

Hvað stendur til boða varðandi úrræði við fæðingarpunglyndi?

Meðferðir við fæðingarpunglyndi

Hjördís Arnarsdóttir

HUG- OG FÉLAGSVÍSINDASVIÐ

Lokaverkefni til

BA gráðu í sálfræði

Hug- og félagsvísindasvið

apríl 2016

Hvað stendur til boða varðandi úrræði við fæðingarpunglyndi?

Hjördís Arnarsdóttir

12 eininga lokaverkefni
sem er hluti af
Bachelor of Arts-prófi í Sálfræði

Leiðbeinandi
Dr. Gísli Kort Kristófersson

Félagsvísindadeild
Hug- og félagsvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
Akureyri, apríl 2016

Titill: Hvað stendur til boða varðandi úrræði við fæðingarþunglyndi? Meðferðir við fæðingarþunglyndi

Stuttur titill: Hvað stendur til boða?

12 eininga lokaverkefni sem er hluti af Bachelor of Arts-prófi í sálfræði

Höfundarréttur © 2016 Hjördís Arnarsdóttir

Öll réttindi áskilin

Félagsvísindadeild
Hug- og félagsvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
Sólborg, Norðurlóð 2
600 Akureyri

Sími: 460 8000

Skráningarupplýsingar:

Hjördís Arnarsdóttir, 2016, B.A. verkefni, félagsvísindadeild, hug- og félagsvísindasvið, Háskólinn á Akureyri, 47 bls.

Prentun: Háskólaprent
Reykjavík, 19. apríl, 2016

„Ég lýsi því hér með yfir að ég ein er höfundur þessa verkefnis og að það er ágóði eigin rannsókna”

Hjördís Arnarsdóttir

„Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi kröfum til BA-prófs við Hug- og félagsvísindasvið”



A handwritten signature in black ink, consisting of two distinct parts. The first part is a stylized, cursive 'GK' or similar initials. The second part is a more fluid, cursive signature. The signature is written above a horizontal line.

Gísli Kort Kristófersson

Útdráttur

Geðheilbrigði hefur mikið verið í sviðsljósinu á Íslandi undanfarin misseri. Þunglyndi er ein algengasta geðröskunin og er talið að um 350 milljón manns kljáist við þunglyndi á hverjum tíma um heim allan. Fæðingarþunglyndi hefur sömu greiningarskilmerki og þunglyndi en þau einkenni koma fram ýmist á meðgöngunni eða innan fjögurra vikna frá barnsburði. Erfitt er að alhæfa um algengi fæðingarþunglyndis en flestar rannsóknir benda til þess að algengt sé að á milli 10-15% þjáist af fæðingarþunglyndi á hverjum tíma. Þá eru ákveðnir þættir líkt og hjúskapastaða, saga um geðsjúkdóma og fleira sem eru taldir vera áhættuþættir fyrir fæðingarþunglyndi. Fæðingarþunglyndi hefur áhrif, ekki bara á þann sem upplifir það heldur einnig á börnin. Því er mikilvægt að grípa inn í aðstæðurnar og veita þá meðferð sem þörf er fyrir. En hvaða meðferðir standa til boða við fæðingarþunglyndi og hvenær hentar hvaða meðferð? Hvað stendur foreldrum á Íslandi til boða? Notast var við yfirlits rannsóknarsnið við skrif þessarar ritgerðar.

Lyfjameðferð, samtalsmeðferð, hugræn atferlismeðferð og núvitund eru þær hefðbundnu meðferðir sem standa til boða. Lyfjameðferð og samtalsmeðferð hafa verið rannsakaðar mest af þessum rannsóknum og kemur á óvart hversu lítið er til af rannsóknum á hinum meðferðunum. Þegar kemur að óhefðbundnum meðferðum hafa meðferðir eins og jóga, hreyfing og ómega-3 fitusýrur verið skoðaðar. Á Íslandi er starfrækt svokallað FMB (Foreldrar Meðganga Barn) teymi sem sérhæfir sig í meðhöndlun fæðingarþunglyndis. Hins vegar er erfitt að afla upplýsinga um þau meðferðarúrræði sem standa til boða á Íslandi og er nauðsynlegt að auka sýnileika og fjölbreytni þeirra úrræða sem standa til boða.

Lykilorð: Fæðingarþunglyndi, hefðbundin meðferð, óhefðbundin meðferð

Abstract

Mental health has been in the spotlight in Iceland recently. Major depressive disorder is one of the most common mental disorders and approximately 350 million people worldwide are thought to suffer from depression at any given time. Postpartum depression has the same diagnostic criteria as major depressive disorder but those symptoms appear in the pregnancy or within four weeks of delivery. It is hard to generalize about the prevalence of postpartum depression but most studies indicate that it is between 10-15%. Postpartum depression doesn't only affect the mother, it also has its effects on the children. Therefore it is important to step into the situation and provide the treatment that is needed. But what treatment is available for postpartum depression, and intervention which situation? What services are for parents in Iceland? In this paper the literature was reviewed to answer these specific questions.

Pharmacotherapy, psychotherapy, such as cognitive behaviour therapy and mindfulness are some of the conventional treatments that are available for those suffering from postpartum depression. Medication and psychotherapy have been researched the most and it comes as a surprise how little the other treatments have been researched. When it comes to alternative treatments, yoga, exercise and omega-3 fatty acids are treatments that have been studied to a limited extent. In Iceland there is a team called FMB (Parents Pregnancy Child) that specializes in treating postpartum depression. On the other hand it is hard to find information about those treatments that are offered in Iceland and therefore it is important to increase the diversity and visibility of those treatments.

Keywords: Postpartum depression, conventional treatment, alternative treatment

Þakkarorð

Mig langar að byrja á því að þakka leiðbeinandanum mínum, dr. Gísla Kort Kristóferssýni, fyrir þá leiðsögn sem hann hefur veitt mér í gegnum skrifin og þá hughreystingu sem hann hefur veitt mér þegar ég stóð á villigötum. Þá langar mig að þakka þeim sem tóku að sér yfirlestur á ritgerðinni, þeim Tómasi Kristjánssýni, sálfræðingi og Jónínu Jónasdóttur. Að lokum langar mig að þakka fjölskyldu minni, þá sérstaklega sambýlismanni mínum Sævari Jónassýni og sonum okkar þeim Mikael og Atla, fyrir þrotlausa þolinmæði fyrir námi mínu. Þá hafa mamma mín og pabbi, Edda Magnúsdóttir og Arnar Sverrisson, veitt mér óendanlega mikinn stuðning í gegnum árin og núna undanfarið veitt mér ómetanlega hjálp með drengina. Án stuðnings þeirra allra hefði ég ekki lokið þessari ritgerð.

