomässig anknytning vid 18 månaders ålder jämfört med kontrollgruppen. Mammorna som fått behandling uppgav dessutom färre problem med barnen (mat-, sömn- och skrikproblem) såväl vid behandlingstidens slut, dvs. 4–5 månader post partum, som vid en uppföljning 18 månader post partum.

Positiva behandlingsresultat har också rapporterats från USA (O'Hara m.fl. 2000). Kvinnor som var deprimerade post partum erbjöds interpersonell psykoterapi, dvs. en korttidsbehandling inriktad på relationsproblem och som tidigare visat sig framgångsrik vid behandling av depression. Sextio procent av kvinnorna som fått 12 sessioner med interpersonell terapi visade förbättring, jämfört med endast 20 procent av kvinnorna i kontrollgruppen (som stod på väntelista för behandling).

En annan typ av behandling som visat sig förbättra relationen mellan mamma och barn är s.k. babymassage. I en engelsk undersökning delades deprimerade mammor slumpmässigt in i antingen en babymassage- och stödgrupp eller en kontrollgrupp med enbart stöd. I den förstnämnda gruppen förbättrades samspelet mellan mamma och barn (efter fem gruppträffar med träning i babymassage), något som inte skedde i kontrollgruppen. Däremot förbättrades mammans stämningsläge i båda grupperna. Om effekterna kvarstod på längre sikt är dock oklart (Onozawa m.fl. 2001).

I Australien har man prövat olika former av gruppterapi för kvinnor med PPD. Morgan och kollegor (1997) har beskrivit ett program där mammor med depressiva symtom träffades åtta gånger, varav en gång tillsammans med sina partner. Psykoterapeutiska och kognitiva metoder användes för att hjälpa kvinnorna att hantera oro och känslor gentemot barnet, partnern och sin egen mamma. Männerna uppmuntrades att ge emotionellt och praktiskt stöd till sin partner. Programmet tycktes vara framgångsrikt när det gällde att minska depressiva symtom och öka självkänslan hos kvinnorna, men hos ungefär hälften av männen fann man förhöjda stressnivåer. Effekterna är emellertid svåra att bedöma, då det saknades kontrollgrupp.

I Kanada genomförde Misri med medarbetare (2000) parsamtal med 29 kvinnor som fått diagnosen depression (enligt DSM-IV). Kvinnorna i undersökningsgruppen fick sju samtal, varav fyra tillsammans med sin

partner. Kvinnorna i kontrollgruppen fick också sju samtal, men utan sina män. Man fann en signifikant minskning av depressiva symtom hos kvinnorna i undersökningsgruppen jämfört med i kontrollgruppen.

Eftersom PPD är resultatet av en mängd individuella och miljörelaterade faktorer, kan man inte använda samma insatser vid alla fall av depression.

Om hälsovården har ett väl integrerat program (t.ex. screening och stöd-samtal) med länkar till olika behandlingsinstanser, nära samarbete med allmänläkarmottagningar och psykiatriska mottagningar, och god föräldrainformation, kan en deprimerad kvinna välja det som bäst passar hennes behov (Boath & Henshaw 2001).

Insatser som leder till ökad självkänsla och ”empowerment” har störst möjlighet att lyckas (Cox & Holden 2003).

Betydelsen av klara remissvägar

De flesta kvinnor med depression post partum kan tas om hand inom primärvården och få kortvariga insatser (t.ex. stödsamtal) av barnhälsovårdens personal med handledning av psykolog och/eller uppföljning av allmänläkare. Stödande samtal med BVC-sjuksköterskan har visat sig hjälpa kvinnor som har en lätt eller måttlig PPD (Holden m. fl. 1989; Wickberg & Hwang 1996 b), medan kvinnor med allvarligare depression kan behöva medicinering och/eller psykoterapi.

Ibland behöver mamman sjukskrivas, vilket innebär att pappan i vissa fall kan vara föräldraledig och ta hand om barnet. Om det finns problem i mor-barn-relationen är behandling inom ramen för en spädbarnsverk-samhet en möjlighet.

En PPD är sällan så svår att kvinnan behöver remitteras till psykiatrin. Däremot krävs för en del kvinnor en längre och mer specialiserad behandling. Det är viktigt att hälsovårdens personal vet vart de ska remittera, och att det finns kunskap hos remissinstanserna om deprimerade spädbarns-mammors speciella behov.

För att undvika negativa effekter för barnet och familjen under spädbarnsperioden bör kvinnan tas emot relativt snabbt och väntetider undvikas. En psykiaterkonsult som är specialiserad i perinatal psykiatri rekommenderas för ett upptagningsområde med 500 000 invånare eller mer (Oates 1996).

