

Psykiske plager og lidelser postpartum

Anbefalinger

- Vi **foreslår** at alle kvinner får mulighet å snakke om sin fødselsopplevelse før de forlater fødeavdelingen, da kvinnens opplevelse ofte kan avvike helsepersonellets vurdering. (IV)
- Hvis fødselen har vært traumatisk, **foreslår** vi at legen vurderer om kvinnen har symptomer på PTSD og henviser til spesialisert hjelp ved behov. (III)
- Vi **anbefaler** at helsepersonell er oppmerksomme på depresjon etter fødsel og ved behov etablerer en plan for videre oppfølging (III).
- Vi **anbefaler** oppmerksomhet ved tegn til selvdestruktiv atferd og – i ytterste konsekvens – risiko for barnet. (IV)
- Kvinner med kjent bipolar lidelse eller psykotisk lidelse **anbefales** individuell barselpleie med tilrettelegging for søvn og hvile (II).
- Vi **anbefaler** umiddelbar innleggelse i akuttpsykiatrisk avdeling ved mistanke om postpartumpsykose (barselpsykose). Somatiske årsaker bør samtidig avklares (IV).
- Dersom mors psykiske helse påvirker hennes evne til å ivareta barnets grunnleggende behov, **anbefales** involvering av barnevernet. Hvis barnet får forsvarlig omsorg av partner eller annen nærpersion, vil dette være mindre relevant (IV).
- Vi **foreslår** at spedbarnsmødre med spiseforstyrrelse følges opp med hensyn til amming og ernæring av barnet. (III)

For generelle anbefalinger om medikamentell behandling vises til *Medisinering ved amming*.

Definisjon

Psykiske helseutfordringer i svangerskap og barseltid spanner fra forbigående emosjonelle reaksjoner til alvorlig psykiatrisk sykdom. Begrepet *postpartum* angir at symptomdebut har skjedd etter fødsel. *Postpartum depresjon* brukes som en samlebetegnelse for depressive tilstander etter fødselen, mens *postpartumpsykose* (barselpsykose) betegner en psykose som debuterer i barseltiden.

Epidemiologi

Depressive symptomer i barseltiden rapporteres hos 10–15 prosent, hovedsakelig basert på screeningsverktøy og ikke nødvendigvis uttrykk for klinisk depresjon. Risikofaktorer inkluderer tidligere psykisk lidelse, psykiske plager i svangerskapet, traumatisk fødsel, alvorlige obstetriske eller neonatale komplikasjoner, manglende sosial støtte og uttalt søvndeprivasjon (1,2,3).

Postpartumpsykose forekommer hos 1–2 per 1000 fødende, tilsvarende 60–120 kvinner årlig i Norge. Tilstanden debutterer vanligvis innen seks uker etter fødsel og kan være ledsaget av suicidale tanker og aggressive impulser rettet mot barnet (Cohen).

Risikofaktorer er bipolar lidelse, tidligere postpartumpsykose, familiehistorie med bipolar lidelse eller psykose, alvorlig søvnmangel og brå seponering av stemningsstabiliserende behandling. Mellom 25-50 prosent av kvinner med bipolar lidelse utvikler psykose i barselperioden hvis forebyggende medisiner seponeres (Viguera).

Alvorlig psykisk sykdom i barseltiden er forbundet med økt risiko for selvmord. Selvmord utgjør en av de hyppigste årsakene til indirekte mødredødsfall i Norden (Nyfløt), og i mange tilfeller foreligger det kjent psykiatrisk lidelse.

Andre relevante tilstander i barseltiden er fødselsrelatert posttraumatisk stress, spiseforstyrrelser, postpartum OCD og andre angstlidelser, enten som nydebut eller forverring av kjent sykdom.

Fødselslegens rolle i tidlig barselperiode

Rutinemessig depresjonsscreening er som regel lite hensiktsmessig i den aller tidligste barselfasen (3); fokuset bør være på å avdekke akutte tilstander og sikre god informasjonsflyt og kontinuitet i overgangen til kommunehelsetjenesten.

Mødre med postpartum OCD kan ha påtrengende, uønskede tanker om å skade barnet uten økt risiko for handling (Ross et al). Dette må skilles fra psykotiske symptomer, som kjennetegnes av svekket innsikt og realitetsbrist. Tidligere psykisk sykdom, særlig bipolar lidelse eller tidligere postpartumpsykose, er sentral risikoinformasjon.

Tidlige tegn på psykose kan være søvnløshet, rastløshet, irritabilitet og agitasjon, samt utvikling av psykotiske tanker med endret virkelighetsoppfatning. Ved slike funn skal terskelen være lav for kontakt med psykiatrisk bakvakt eller akutt henvisning.

Oppfølging og behandling

Milde til moderate psykiske plager i barseltiden kan som regel følges opp i primærhelsetjenesten, for eksempel gjennom støttesamtaler hos helsesykepleier, jordmor eller fastlege. Ved vedvarende symptomer kan henvisning til psykologisk behandling vurderes (1,8).

Alvorlig depresjon, rask symptomforverring, suicidale tanker eller betydelig funksjonssvikt krever snarlig psykiatrisk vurdering og henvisning til psykisk helsevern. For kvinner med kjent alvorlig psykisk lidelse, også uten akutt forverring, bør det før utskrivelse foreligge en konkret oppfølgingsplan, inkludert tiltak for søvn, vurdering av medikamentell behandling og tydelig ansvars plassering (1,8).

Postpartumpsykose er en akuttpsykiatrisk tilstand og krever som hovedregel akutt innleggelse. Behandlingen ledes av psykiater i samarbeid med fødselslege og barnelege. Kvinner med gjennomgått postpartumpsykose bør tilbys tett oppfølging og en forebyggende plan før senere svangerskap. Ved mistanke om psykisk sykdom vises det til kapittelet «*Psykisk helse og psykiatriske sykdommer*» for nærmere anbefalinger.

Referanser

1. NICE. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. Tilgjengelig via Helsebiblioteket: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykisk-helse/antenatal-and-postnatal-mental-health> (Sist oppdatert februar 2020)
2. Eberhard-Gran M, Slinning K. *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007. <https://www.fhi.no/publ/eldre/nedstemthet-og-depresjon-i-forbindelse-med-fodsel/>
3. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. *Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering*. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 297–301. <https://tidsskriftet.no/2014/02/oversiktsartikkel/screening-barseldepresjon>
4. Cohen LS, Nonacs RM, red. *Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum I*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing; 2005.
5. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, et al. *Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation*. Am J Psychiatry. 2007 Dec; 164(12): 1817-24.
6. Nyfløt LT, Johansen M, Mulic-Lutvica A et al. *The impact of cardiovascular diseases on maternal deaths in the Nordic countries*. AOGS 2021, 100 (7), 1273-1279 DOI [10.1111/aogs.14104](https://doi.org/10.1111/aogs.14104), PubMed [33524162](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33524162/)
7. Ross LE, McLean LM. *Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review*. J Clin Psychiatry 2006;67:173-80.

8. ACOG. *Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5*. Obstet Gynecol. 2023;141(6):1262-1288. doi:10. 1097/AOG.0000000000005202

Høringsudkast OGM 26