Efnisyfirlit

Punglyndi	1
Fæðingarpunglyndi.....	2
Sængurkvennagrátur	2
Fæðingarsturlun	3
Einkenni og greiningarskilmerki fæðingarpunglyndis	4
Algengi	4
Áhættuþættir	6
Áhrif	8
Fæðingarpunglyndi feðra	10
Skimunartæki	11
Edinborgarskalinn.....	12
Tengslakeningar	13
Tengslakening John Bowlby	14
Hvað svo?	15
Aðferð.....	16
Meðferðarúrræði	17
Lyfjagjöf	18
Lyfjagjöf hjá mjólkandi mæðrum	19
Samtalsmeðferð	20
HAM.....	22
Núvitund.....	24
Óhefðbundnar leiðir	25
Jóga.....	25
Ómega-3 fitusýrur	28
Hreyfing sem meðferð.....	28
Hvað stendur til boða á Íslandi.....	29
FMB teymið	30

Deild 33 C.....	31
Umræður.....	31
Heimildaskrá.....	34

Geðheilbrigði hefur mikið verið í umræðunni hér á landi undanfarin misseri og hafa herferðir eins og „Ég er ekki tabú“ og „Út með það“ verið hrint af stað. Þessar herferðir hafa verið settar af stað til þess að vekja upp umræðu um geðræn veikindi einstaklinga, reyna að útrýma fordómum gegn þeim og reyna að koma í veg fyrir alvarlegar afleiðingar þeirra. Geðlægðarröskun (e. depressive disorder) inniheldur meðal annars greiningarnar þunglyndi (e. major depressive disorder), geðlægðarröskun vegna sjúkdóms (e. depressive disorder due to another medical condition) og geðlægðarröskun vegna fíkniefna eða lyfja (e. substance/medication-induced depressive disorder) (American Psychiatric Association, 2013).

Þunglyndi

Ein algengasta geðröskunin, hér á landi sem og erlendis, er þunglyndi. Talið er að um 350 milljón manns um allan heim séu að kljást við þunglyndi á hverjum tíma (World Health Organization, 2015). Á Íslandi er talið að 12-15.000 manns séu að kljást við þunglyndi á hverjum tíma (Embætti landlæknis, 2012). Einkenni þunglyndis eru misjöfn á milli einstaklinga en einkennin eru nokkur. Til þess að einstaklingur sé greindur með þunglyndi þarf hann að hafa að minnsta kosti fimm af níu skráðum einkennum. Einkennin verða að hafa varað í yfir tvær vikur, ásamt því að virkni einstaklingsins þarf að vera breytt frá því sem áður var. Þunglynt skap meirihluta dagsins eða allan daginn, sem og minnkuð virkni eða áhugi á daglegum athöfnum allan eða meirihluta dagsins eru megin einkenni þunglyndis. Annað hvort þessara tveggja einkenna þurfa að vera til staðar svo einstaklingur sé greindur með þunglyndi. Einstaklingurinn sjálfur þarf ekki að hafa tekið eftir þessum breytingum, nóg er að einhver í kringum hann hafi tekið eftir þeim. Önnur einkenni sem geta verið til staðar eru breytingar á svefni og/eða matarlyst og þar af leiðandi breyting á líkamsþyngd. Breyting á einbeitingu getur átt sér stað ásamt sjálfsvígshugsunum eða sjálfsvígstilraunum. Ákveðnir kóðar eru notaðir þegar þunglyndi er greint og má þar nefna kóðana milt (e. mild), meðal (e. moderate) og alvarlegt (e. severe). Kóðarnir eru byggðir á núverandi alvarleika, hvort þetta sé stakt tilfelli

eða endurtekið atvik ásamt því hvort það séu geðrofseinkenni til staðar eða sjúkdómurinn í bata. Aðeins er minnst á alvarleika og tilvist geðrofseinkenna ef greiningarviðmiðum fyrir þunglyndi er mætt að fullu og er aðeins minnst á bataeinkenni ef greiningarviðmiðunum er ekki mætt að fullu (American Psychiatric Association, 2013). Þunglyndi getur átt sér stað hvenær sem er, hvort sem allt er eins og það á að vera, erfiðir tímar eigi sér stað þá stundina en það getur einnig komið fram á tímamótum í lífinu sem eiga að vera einstaklingnum einna gleðilegust, eins og til dæmis þegar nýtt barn fæðist inn í fjölskyldu.

Fæðingarþunglyndi

Árið 2014 fæddust 4.375 börn á Íslandi (Hagstofa Íslands, 2015) en þegar nýtt líf kviknar vekur það yfirleitt mikla hamingju og gleði hjá foreldrunum. Sú er þó ekki alltaf raunin, margar mæður upplifa sængurkvennagrát (e. postpartum blues) og margir foreldrar upplifa ýmist fæðingarþunglyndi (e. postpartum depression) eða geðrofslotur í kjölfar barnsburðar (e. postpartum psychotic episodes) (American Psychiatric Association, 2013).

Sængurkvennagrátur

Fyrstu daga eftir barnsburð er andleg vanlíðan algengari en margan grunar. Sængurkvennagrátur er eitthvað sem yfir helmingur allra kvenna upplifir fyrstu dagana eftir fæðingu. Sængurkvennagráti fylgir oft mikil þreyta fyrstu dagana, viðkvæmni, miklar tilfinningasveiflur sem og grátur án augljósrar ástæðu. Matarlystin getur breyst ásamt því að svefntruflanir og kvíði getur komið fram. Helsta einkenni sængurkvennagráts er, rétt eins og nafnið segir til um, grátur. Þetta gengur þó fljótt yfir og er ekki alvarlegt. Góð hvíld og fullur skilningur aðstandenda er þó mikilvægur á meðan þetta tímabil stendur yfir (Anna Dagný Smith, Hjördís Birgisdóttir og Ingibjörg Ásgeirsdóttir, 2001).