Stödjande samtal

För att förstå varför stödjande samtal kan vara effektivt i behandling av PPD kan det vara till hjälp att titta på hur en depression kan utvecklas. Den typiska depressionsprocessen präglas av flera faser (Gut 1990). Själva förutsättningen för att bli deprimerad är att det finns ett viktigt mål som man, medvetet eller omedvetet, vill uppnå (t.ex. att alltid tillfredsställa barnet eller att vara en ”perfekt” förälder). Nästa fas äger rum om man inte lyckas närma sig målet med de medel som står till buds och inte förstår orsaken. Man blir besviken och villrådlig. I nästa fas pågår en desperat aktivitet i ens inre för att få grepp om vad man gjort för fel. Lyckas man inte med detta ökar oron, och man fungerar inte längre som man brukar. Om man låter bli att lägga lock på lidandet (t.ex. med hektisk aktivitet) får depressionen en chans att visa sin ”adaptiva” funktion. Man uppmärksammar processen i sitt inre och söker efter nya och bättre vägar för att nå målet. Detta depressionsarbete har definierats som ”en inlärning under den specifika stress som uppstår när man misslyckas med en viktig, djupt personlig strävan utan att till en början förstå varför”. Är arbetet framgångsrikt och nya lösningar integreras i personligheten, menar Gut (1990) att man kan säga att depressionsprocessen nått ett lyckligt slut.

Självklart finns det hinder, både inom individen och i samhället, som kan försvåra ett sådant resultat. Om det finns attityder i samhället som dömer ut svaghet och ineffektivitet är det svårt att acceptera och ”ta hand om” sin egen depression. För en deprimerad nybliven mamma kan detta te sig omöjligt, om hon inte har någon att vända sig till. Det finns enligt Gut (1990) en brist på ”goda hjälpare”, professionella och icke professionella. Det är i detta sammanhang som stödjande samtal blir betydelsefulla.

Vad är stödjande samtal?

Stödjande samtal har som mål att hjälpa människor som har problem med att hantera sina liv eller med att anpassa sig till nya och stressfyllda situationer. Metoden lämpar sig inte i första hand för dem som har allvarliga psykiska problem. Här betonas välbefinnande, hälsa och självförverkligande, snarare än ohälsa, sjukdom och missanpassning.

Stödjande samtal utgår från Carl Rogers (1951; 1975; 1980) arbeten och bygger på antagandet att varje individ vet vad som är bäst för henne/honom och kan påverka sin omgivning i stället för att passivt acceptera

vad som händer. Människor har en inbyggd strävan mot självförverkligande och mot att finna balans mellan att införliva viktiga personers värderingar (t.ex. hos föräldrar, vänner, lärare) och att behålla förmågan att handla utifrån egna önsknings. De mår inte bra om de har införlivat andras värderingar till den grad att de inte längre känner igen sina egna behov och agerar för att tillfredsställa andra snarare än sig själva.

Vid en depression har man ofta förlorat känslan av att ha kontroll över sitt liv. Man kan få hjälp att återfå denna känsla av en professionell person som lyssnar och inte styr, och som erbjuder en trygg miljö där man kan känna sig fri att tala om sig själv och sina känslor. Genom att prata igenom saker och ting med en person som är känslomässigt varm, intresserad och inte dömande, kan en deprimerad person komma att förstå vad som verkligen är viktigt och gradvis arbeta sig fram till lösningar på sina problem.

I stödjande samtal har relationen mellan lyssnare och klient en avgörande betydelse. Tre förhållningssätt är grundläggande för att klienten ska känna tillit och förtroende (Rogers 1975). Det första är lyssnarens empati, dvs. förmåga att identifiera sig med klienten och ”att tillfälligt träda in i hennes/hans privata värld och känna sig hemma där” (”temporarily enter her/his private world and feel at home in it”). Det andra är att ha en obetingat positiv syn på klienten (dvs. kommunicera värme, vänlighet och respekt). Det tredje förhållningssättet är att vara genuin (”äkta”), dvs. att vara sig själv.

Stödjande samtal vid PPD

Att få barn kan innebära en upplevelse av att förlora sin identitet. Några mammor har uttryckt det som ”*Jag kände inte igen mig själv*” eller ”*Det var inte jag.*” Att uppmuntra mamman att prata om sina egna behov, skilt från barnets, kan bidra till att hon återfår en känsla av identitet och av att ha ett eget värde. ”As we tell our story, we know that our life has significance, at least in our own eyes and in the eyes of the person who listens” (Rowe 1983).