Fæðingarsturlun

Fæðingarsturlun er alvarlegasta birtingarmynd fæðingarþunglyndis, en jafnframt sú sjaldgæfa. Algengast er að veikindin geri vart við sig skyndilega, aðeins nokkrum dögum eftir fæðingu. Einkennin geta þó gert vart við sig í allt að þrjá mánuði eftir barnsburð. Ranghugmyndir, eirðarleysi, svefnleysi sem og önunglyndi eru algengustu einkenni fæðingarsturlunar. Einstaklingur sem greinist með fæðingarsturlun er ófær um að sinna sjálfum sér og barninu sínu þar sem fæðingarsturlun er mjög alvarlegt ástand og þarf því á lækni meðferð á sjúkrahúsi að halda (Anna Dagný Smith, Hjördís Birgisdóttir og Ingibjörg Ásgeirsdóttir, 2011). Talið er að algengi fæðingarsturlunar se á bilinu 1-2 á hverjar 1000 fæðingar og eru konur sem hafa greinst með geðklofa eða hafa áður upplifað fæðingarsturlun 100 sinnum líklegri til þess að upplifa sturlunina. Einnig geta geðhvörf hækkað lítillega líkur þess að upplifa fæðingarsturlun. Nýjustu rannsóknirnar sem beinast að því hvað veldur fæðingarsturlun tengjast hormónum. Þá er talið að fæðingarsturlun komi til vegna þess hve hratt magn hormóna minnkar eftir fæðingu en magn hormóna eykst allt að 200 sinnum á meðgöngu en fellur svo niður innan 24 klukkutímum frá fæðingu (Spinelli, 2009).

Það að myrða barnið sitt (e. infanticide) er oftast tengt geðrofslotum í kjölfar fæðingar (e. postpartum psychotic episodes) sem gera það að verkum að móðirin upplifir ofskynjanir sem segja henni að drepa barnið eða ranghugmyndir um það að barnið sé andsetið. Geðrofslotur geta einnig átt sér stað hjá konu með fæðingarþunglyndi án þessara ákveðnu ranghugmynda og ofskynjana. Fæðingarþunglyndi með geðrofslotum koma fram í 1 af 500 - 1 af 1000 fæðingum og geta verið algengari hjá frumbyrjum. Aukin áhætta er á fæðingarþunglyndi með geðrofslotum hjá konum sem hafa áður átt við fæðingarþunglyndi að stríða en einnig hjá þeim sem hafa átt við þunglyndi eða geðhvarfasýki að stríða, eða þar sem fjölskyldusagan inniheldur geðhvarfasýki. Eftir að kona hefur greinst með fæðingarþunglyndi

með geðrofslofum eru líkurnar á því að greinast aftur með hana á milli 30 og 50% (World Health Organization, e.d).

Einkenni og greiningarskilmerki fæðingarþunglyndis

Fæðingarþunglyndi hefur sömu greiningarskilmerki og þunglyndi en einkennin koma fram annað hvort á meðgöngunni eða innan fjögurra vikna frá barnsburði. Þunglyndi á meðgöngu og eftir barnsburð virðist vera nokkuð tengt. Talið er að um 50% þeirra sem upplifa þunglyndi eftir barnsburð hafi upplifað þunglyndi á meðgöngunni. Fæðingarþunglyndi virðist vera nátengt kvíða en þær konur sem upplifa þunglyndi á meðgöngunni kljást oft einnig við mikinn kvíða (e. severe anxiety) og upplifa jafnvel kvíðaköst (e. panic attacks). Rannsóknir hafa leitt í ljós að skap- og kvíðaeinkenni á meðgöngu ásamt sængurkvennagráti auki líkurnar á því að einstaklingur þrói með sér fæðingarþunglyndi (American Psychiatric Association, 2013).

Algengi

Þegar litið er til rannsókna á algengi fæðingarþunglyndis er algengt að niðurstaðan sé á bilinu 10-15% (Fisher o.fl., 2012, WHO, e.d., Halbreich og Karkun, 2006). Þegar betur er rýnt í algengi fæðingarþunglyndis kemur fleira í ljós sem taka þarf tillit til. World Health Organization (e.d.) vill áætla að um 10% ólétttra kvenna og 13% kvenna sem nýlega hafa átt barn upplifi geðröskun, þá aðallega þunglyndi. Þeir telja jafnframt að þá sé tíðnin hærri í þróunarlöndunum, það er að 15,6% kvenna greinist með geðröskun á meðgöngu en 19,8% eftir barnsburð. Af því má draga þá ályktun að fjárhagsleg staða þjóðfélagsins og einstaklingsins sé einn af orsakabáttum fæðingarþunglyndis. Flestar rannsóknir sem framkvæmdar hafa verið hafa verið framkvæmdar í vestrænum ríkjum. Nýlega hafa þó rannsóknir einnig verið framkvæmdar í þróunarríkjunum þar sem fjárhagsleg staða er ekki jafn góð ásamt því að mikill menningarmunur getur verið á þessum samfélögum. Hafa því tölur um algengi fæðingarþunglyndis hækkað í kjölfar þeirra.

Rannsókn var framkvæmd í Iowa í Bandaríkjunum á 4.332 konum yfir 18 ára. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða hversu mikil áhrif fjárhagsleg og félagsleg staða kvenna hefðu á það hvort þær þróuðu með sér fæðingarþunglyndi. Niðurstöðurnar leiddu í ljós að þær konur sem höfðu lægstu inkomuna voru töluvert líklegri til þess að þróa með sér fæðingarþunglyndi en þær sem höfðu hærri inkomu. Niðurstöðurnar voru á þann veg að 20% þeirra sem höfðu lægstu inkomuna greindust með þunglyndi á móti aðeins 7,5% kvenna í hæsta tekjubílinu (Segre, O'Hara, Arndt og Stuart, 2007).

Halbreich og Karkun (2006) framkvæmdu samantekt á 143 rannsóknum í 40 löndum sem sýndu fram á það að fjárhagsleg staða þjóðfélagsins, hvers konar menning er ríkjandi í samfélaginu ásamt gæðum heilbrigðiskerfisins hefði mikil áhrif á það hvort konur þrói með sér fæðingarþunglyndi. Þá má nefna að í Guyana í Suður-Ameríku mældist tíðnin 57% á meðan tíðnin í Singapore í Asíu mældist hún ekki nema 0,5%. Þessar rannsóknir sýna því fram á að tíðnin getur verið allt frá því að vera frá 0% til 60%, allt eftir því hver fjárhagsstaða þjóðfélagsins er ásamt því hversu ólík menningin er innan þessara samfélaga. Þessar niðurstöður eru því ekki í samræmi við tíðnina 10-15% sem oft hefur verið rætt um í rannsóknum (Fisher o.fl., 2009, WHO, e.d., Halbreich og Karkun, 2006).

Rannsóknir á almennu þunglyndi hafa skoðað hvers vegna menningarmunur hefur komið fram á tíðni þunglyndis. Í ljós hefur komið að munurinn er ekki einungis vegna fjárhagslegs mismunar á löndunum (Kiramayer, 2001). Misjafnt er á milli samfélaga hvernig einstaklingur tjáir tilfinningar sínar ásamt því að tilfinningastjórnunin er misjöfn. Einkenni þunglyndis geta komið fram sem líkamleg einkenni, til dæmis sem höfuðverkur eða stöðug þreyta. Menningin skapar hefðirnar og eru hefðirnar þá einnig misjafnar á milli menningarheima. Það orsakar því einnig mismunandi túlkun á hlutum og tilfinningum, líkt og þunglyndi. Í Ameríku tíðkast það til dæmis að tala nokkuð opinskátt um tilfinningar og eru því minni líkur á því að einstaklingur leiti til læknis vegna líkamlegra einkenna sem eru í raun

tilkomin vegna þunglyndis eða kvíða. En í Taiwan og Kína er töluvert líklegra að einstaklingur leiti til læknis vegna líkamlegra einkenna sem orsakast af þunglyndi eða kvíða. Þá er einnig munur á því hvernig menningarheimar túlka einkenni og hvernig talað er um einkennin (Kirmayer, 2001).

Það að tala um að algengi fæðingarþunglyndis sé alltaf einhver ákveðin prósentutala gefur því líklega ekki rétta heildarmynd. Fjárhagsleg og félagsleg staða einstaklingsins sem og staða heilbrigðisþjónustunnar á svæðinu hefur mikil áhrif á það hvort einstaklingurinn þrói með sér fæðingarþunglyndi. Einnig er ljóst að menningarmunur getur verið mikill, ekki er óhætt að tala um einkennin allstaðar í heiminum og því er mikilvægt að taka tillit til þess.

Áhættuþættir

Rannsóknir hafa sýnt fram á það að skap- og kvíðaeinkenni á meðgöngu ásamt sængurkvennagrati, auki líkurnar á fæðingarþunglyndi (American Psychiatric Association, 2013). Allar konur geta þróað með sér geðrænar raskanir á meðgöngu eða á fyrsta ári barnsins en fátækt, flutningur á milli landa, mikil streita, varnarleysi fyrir ofbeldi, neyðar- og átakaaðstæður, náttúruhörmungar og lítill félagslegur stuðningur getur aukið líkurnar á því að þróa með sér ákveðnar raskanir (World Health Organization, e.d).

Rannsókn var framkvæmd í Danmörku til þess að kanna hvaða þættir væru líklegir til þess að vera áhættuþættir fyrir fæðingarþunglyndi. Niðurstöðurnar leiddu í ljós að mest samband var á milli fæðingarþunglyndis og sálrænnar vanlíðunar (e. psychological distress). Félagleg einangrun, hár fjöldi barna og geðrofseinkenni á meðgöngu sýndi einnig fylgni við fæðingarþunglyndi. Engin tengsl fundust þó á milli vandamála á meðgöngu eða í fæðingu (Forman, Videbeck, Hedegaard, Salvig og Secher, 2000).

Þá sýndi rannsókn sem framkvæmd var í Ástralíu svipaðar niðurstöður og danska rannsóknin. Þunglyndi fyrir fæðingu, fyrri geðræn vandamál og tilfinningaleg vandamál fyrir

fæðingu voru líklegustu áhættuþættirnir fyrir fæðingarþunglyndi en það eru sambærilegar niðurstöður og komu í ljós í Danmörku. Ásamt þessu kom í ljós að fullkonnunarárátta, það er þörfin að hafa alltaf allt rétt eða fullkomið, hefur áhrif á það hvort mæður þróuðu með sér fæðingarþunglyndi eða ekki. Þá virðist góður stuðningur maka eða stuðningsaðila draga úr líkum á því að þróa með sér fæðingarþunglyndi. Þá voru þær mæður sem voru með fullkonnunarárátta líklegri til þess að þróa með sér fæðingarþunglyndi. Ekki virtist vera munur á því hvort enginn maki væri til staðar eða lélegur stuðningur maka við móðurina og fæðingarþunglyndis. Með því að takmarka daglegt þras á heimili var einnig hægt að draga úr líkum fæðingarþunglyndis þrátt fyrir að mikið daglegt þras hafi ekki verið skilgreint sem orsakabáttur fyrir fæðingarþunglyndi (Milgrom o.fl., 2008).

Þegar tengls á milli gengis fæðingar, fæðingarþunglyndis og kvíða eftir fæðingu eru skoðuð kemur í ljós að erfið fæðing virðist ekki ýta undir líkur á fæðingarþunglyndi. Aftur á móti getur erfið fæðing aukið líkurnar á því að móðir upplifi kvíðaeinkenni eftir fæðingu, bæði tveimur mánuðum og átta mánuðum eftir fæðingu. Ekki er talið vera fast orsakasambandi þar á milli þó svo að erfið fæðing geti aukið líkurnar á kvíða eftir fæðinguna, það er upplifir meiri hræðslu í tengslum við barnið eins og hræðsla við vöggudauða og/eða veikindi (Bell o.fl., 2015). Þá komst þessi rannsókn einnig að sömu niðurstöðu og þær rannsóknir sem hér áður voru nefndar um áhrifaþætti fæðingarþunglyndis. Þunglyndis- og kvíðaeinkenni á meðgöngu, fyrri saga um geðrofseinkenni að eigin sögn, lítill félagslegur stuðningur og fleiri streituvaldandi atburðir á meðgöngunni eru tengdir auknum kvíða- og þunglyndiseinkennum eftir fæðingu. Þá sögðu rannsakendurnir einnig að aldur móður, það er að móðir sé eldri en 34 ára auki líkur á kvíða- og þunglyndiseinkennum eftir fæðingu (Bell o.fl., 2015).