En depression innebär att man har svårt att tänka klart, har svårt för att koncentrera sig och kan känna sig förvirrad. För att må bättre behöver man ta reda på vad man egentligen känner och tänker. Möjligheten att beskriva sin inre värld för någon annan hjälper mamman att klarare se

vad som behöver förändras och vad hon själv kan göra för att förändra. Om hon i stället får råd och förslag undergrävs hennes förmåga att handla och fatta egna beslut. I en god stödjande relation känner kvinnan förtroende och upplever att hon har någon som hon kan diskutera känslor med på ett sätt och med en öppenhet som hon kanske antagligen inte upplevt tidigare. När det gäller deprimerade mammor kan det handla om negativa aspekter av att bli mamma (t.ex. att man inte vill ha barnet) eller i relationen till partnern. Att dela tankar och känslor med någon som inte blir upprörd (och som har tystnadsplikt) kan vara en lättnad och ge perspektiv på det man tänker och känner. När kvinnorna i en svensk undersökning av stödjande samtal (Wickberg & Hwang 1996 b) intervjuades om hur de upplevt samtalen med BVC-sjuksköterskan, betonade de flesta att de hade känt sig fria att prata om precis allting med henne:

”Hon tryckte på rätt knapp för att få mig att prata, det var verkligen värdefullt.”

”Det är viktigt att prata med någon som är neutral och professionell ... någon som är där enbart för mig.”

”Att få möjlighet att gå igenom allt som upptog mig, saker som man inte kan nämna för någon annan, fick mig att känna mig ’normal’ igen, att det inte var mitt fel.”

”Hon visade ett genuint intresse för mig.”

BVC-sjuksköterskans roll i stödjande samtal

De flesta BVC-sjuksköterskor har redan genom tidigare erfarenheter den bakgrund som behövs för att arbeta med stödjande samtalsmetodik. Även om BVC-sjuksköterskor ägnar mycket tid åt att lyssna på mammor innebär emellertid det vanliga barnhälsovårdsarbetet mer av aktiva insatser och en ”expertroll”. I de stödjande samtalen är mamman i fokus i stället för barnet. Samtalen innebär också ett mer passivt förhållningssätt genom att den som lyssnar får hålla tillbaka sig själv och sina egna idéer och

tankar om vad som behöver göras. Det är viktigt att uppmuntra mamman att prata om sig själv och utforska sina egna tankar och att undvika att ge råd och synpunkter. Det betyder inte att man är helt tyst och aldrig ställer frågor. I stället använder man sådana frågor som gör att mamman ”kan gå vidare”, snarare än att hon svarar på de frågor och funderingar som man själv har.

Stödjande samtal är en metod där man är fri att utveckla sin egen stil utifrån egna erfarenheter och sin personlighet. Eftersom förmågan att bygga en förtroendefull relation är avgörande, betyder denna mer än själva tekniken.

Det finns emellertid vissa riktlinjer som kan vara till hjälp för hur man t.ex. börjar ett samtal, använder reflekterande frågor, försöker förstå vad som ligger bakom och sammanfattar vad mamman sagt. Tystnaden är ett viktigt hjälpmedel i stödjande samtal (Holden 1986).

Hur kan man börja samtalet?

Ett sätt att starta samtalet är med hjälp av en ”öppen” fråga, dvs. en som inte kan besvaras med ja eller nej:

”Hur har du haft det under veckan som har gått?”

Uppmuntra mamman att gå vidare med det hon talar om genom att visa intresse eller fråga vidare:

”Vill du berätta lite mer om det?” eller *”Hur kändes det?”*

Att svara med en reflekterande fråga

En ängslig mamma ställer ofta en mängd frågor och vill ha råd. Det kan vara frestande att ge råd, särskilt om man tror att man vet vad som borde göras. På sikt är det emellertid mer konstruktivt om hon kan komma fram till egna lösningar. Man kan ge den möjligheten genom att fråga:

”Vad har du att välja på?” eller *”Vilka möjligheter har du?”*

Det kan tyckas som om man undviker att svara genom att svara med en fråga. I stället kan det hjälpa mamman att reflektera över vad hon själv vill och att inte bli beroende av expertråd.

Att förstå meningen i det som sägs

Det vi säger speglar inte alltid det vi känner. Ofta finns två typer av kommunikation, den ena på en yttlig nivå och en annan på en djupare nivå. I ett stödjande samtal gäller det att hjälpa mamman att komma underfund med vilka hennes underliggande känslor är. En mamma kanske säger:

”Ibland tror jag att jag är dum” eller *”Jag klarar inte av barnet”*.

Om man säger emot henne visar man att man inte tar hennes upplevelse på allvar:

”Jag tycker inte alls att du är dum” eller *”Visst klarar du det”*.

I stället kan man uppmuntra henne att fortsätta sin tankegång och försöka komma underfund med varför hon tänker som hon gör. Ett sätt är att upprepa mammans sista ord i form av en fråga:

”Dum?” eller *”Barnet?”*

Att sammanfatta

Det kan vara värdefullt att sammanfatta vad man uppfattar att mamman har sagt, särskilt om hon blir tyst och tystnaden inte upplevs som konstruktiv:

”Det verkar som om du har känt dig ängslig en tid?”