Það að eignast fyrirbura eða léttbura, það er barn sem er undir 1.500 gr við fæðingu, getur einnig verið áhættuþáttur fyrir fæðingarþunglyndi. Það virðist vera að það að eignast

léttbura sé stór áhrifaþáttur fyrir fæðingarþunglyndi en fæðingarþunglyndi hjá bæði mæðrum og feðrum sem eiga fyrirbura er algengara en hjá öðrum foreldrum. Þá var áætlað að fæðingarþunglyndi væri um það bil þrisvar til níu sinnum algengara hjá feðrum léttbura en 4-28 sinnum algengara hjá mæðrum léttbura en þeirra foreldra sem eiga börn eftir fulla meðgöngu (Helle o.fl., 2015).

Áhrif

Eftir fæðingu, upplifir móðir með þunglyndi mikla þjáningu og getur átt það til að borða ekki nægjanlega, þrifa sig ekki eða sinna sjálfri sér á nokkra vegu, það er fara í sturtu, klæða sig upp og svo framvegis. Fæðingarþunglyndi getur aukið líkurnar á slæmri heilsu en einnig geta mæður sem þjást af fæðingarþunglyndi ekki sýnt eðlilega virkni. Þetta leiðir til þess að vöxtur og þroski barnanna getur orðið fyrir neikvæðum áhrifum vegna andlegrar heilsu móður eða föður. Mjög ung börn eru sérstaklega viðkvæm fyrir umhverfinu og gæðum umönnunarinnar. Þar af leiðandi eru þau líklegri til þess að verða fyrir áhrifum frá mæðrum með geðraskanir. Langvarandi eða alvarleg geðræn röskun hindrar tengslamyndunina milli móður og barns, brjóstgjöf og ungbarna-umönnun (World Health Organization, e.d). Þá hafa rannsóknir leitt í ljós að mæður sem greinast með þunglyndi eyða minni tíma í að brosa, snerta börnin sín, eru meira í að hreyfa útlími barnsins og verja minni tíma í að líkja eftir börnunum sínum. Þetta orsakar það að börnin brosa minna og sýna meiri streituvíðbrögð (Field o.fl., 2009).

Þau börn sem eiga móður með fæðingarþunglyndi eru líklegri til þess að fá óhollari fæðu sem orsakar minni hugræna virkni við fjögurra ára aldur. Þá eru einnig vísbendingar um það að sjö og átta ára gömul börn þunglyndra mæðra, þá sérstaklega þeirra mæðra sem eru með langvarandi þunglyndi í kjölfar fæðingarþunglyndis, eigi frekar við tilfinningaleg og hegðunarleg vandamál að stríða, þar með talið lyndisraskanir. Þá eru sterkar tilheingingar til þess að börn á milli átta og níu ára upplifi lélegt samband móður og barns ásamt öðrum

óhagstæðum útkomum (e. externalizing problems). Þriggja ára gömul börn þunglyndra mæðra eru líklegri til þess að vera of létt miðað við hæð en voru jafnframt frekar með miðlæga offitu heldur en börn þeirra mæðra sem ekki hafa verið að kljást við fæðingarþunglyndi. Þegar áhrif fæðingarþunglyndis mæðra á ungmenni eru skoðuð kemur í ljós að 16 ára ungmenni sem eiga móður sem átti við fæðingarþunglyndi að stríða er 4,7 sinnum líklegri til þess að eiga við þunglyndi að stríða en ungmenni sem átti móður sem ekki þurfti að kljást við fæðingarþunglyndi. Einnig eru strákar sem eiga móður sem átti við fæðingarþunglyndi að stríða örlítið, en þó marktækt, líklegri til þess að fremja glæp (Gentile, 2015).

Rannsókn sem framkvæmd var í Þýskalandi, Ítalíu, Póllandi, Spáni og Belgíu af þeim Grote og félögum (2010) til að athuga tengsl á milli þyngdar barna og fæðingarþunglyndis móður leiddi þó í ljós óvæntar niðurstöður. Fæðingarþunglyndi þar virðist ekki hafa teljanleg áhrif á það hvort börnin verði of þung eða of létt í þessum löndum. Það er þvert á þær niðurstöður sem aðrar rannsóknir hafa komist að.

Hanington, Ramchandani og Stein (2010) rannsökuðu samband á milli skapgerðar barna og fæðingarþunglyndis foreldra. Þeir gerðu greinamun á kynjum í rannsóknum sínum og mátu áhrif fæðingarþunglyndis mæðra annarsvegar og fæðingarþunglyndis feðra hins vegar. Ef fæðingarþunglyndi var til staðar hjá móður átta mánuðum eftir barnsburð spáði fyrir um skapgerð barnsins við 21 mánaða aldur. Áhrif fæðingarþunglyndis föður á áttunda mánuði barnsins hafði einnig marktæk áhrif á skapgerð og styrk barnsins við 21 mánaða aldur. Áhrif fæðingarþunglyndis móður var þó ríkjandi og virðist fæðingarþunglyndi feðra aðeins hafa áhrif á skapgerð drengja en ekki stúlkna (Hanington, Ramchandani og Stein, 2010).

Árið 2014 var birt rannsókn sem staðfestir áhrif fæðingarþunglyndis mæðra á börnin þegar þau eldast. Í ljós kom að þau börn sem eiga móður með fæðingarþunglyndi eða annarskonar þunglyndi og/eða streitueinkenni á meðgöngu, að meðgöngu lokinni eða

einhverntíman á fyrstu 18 árum barnsins eru líklegri til þess að þróa með sér hegðunarvandamál sem og þunglyndis einkenni. Þá eru það sérstaklega einkenni þunglyndis, streitu og kvíða í byrjun meðgöngu sem hafa áhrif á innri og ytri hegðunarvandamálum og þunglyndiseinkenni ungra einstaklinga (Betts, Williams, Najman og Alati, 2014).