En sammanfattning ger mamman möjlighet att rätta till, säga emot eller utveckla det hon sagt tidigare.

Tystnad

Tystnad kan vara en lika viktig del i ett stödjande samtal som det som sägs. Under tystnaden kan mamman reflektera över vad hon just har sagt eller kommer att säga. Att hon får vara tyst tillsammans med någon som förstår kan uppmuntra henne att fullfölja sina tankar och att ta reda på vad hon verkligen känner.

Genom att vara tyst håller man inte bara tillbaka sig själv och sina egna åsikter utan visar också mamman att man accepterar och inte värderar det hon just har sagt. Att använda sig av tystnad på ett konstruktivt sätt är inte enkelt men kan ge mycket.

Exempel på frågor som kan föra samtalet vidare efter en tystnad är:

”Vill du berätta vad du tänker just nu?” eller

”Det verkar som om du har stannat upp vid något?”

Stöd

Det kan vara svårt för en mamma som inte får känslomässigt stöd för egen del att orka tillfredsställa barnets behov. En viktig del i samtalen är att hjälpa henne att undersöka vilka personer runt omkring henne som kan ge stöd. En depression eller tecken på depression kan ge henne en legitim anledning att be andra personer om hjälp. Följande frågor kan vara användbara:

”Vem hjälper dig när du sviktar?”

”Finns det någon som du kan vända dig till?”

”Tycker du att det är svårt att be om hjälp?”

Här följer några sammanfattande punkter som rör samtalsstöd till deprimerade mammor:

- Fokus bör vara på mamman i stället för på barnet.
- Man bör komma överens om ett visst antal besök.
- Uppmuntra mamman att skaffa barnvakt så att hon kan vara ostörd under samtalen.
- Fasta tider för samtalen innebär att mamman kan förbereda sig på vad hon vill ta upp och att hon vet att tid är avsatt för henne (dvs. att hon inte tar tid från någon annan).
- Mamman stärks av att veta att hon får regelbundet stöd, att sjuksköterskan förstår henne och att andra mammor går igenom liknande upplevelser.
- Mamman bör få veta att besöken är till för henne, inte för ”kontroll” av barnet eller av hennes förmåga att sköta det. (Mammans eventuella frågor kring barnet sparas till efter samtalet.)
- Att tala om sina känslor hjälper mamman att tänka klarare kring sin situation och att fatta beslut om vad hon ska göra.
- Att inte få (välmenande) råd stärker mammans självförtroende och förmåga att fatta egna beslut.

Summary

Interest in postpartum depression increased strongly during the 1990s among researchers, clinicians and parents. One of the reasons for this is that research has shown what significance the early interplay between parent and child has on the child's continued development. It has also been found that depression in the mother after the birth may have long-term negative effects on the child's development. Other reasons relate to the woman's own health and the relationship between the parents. Women who are particularly vulnerable (for biological, psychological and social reasons) and who suffer stressful life events or long-term everyday stress run an increased risk of suffering a bout of depression in conjunction with childbirth. Access to support and help is thought to have a major role in determining whether or not a woman will become depressed. At particular risk are those women who lack support within their own family.

The percentage of new mothers with depression or symptoms of depression is as high in Sweden as in other Western countries, at 13 percent. Although most cases of minor depression go away after a few months, there is a risk of longer and deeper depression if the mother does not receive adequate help. It is therefore vital not to trivialise a new mother's symptoms of depression. It is of course equally important not to diagnose as an illness normal, temporary problems relating to the transition to becoming a parent, although the risk of this is likely to be smaller.

The increase in knowledge has brought about the need to identify as early as possible families with a new baby where the mother has symptoms of depression. With the help of a simple self-assessment scale, EPDS, the Child Health Care nurses can discover these mothers and offer various kinds of help. Supportive dialogues have proven effective as a first intervention for those who do not need specialist assistance.

Before introducing a new way of working with postpartum depression, the health service management should be familiarised with the system. Its impact should also be considered with regard to extra time required, ongoing training programmes and the need for specialist resources (e.g. Child

Health psychologist, mother-infant services and adult psychiatry).

It is worth repeating that the EPDS is only a screening scale for depression. It can never replace a clinical assessment, only giving an indication of a need for further assessment. It is therefore important to stress that the EPDS should not be used in isolation, but as part of a process involving professional assessment and clinical interviews.

A method of screening for postpartum depression in the Child Health Services involves a new way of working, where attention is also paid to the health of the parents, and not just of the child. Another innovation is that the method used offers support in the form of “listening visits” which is evidence-based (i.e. is based on research results) and in the first instance is provided by the child health centre nurse. This method gives the nurse a structure for talking to *all* new parents about how they feel. This increases the opportunity to target the interventions of the health service, as the women who have few or no problems are offered fewer visits and those who need dialogue support are offered more. It is possible that this way of working will not necessarily require more resources, but can be accommodated within the current health service. However, an assessment of the method’s cost-effectiveness and of how it is perceived by parents and health service staff needs to be carried out.

The new way of working with postpartum depression, as described here, is well in line with the approach proposed for future work in the Child Health Services (MFR 1999). It focuses more clearly than previously on strengthening parents’ self-confidence and competence, something which benefits both parents and children. In addition, the Child Health Services gains highly explicit responsibility for identifying the need for interventions during the first two years of a child’s life.

Referenser

American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Washington, DC: APA.

Appleby L. (1991) Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *British Medical Journal*, 302, 137–140.

Appleby L., Warner R., Whitton A. & Faragher B. (1997) A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioral counselling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 314, 932–936.

Areias MEG., Kumar R., Barros H. & Figueiredo E. (1996) Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30–35.

Austin M-P. & Lumley J. (2003) Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 10–17.

Ballard CG., Davis R., Cullen PC., Mohan RN. & Dean C. (1994) Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 164, 782–788.

Beck AT., Ward CH. & Mendelsohn M. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53–63.

Beck CT. (2001) Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research*, 50, 275–285.

Beck CT. (2002) Postpartum Depression: A Metasynthesis. Sage Publications. *Qualitative Health Research*, 12, 453–472.

Bedford A. & Foulds G. (1978) *Delusions, Symptoms, States. State of Anxiety and Depression (Manual)*. Windsor: National Foundation for Educational Research.

- Bernazzani O. & Bifulco A.** (2003) Motherhood as vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Social Science & Medicine*, 56, 1249–1260.
- Birbrajer A. & Glas Kullbratt M.** (2002) *Moderskap i motvind*. Fördjupningsarbete. Psykoterapiprogrammet. Psykologiska institutionen. Göteborgs universitet.
- Boath E. & Henshaw C.** (2001) The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19, (3) 215–248.
- Boyce P.** (1994) Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. I: J. Cox & J. Holden (red.) *Perinatal Psychiatry*. London: Gaskell.
- Brockington IF.** (1992) Disorders specific to the puerperium. *International Journal of Mental Health*, 21, 41–52.
- Brown GW. & Harris T.** (1978) *Social origins of depression*. London: Tavistock.
- Brown S. & Lumley J.** (2000) Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1194–2001.
- Buist AE., Barnett BEW., Milgrom J. et al** (2002) To screen or not to screen – that is the question in perinatal depression. *Medical Journal of Australia*, 177, 101–105.
- Bågedahl-Strindlund M. & Monssen-Börjesson K.** (1998) Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 272–275.
- Campbell SB., Cohn JF., Flanagan C., Popper S. & Meyers T.** (1992) Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Developmental Psychopathology*, 4, 29–47.
- Carter AS., Garrity-Rokous E., Chazan-Cohen R., Little C. & Briggs-Gowan MJ.** (2001) Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 18–25.

Cicchetti D., Rogosch A. & Toth S. (1998) Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in the toddlerhood. *Development and Psychopathology*, 10, 283–300.

Cohn JF., Matias R., Tronick EZ., Conell D. & Lyons-Ruth D. (1986) Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. I: EZ. Tronick & T. Field (red.) *Maternal depression and infant disturbance* (New Directions for Child Development, 34). San Francisco: Jossey-Bass.

Cooper PJ. & Murray L. (1998) Postnatal depression, clinical review. *British Medical Journal*, 316, 1884–1886.

Cooper PJ. & Murray L. (1995) Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191–195.

Cooper P. & Murray L. (1997) The impact of psychological treatment of postpartum depression on maternal mood and infant development. I: L. Murray & P. Cooper (red.) *Postpartum depression and child development*. New York: Guildford.

Cooper PJ., Tomlinson M. & Swartz L. (1999) Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry*, 175, 554–558.

Cox JL., Connor YM. & Kendell RE. (1982) Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth by personal interview. *British Journal of Psychiatry*, 140, 111–117.

Cox, JL., Chapman G. & Murray D. (1996) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in non-postal women. *Journal of Affective Disorders*, 39, 185–189.

Cox JL., Holden JM. & Sagovsky R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786.

Cox J. & Holden J. (2003) *Perinatal Mental Health. A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell.