Fæðingarþunglyndi feðra

Það eru ekki einungis mæður sem upplifa fæðingarþunglyndi, feður geta einnig upplifað það. Fæðingarþunglyndi feðra (e. paternal depression) hefur ekki verið jafn mikið rannsakað eða skoðað og fæðingarþunglyndi kvenna. Fæðingarþunglyndi feðra virðist ekki vera jafn algengt og mæðra en sem dæmi um það má nefna rannsókn Ramchandani, Stein, Evan, O'Connor og ALSPAC teymisins (2005) leiddi í ljós að 10% mæðra upplifðu fæðingarþunglyndi en aðeins 4% feðra. Rannsókn þeirra félagar hafði það sem viðmið að þeir sem skorðu hærra en 12 á Edinborgarskalanum væru með fæðingarþunglyndi. Áhrif fæðingarþunglyndis feðra virðist þá hafa meiri áhrif á syni feðranna en dætur. Í rannsókn Field og félagar (2006) kemur í ljós að karlmenn sem greindust með fæðingarþunglyndi eru líklegri til þess að hafa upplifað þunglyndi og/eða kvíða á meðgöngunni en þeir sem ekki greindust með fæðingarþunglyndi. Sömu niðurstöður komu í ljós hjá konum. Þeir feður sem eiga barnsmóður sem greind er með fæðingarþunglyndi eru líklegri til að upplifa fæðingarþunglyndi en þeir feður sem eiga ekki við fæðingarþunglyndi að stríða. Sambærileg áhrif komu ekki í ljós hjá mæðrunum. Einnig virðast feður ekki mælast með jafn mikið fæðingarþunglyndi og mæður og áætla Field og félagar að það sé vegna hormónaáhrifanna sem mæðurnar upplifa í kjölfar meðgöngu og fæðingar. Þá eiga þeir við það að hormónaáhrifin hafi meiri áhrif en umhverfisáhrifin á þróun þunglyndisins. Rannsókn Hanington, Ramchandani og Stein (2010) styðja þær niðurstöður að fæðingarþunglyndi feðra sé ekki jafn algengt og fæðingarþunglyndi mæðra. Þeirra rannsókn leiddi í ljós að aðeins 3%

fæðra skoruðu hærra en 13 á Edinborgarskalanum 6-8 mánuðum eftir komu barns á meðan 8,8% kvenna skoruðu yfir 13 á þeim sama skala í sömu rannsókn.

Skimunartæki

Til eru fleiri en ein tegund skimunartækja sem ætluð eru til þess að skima fyrir fæðingarþunglyndi. *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)*, *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*, *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* og *Becks þunglyndis skalinn* eru dæmi um skala sem notaðir hafa verið til þess að skima fyrir fæðingarþunglyndi (Department of Health, 2016).

Rannsókn var framkvæmd til þess að meta hvort þörf væri á því að skima oftari en einu sinni fyrir fæðingarþunglyndi hjá konum. Niðurstöðurnar leiddu í ljós að skimum við bæði 6 og 12 mánuði eftir fæðingu greindust fleiri mæður með fæðingarþunglyndi en ef bara var skimað 4-12 vikum eftir fæðingu. Þessar niðurstöður benda því til þess að gott væri að skima oftari en einu sinni fyrir fæðingarþunglyndi, svo hægt væri að hjálpa þeim mæðrum sem þróa seint með sér fæðingarþunglyndi (Yawn, Bertram, Kurland og Wollan, 2015).

Á Mission St. Joseph's spítalanum voru þær konur sem áttu barn á sléttum tölum dögum látnar taka Edinborgar skalann sex vikum eftir fæðingu á meðan þær sem áttu barn á oddatölu dögum voru metnar af heilbrigðisstarfsmönnum sex vikum eftir fæðingu. Þetta var gert til þess að meta gagnsemi þess að leggja Edinborgarskalann fyrir í stað þess að treysta á innsæi þess starfsmanns sem sæi um matið á móðurinni. Niðurstöðurnar leiddu í ljós að marktækur munur var á milli hópa. Þá voru það 35,4% mæðra sem tóku Edinborgar skalann sem greindust með fæðingarþunglyndi á meðan aðeins 6,3% mæðra sem voru metnar greindust með fæðingarþunglyndi (Evins, Theofrastous og Galvin, 2000).

Á Íslandi hefur tíðkast að notast við Edinborgarskalann til skimunar fyrir fæðingarþunglyndi (Embætti landlæknis, 2013).

Edinborgarskalinn

Edinborgarskalinn (e. Edinburgh Postnatal Depression Scale/EPDS) var fyrst hannaður af Cox, Holden og Sagovsky árið 1987. Skalinn samanstendur af 10 spurningum eða staðhæfingum sem ætlaðar eru til þess að skima fyrir fæðingarþunglyndi hjá nýbökudum mæðrum. Ætlunin er að mæðurnar svari eftir því hvernig þeim hefur liðið undanfarna 7 daga og gefur hvert svar stig á bilinu 0-3 (Cox, Holden og Sagovsky, 1987). Þegar útkoma svaranna eru lögð saman fæst heildarskor en eftir því sem talan er hærri eru meiri líkur á því að móðirin sé með fæðingarþunglyndi. Skalinn er þó ekki ætlaður til greiningar heldur aðeins til skimunar (Guedeney, Fermanian, Guelfi og Kumar, 2000). Hér á Íslandi er mælt með því að Edinborgarskalinn sé lagður fyrir konur 9 vikum eftir fæðingu. Ásamt þessum tilmælum er reglulega boðið upp á kennslu í fyrirlögn skalans sem og boðið upp á netnámskeið reglulega til þess að auka þekkingu hjúkrunarfræðinga á vanlíðan eftir fæðingu. Ákveðnar vinnulagsreglur eru hér á landi varðandi fyrirlögn Edinborgarskalans en þær eru eftirfarandi:

1. Leggja fyrir allar konur 9 vikum eftir fæðingu
2. Ef hjúkrunarfræðingur hefur á tilfinningunni að konunni líði illa andlega, leggja EPDS fyrir [fyrir]
3. Konur sem fá 12 stig eða meira fá viðtal/símtal hjá hjúkrunarfræðingi og minnst 4 samskipti áður en barnið verður 12 vikna gamalt. Ef konan skorar jákvætt á 10. spurningu [Ég hef hugsað um að skaða sjálfa mig], þá tilvísun til heimilislæknis
 - a. Endurmeta 3 mánuðum eftir fæðingu
 - b. Ef konan skorar 12 stig eða meira, tilvísun til heimilislæknis. Áfram samskipti hjúkrunarfræðings eftir þörfum, viðtöl/símtöl
4. Konur sem skora 9-11 stig 9 vikum eftir fæðingu
 - a. Áfram samskipti hjúkrunarfræðings eftir þörfum
 - b. Endurmeta 5 mánuðum eftir fæðingu

5. Eftirfylgd langveikra kvenna

- a. Endurmeta 12 mánuðum eftir fæðingu ef þörf krefur
- b. Endurmeta 18 mánuðum eftir fæðingu ef þörf krefur

(Embætti landlæknis, 2013).

Ýmsar mýtur hafa komið fram vegna Edinborgarskalans og varðandi notkun hans. Elliott og Leverton tóku saman nokkrar mýtur og ranghugmyndir um skalann og komu með svör við þeim hvort sem það var til þess að hrekja þær eða leiðrétta. Algengt er að einstaklingar haldi að hægt sé að nota skalann sem greiningartæki fyrir fæðingarpunglyndi, eða sem staðfestingu á greiningu liggji einhver vafi fyrir um greiningu. Það er hann svo sannarlega ekki, heldur er hann aðeins skimunartæki fyrir fæðingarpunglyndi. Einhverjir halda að hægt sé að nota niðurstöðuna úr prófinu til þess að ákvarða hvort einstaklingurinn þurfi meðferð eður ei. Það er ekki heldur rétt, þar sem skalinn er jú aðeins skimunartæki og getur hvorki greint né útilokað að einstaklingurinn sé með fæðingarpunglyndi. Einhverjir hafa gerst svo djarfir að henda fram þeirri staðhæfingu að fyrirlögn EPDS skalans geti greint sjálfsvígshættu. Geri sá sem leggur skalann fyrir, mistök við fyrirlögnina, sé hann ábyrgur fyrir dauða móður og barns. Einnig hefur verið fleygt fram þeirri staðhæfingu að sé skalanum svarað einu sinni spái það fyrir um geðheilbrigði foreldrisins fyrsta ár barnsins. En spurningarnar eru miðaðar við síðustu 7 daga og segir því aðeins til um hvernig foreldrinu hefur liðið undanfarna daga og spáir ekki á nokkurn hátt því hvernig honum mun líða næstu daga á eftir, hvað þá næsta árið (Elliott og Leverton, 2000).

Tengslakeningar

Tengsl einstaklinga eru yfirleitt sterkust við eina manneskju en þau eru bæði langvarandi og gagnkvæm. Freud glímdi mikið við áhrif foreldra á börn og skoðaði það efni töluvert en það var þó án þess að setja fram eiginlegar tengslakeningar. Hans kenningar snérust meira um mun á milli kynja sem og hvatir barna til þess að samsamast foreldri sínu af

sama kyni. John Bowlby er aftur á móti frumkvöðull tengslakenninga og má segja að hann hafi komið þessum málefnum á dagskrá. Mary Ainsworth tók síðan við af Bowlby og bætti við kenningar hans og uppfærði (Aldís Unnur Guðmundsdóttir, 2007).

Langtímarannsókn á nýjum foreldrum, það er foreldrum sem eru að eignast sitt fyrsta barn, var byggð á tengslakenningu Bowlbys um tengsl hennar við þunglyndiseinkenni. Fylgst var með foreldrunum yfir tveggja ára tímabil og var fylgst með hvernig aðskilnaðarkvíði og forðun væru tengd þunglyndiseinkennum foreldranna (Rholes o.fl., 2011). Í ljós kom að stíll umönnunar foreldranna hafði mismunandi áhrif á einkenni þunglyndisins hjá hliðrunar og kvíða einstaklingum. Þegar talað er um kvíða-einstakling er verið að tala um einstakling sem er almennt mjög kvíðinn. Þeir eru oft mjög óöruggir með sjálfa sig og eiga það til að treysta ekki maka sínum fyllilega. Þegar talað er um hliðrunar-einstakling er verið að tala um einstakling sem hefur minni áhyggjur af sambandinu milli sín og makans og reynir að sýna sjálfstæði, bæði tilfinningalegt og andlegt. Þá kom einnig í ljós að sambandið á milli aðskilnaðarkvíða og þunglyndiseinkenna var stýrt af þáttum tengdum sambandsstöðu. Í ákveðnum fyrirsjáanlegum aðstæðum héldust þunglyndiseinkennin mikil eða jukust hjá hliðrunar og kvíða einstaklingum yfir þetta tveggja ára aðlögunartímabil. Þá einnig kom í ljós að tengslin á milli hliðrunar og þunglyndiseinkenna voru undir áhrifum tengdum ábyrgð fjölskyldunnar. Þessi rannsókn varpar því ljósi á það hversu mikilvæg tengsl okkar eru varðandi hversu líkleg við erum að þróa með okkur þunglyndi. Tengslin eru okkur mjög mikilvæg, bæði fyrir okkur sjálf og sambönd okkar í framtíðinni (Rholes o.fl., 2011).