- Cox JL, Murray D. & Chapman G.** (1993) A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27–31.
- Coyle B. & Adams C.** (2002) The EPDS: guidelines for its use as part of maternal mood assessment. *Community Practitioner*, 75, 394–395.
- Cryan E., Keogh F. & Connolly E.** (2001) Depression among postnatal women in an urban Irish community. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 18, 5–10.
- Cutrona CE. & Troutman BR.** (1986) Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507–1518.
- Edhborg L., Seimyr L., Lundh W. & Widström AM.** (2000) Fussy child – difficult parenthood? Comparisons between families with a “depressed” mother and non-depressed mother 2 months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, 225–238.
- Elliott SA.** (1994) Uses and misuses of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in primary care. A comparison of models developed in health visiting. In: J. Cox & J. Holden (red) *Perinatal Psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell.
- Elliott SA. & Levertontj.** (2000) Is the EPDS a magic wand? ‘Myths’ and the evidence base. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, 296–307.
- Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S. & Golding J.** (2001) Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323, 257–260.
- Felice E.** (1998) *Emotional Disorders during Pregnancy and the Postnatal Period: A Prospective Study of Maltese Women*. Mphil Thesis. Keele: Keele University.
- Fergusson D., Horwood J., Thorpe K. & ALSPAC Study team** (1996) Changes in depression during and following pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 10, 279–293.

- Field TM.** (1995) Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1–13.
- Georgiopoulus, AM., Bryan TL. & Wollan P. et al** (2001) Routine screening for postpartum depression. *Journal of Family Practice*, 50, 117–122.
- Gerrard J., Holden JM., Elliott SA., McKenzie P., McKenzie J. & Cox JL.** (1993) A trainer's perspective of an innovative programme teaching health visitors about the detection, treatment and prevention of postnatal depression. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1825–1832.
- Goldberg DP.** (1972) *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaires*. Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg DP.** (1980) Estimating the prevalence of psychiatric disorder from the results of a screening test. I: JK. Wing, P. Bedding & B. Robbins, *What is a case?* London: Grand McIntyre.
- Gregoire AJP., Kumar R., Everitt B., Henderson AF. & Studd JWW.** (1996) Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet*, 374, 930–933.
- Green J. & Murray D.** (1994) The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria. I: JL. Cox & JM. Holden (red.) *Perinatal Psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell.
- Gut E.** (1990) *Den sunda depressionen*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Hammen C., Adrian C., Gordon D., Burge D., Jaenicke C., & Hiroto D.** (1987) Children of depressed mothers: maternal strain and symptom predictors of dysfunction. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 190–198.
- Harris B.** (1994) Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood. *British Journal of Psychiatry*, 163, 403–405.
- Hay G., Pawlby S. & Sharp D.** (2001) Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 871–889.

Hedegaard M., Henriksen TB., Sabroe S. & Secher NJ. (1993) Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *British Medical Journal*, 307, 234–239.

Henshaw CA. (2000) *A longitudinal Study of Postnatal Dysphoria*. MD thesis. Aberdeen: University of Aberdeen.

Holden JM. (1986) *Counselling: Instructions to Primary Care Workers*. I: J. Cox (red.) *Postnatal Depression: A Guide for Health Professionals*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Holden JM., Sagovsky R. & Cox JL. (1989) Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 292, 223–226.

Hossain Z., Field T., Gonzales J., Malphurs J. & Del Valle C. (1994) Infants of “depressed” mothers interact better with their non-depressed fathers. *Infant Mental Health Journal*, 15, 348–356.

Hwang P. & Wickberg B. (2001) *Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2001:37.

Johanson R., Chapman G., Murray D., Johnson I. & Cox J. (2000) The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21, 93–97.

Josefsson A., Berg G., Nordin C. & Sydsjö G. (2001) Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 251–255.

Kaplan PS., Bachorowski J. & Zarlengo-Strouse P. (1999) Child-directed speech produced by mothers with symptoms of depression fails to promote associative learning in 4-month old infants. *Child Development*, 70, 560–570.

Kendell RE., Chalmers L. & Platz C. (1987) The epidemiology of puerperal psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 150, 662–673.

Kornfält R. (2000) Survey of the pre-school child health surveillance programme in Sweden. *Acta Paediatrica*, Suppl. 434, Vol. 89, 2–8.

- Kumar C., Mclvor RJ., Davies T., Brown N., Papadopoulos A., Wieck A., Checkley SA., Campbell IC. & Marks MN.** (2003) Estrogen administration does not reduce the rate of recurrence of affective psychosis after child-birth. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 112–118.
- Kumar R.** (1994) Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 250–264.
- Kumar R. & Robson KM.** (1984) A prospective study of emotional disorders in child bearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35–47.
- Lundh W. & Gyllang C.** (1993) Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in some Swedish child health care centers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7, 149–154.1.
- Luoma I., Tamminen T., Kaukonen P., Laippala P., Puura K., Salmelin R. & Almqvist F.** (2001) Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 40 (12), 1367–1374.
- Main M. & Hesse E.** (1990) Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? I: MT. Greenberg, D. Cicchetti & EM. Cummings (red.) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago: University of Chicago Press.
- Marks MN., Wieck A. & Checkley SA.** (1992) Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 29, 253–264.
- Martins C. & Gaffan EA.** (2000) Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 6, 737–746.
- Matthey S., Narnett B., Ungerer J. & Waters B.** (2000) Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60, 75–85.
- Matthey S., Barnett, BE. & Kavanagh DJ.** (2001) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*, 64, 175–184.

McIntosch J. (1993) Postpartum depression: women's help-seeking behavior and perceptions of cause. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 178–184.

MFR (1999) *Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa*. A State of the Art Document. Stockholm: Medicinska Forskningsrådet.

Milgrom J. & McCloud P. (1996) Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine*, 12, 177–186.

Milgrom J., Martin PR. & Negri LM. (1999) *Treating Postnatal Depression. A Psychological Approach for Health Care Practitioners*. Chichester: John Wiley & Sons.

Misri S., Kostaras X., Fox D. et al (2000) The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Canadian Journal of Advanced Nursing*, 26, 913–920.

Morgan M., Matthey S. & Barnett B. et al (1997) A group programme for postnatally distressed women and their partners. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 913–920.

Murray L. & Carothers AD. (1990) The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 157, 288–290.

Murray L. & Cooper PJ. (1997) Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, 27, 253–260.

Murray D. and Cox J. (1990) Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 8, 99–107.

Murray L., Stanley C., Hooper R., King F. & Fiori-Cowley A. (1996) The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant outcome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 109–119.

Nielsen Forman D., Videbech P., Hedegaard M., Dalby Salvig J. & Secher NJ. (2000) Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1210–1217.

Nott PN. (1987) Extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 151, 523–527.

- Oates M.** (1996) Psychiatric services for women following childbirth. *International Review of Psychiatry*, 8, 87–98.
- Oates, M.** (2001) Deaths from psychiatric causes. I: G. Lewis (red.) *Why Mothers Die 1997–1999. The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. London: Royal College of Gynaecologists and Obstetricians.
- Oates M., Cox J., Neema S., Asten P., Glangeaud-Freudenthal N., Figueiredo B., Gorman L., Hacking S., Hirst E., Kammerer M., Klier G., Seneviratne G., Smith M., Sutter-Dallay AL., Valoriani V., Wickberg B. & Yushida K.** (2003) Postnatal depression across countries and cultures: A qualitative study. *British Journal of Psychiatry* (in press).
- O'Connor TG., Heron J. & Glover V.** (2002 a) Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1470–1477.
- O'Connor TG., Heron J., Beveridge M. & Glover V.** (2002 b) Maternal antenatal anxiety and children's behavioral/emotional problems at 4 years. *British Journal of Psychiatry*, 180, 502–508.
- O'Hara M.** (1987) Post-partum blues, depression and psychosis: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 7, 205–227.
- O'Hara MW.** (1997) The nature of postpartum depressive disorders. I: L. Murray & PJ. Cooper (red.) *Postpartum depression and child development*. New York: Guildford Press.
- O'Hara MW. & Swain AM.** (1996) Rates and risk of postpartum depression – a meta analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37–54.
- O'Hara MW., Stuart S. & Gorman L.** (2000) Efficiency of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039–1045.
- O'Hara MW., Zekoski EM., Philipps LH. & Wright EJ.** (1990) Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of child-bearing and non-childbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 1–5.

- Onozawa K., Glover V., Adams D., Modi N & Kumar C.** (2001) Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 63, 201-7.
- Oscarson C.** (2000) *När går det över? Att identifiera och behandla nedstämdhet/depression i samband med barnafödande*. Kompendiematerial. Primärvården, Skaraborg.
- Pagel MD., Smilkstein G., Regen H. & Montano D.** (1990) Psychosocial influences on newborn outcome: a controlled prospective study. *Social Science & Medicine*, 30, 597-604.
- Paykel ES.** (2000) Classification of postpartum disorders in ICD-10 and DSM-IV: recommendations prepared by Sätra Bruk Workshop on Classification of Postnatal Mood Disorders, November 1999. *The Marcé Society Newsletter*, 9.
- Påhlsson M.** (2000) *Identifiering och behandling av postpartum depression. Att utveckla ett psykosocialt arbetssätt hos BVC-sköterskan inom barnhälsovården*. Kompendiematerial. Primärvårdens utvecklingsenhet i Tibro.
- Raphael-Leff J.** (1991) *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman and Hall.
- Rogers CR.** (1951) *Client-centred therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers CR.** (1975) *Empathic: an unappreciated way of being*. *The Counseling Psychologist*, 5, 3.
- Rogers CR.** (1980) *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ross IE., Gilbert Evans SE., Sellers, EM. & Romach MK.** (2003) Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, published online January 17, 2003.
- Rowe D.** (1983) *Depression, the way out of your prison*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Royal College of Psychiatrists** (2000) *Perinatal Maternal Mental Health Services* (Council Report CR88). London: Royal College of Psychiatrists.

- Rubertsson C., Wickberg B. & Waldenström U.** (2003 a) Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21, 113–123.
- Rubertsson B., Wickberg B., Rådestad I., Hildingsson I. & Waldenström U.** (2003 b) Depressive mood in early pregnancy and postpartum: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. (*inskickad för publicering*).
- Rutter M.** (1995) Psychological adversity: Risk, resilience and recovery. *South African Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 549–571.
- Seeley S.** (2001) Postnatal depression and maternal mental health: a public health priority. *CPHVA Conference proceedings, October 2001*, 16–19. London: CPHV.
- Seeley S., Murray L., & Cooper PJ.** (1996) The outcome for mothers and babies of health visitor intervention. *Health Visitor*, 69, 135–138.
- Shakespeare J.** (2002) Health visitor screening for PND using the EPDS: a process study. *Community Practitioner*, 5, 381–384.
- Small R., Astbury J., Browns S. & Lumley J.** (1994) Depression after childbirth. Does social context matter? *The Medical Journal of Australia*, 161, 473–477.
- Stein G.** (1998) Postpartum and related disorders. I: G. Stein & G. Wilkingson (red.) *General Adult Psychiatry*. Vol. 2. London: Gaskell.
- Thorpe K.** (1993) A study of the use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale with parent groups outside the postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11, 119–125.
- Tronick EZ. & Weinberg MK.** (1997) Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. I: L. Murray & P. Cooper (red.) *Postpartum depression and child development*. New York: Guildford Press.
- Watson JP., Elliott SA., Rugg AJ. & Brough DI.** (1984) Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, 453–462.
- Whiffen VE.** (1992) Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychological Review*, 12, 485–508.

Wieck A., Kumar R., Hirst AD., Marks MN., Campbell IC. & Checkley SA. (1991) Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *British Medical Journal*, 303, 613–616.

Wickberg B. & Hwang CP. (1996 a) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 181–184.

Wickberg B. & Hwang CP. (1996 b) Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 39, 209–216.

Wickberg B. & Hwang CP. (1997) Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 62–66.

Wickberg B. & Hwang P. (2001) Bagatellisera inte nyblivna mammors depressionstecken. *Läkartidningen*, 98, 1534–1538.

Wickberg-Johansson B., Erlandsson B. & Hwang CP. (1996) Primary health care management of postnatal depression in Sweden. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14, 69–76.

Wickberg B. & Nordström B. (2001) *What do Swedish mothers and fathers think about happiness, unhappiness and mental health in the transition to parenthood period? From a Transcultural Study of Postnatal Depression (TCS-PND)*. In Abstracts of 1st World Congress on Women's Mental Health (p. 52) Berlin, Germany.

Wisner KL., James JP. & Findling RL. (1996) Antidepressant treatment during breastfeeding. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1132–1137.

World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Geneva: WHO.

Zelkowitz P. & Milet T. (1997) Stress and support as related to postpartum paternal mental health and perceptions of the infant. *Infant Mental Health Journal*, 18, 424–435.

Östensson I. (2002) *Att upptäcka och stödja mammor med postpartum depression. Metodutveckling inom den förebyggande barnhälsovården, ett samarbete mellan primärvård och psykiatri i Landstinget Kronoberg*. Kompendiematerial. Växjö: Barn-och ungdomspsykiatriska kliniken.

Nästan var åttonde nybliven mamma visar tecken på eller har en depression. Blir den långvarig kan den få negativa följder för barnets utveckling, för kvinnans hälsa och för föräldraparets relation. Därför försöker man nu inom hälsovården så tidigt som möjligt upptäcka PPD (post partum depression) och erbjuda stöd och behandling.

Den här rapporten ger en kunskapsöversikt om psykisk ohälsa i samband med barnafödande och beskriver ett delvis nytt arbetssätt. Genom självskattningsskalan EPDS får man en uppfattning om mammans sinnesstämning och eventuella depressiva symtom. Men EPDS fungerar inte ensam; den måste ingå i ett screening-förfarande tillsammans med andra professionella bedömningar. Rapporten ger en vägledning i hur man med hjälp av stödjande samtal kan bemöta detta allt mer uppmärksammade problem.

Rapporten vänder sig främst till personal inom primärvården (barnmorskor, BVC-sjuksköterskor, allmänläkare, barnläkare i öppen vård, mödra- och barnhälsovårdspsykologer) samt till personal inom psykiatrin. Den kan även tjäna som faktaunderlag för sjukvårdens politiker och administratörer.

”Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande” har på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut tagits fram av fil dr Birgitta Wickberg och professor Philip Hwang. Carin Bokedal har varit projektledare och redaktör för rapporten vid Statens folkhälsoinstitut.



**STATENS
FOLKHÄLSOINSTITUT**

*Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
120 88 Stockholm*

*Fax 08-449 88 11
E-post: fhi@strd.se
Internet: www.fhi.se*

*ISSN 1651-8624
ISBN 91-7257-254-X
2003:59*