Tengslakenning John Bowlby

Bowlby skilgreindi tengsl sem „*varandi sálfræðileg tengsl á milli einstaklinga*” (McLeod, 2009). Bowlby var ósammála þeim kenningum sem komu fram um það að barnið kæmi í heiminn sem óskrifað blað en hann vildi meina að barnið byggi yfir meðfæddum hæfileikum sem þurfti að virkja með ákveðnu áreiti. Bowlby leit svo á að tengja mætti traust

geðtengsl við andlega vellíðun barnanna. Foreldrar ættu því að sýna barninu ást og umhyggju ásamt því að sinna þörfum þess og virkja þannig þessa hæfileika barnsins. Bowlby greindi fjögur stig geðtengsla. Fyrsta stigið nefndi hann ósundurgreinda félagslega svörun en hún varir fyrstu 6-8 vikur barnsins. Stig númer tvö nefndi hann sundurgreint félagslyndi og sagði hann það vara frá 2ja mánaða til 7 mánaða. Þriðja stigið var nefnt eiginleg geðtengsl og varir frá 7 til 24 mánaða en fjórða og síðasta stigið nefnist samningsbundin samskipti og varir frá 24 mánaða til 40 mánaða. Mary Ainsworth rannsakaði síðar börn á aldrinum 10-24 mánaða og komst að því að geðtengsl væru mistraust. Í kjölfarið voru fjögur mismunandi geðtengslamynsturs skilgreind; Traust geðtengsl, flóttaleg geðtengsl, mótþróafull geðtengsl og ráðvillt eða ruglingsleg geðtengsl (Aldís Unnur Guðmundsdóttir, 2007).

Safngreining var framkvæmd á þeim rannsóknum sem byggt hafa á tengslakenningu Bowlbys á árunum 1998 til 2014. Áður hafði verið framkvæmd safngreining á þeim rannsóknum sem birtust fyrir árið 1998. Niðurstöður þessara rannsókna leiddu í ljós að styrkur áhrifa fyrri rannsóknar var sambærilegur, sem staðfestir spágildi tengslakenningarinnar. Því er ljóst að þessar kenningar hafa mikið verið studdar af rannsóknum, þó svo að samfélagið hafi breyst með árunum (Pallini, Baiocco, Schneider, Madican og Atkinson, 2014)

Hvað svo?

Mikil umræða hefur átt sér stað í samfélaginu um hvernig mæðrum líður eftir fæðingu og hvað sé hægt að gera upplifi mæður vanlíðan að fæðingu lokinni. En ljóst er á þeirri umræðu að enn er töluvert langt í land hvað varðar stuðning og skilning samfélagsins á því að þessi tími sé kannski ekki alltaf svona gleðilegur. Þrátt fyrir aukna umræðu lifa mæður ennþá í skömm yfir að svífa ekki um á bleiku skýji í kjölfar barnsburðar. Mæður geta átt það til að fela vanlíðan sína fyrir aðstandendum með því að einangra sig heima og nota þá barnið sem afsökun fyrir einangruninni. Fæðingarþunglyndi hefur ekki einungis áhrif á þann sem upplifir

Það heldur getur það haft áhrif á barnið, sem og aðra sem standa einstaklingnum nærri. Fæðingarþunglyndi getur haft áhrif á tengslamyndun á milli foreldris og barns, sem og vöxt og þroska barnsins (World Health Organization, e.d).

Áhrif fæðingarþunglyndis geta verið margslungin, líkt og World Health Organization (e.d) bendir á. Áhrifanna verður vart bæði andlega og líkamlega hjá börnum þeirra mæðra sem kljást við fæðingarþunglyndi. Mikilvægt er því að grípa fljótt inn í og veita þeim foreldrum sem greinast með fæðingarþunglyndi þá meðferð sem þeir þurfa. En þá vaknar spurningin hvaða meðferð er best og af hverju? Fer það eftir alvarleika þunglyndisins eða því hver einkennin eru hvaða meðferð þykir besti kosturinn? Að mörgu þarf að huga og er því nauðsynlegt að hafa greinagóðar og haldbærar upplýsingar um hvað sé best hverju sinni og af hverju.

Eftir að hafa átt börn sjálf, verið í svokölluðum mömmuhópum og þar af leiðandi kynnst mörgum mæðrum stendur fæðingarþunglyndi höfundi nokkuð nærri. Nú þegar hefur verið farið yfir einkenni fæðingarþunglyndis, áhrif þess og algengi ásamt helstu almennu upplýsingum um fæðingarþunglyndi og áhrif þess. En hvaða meðferðir standa til boða við fæðingarþunglyndi og hvenær hentar hvaða meðferð? Reynt verður að leitast eftir því að færa rök fyrir gæðum þeirra úrræða og meðferða sem standa til boða. Þá verður skoðað hvað stendur foreldrum á Íslandi til boða, til dæmis hvort hér séu einhver sértæk úrræði sem miðast að fæðingarþunglyndi.

Aðferð

Ákvörðun var tekin um að nota yfirlits rannsóknarsnið (e. Literature review). Yfirlits rannsóknarsnið felur í sér gagnaöflun um viðfangsefnið með það að markmiði að safna saman rannsóknum um fæðingarþunglyndi. Gagna er aflað með fyrrnefndar rannsóknarspurningar í huga og leitast er eftir því að svara þeim á sem áreiðanlegastan hátt. Til gagnaöflunar voru

eftirfarandi leitarvélar notaðar: leitir.is, skemman.is, Google Scholar, EBSCOhost og ScienceDirect, CINAHL en leitast var eftir því að hafa leitina sem fjölbreyttasta. Leitarorðin sem notuð voru við gagnaöflunina voru eftirfarandi: þunglyndi (e. Major depressive disorder), fæðingarþunglyndi (e. Postpartum depression/PPD), sængurkvennagrátur (e. Postpartum blues/baby blues), geðrof í kjölfar barnsburðar (e. Postpartum psychotic episodes), fæðingarsturlun (e. psychosis) og tengslakenningar (e. attachment theories). Til viðbótar við þessi leitarorð voru notuð orð eins og meðferðir (e. treatment), lyfjagjöf (e. medication), hugræn atferlismeðferð (e. cognitive behavior therapy), núvitund (e. mindfulness) og óhefðbundnar meðferðir (e. alternative therapy). Einnig var upplýsinga leitað í bókum, fræðiritum sem og á vefsíðum, þá helst vefsíðu á WHO eða á íslenskum vefsíðum. Leitast var eftir því að finna alltaf nýjustu heimildirnar og var leit gagna yfirleitt miðuð við árin 2000 til 2016. Gagnaöflunin fór fram á tímabilinu september 2015 út mars 2016.

Meðferðarúrræði

Þegar meðferð er valin fyrir móður við fæðingarþunglyndi er að mörgu að huga. Margskonar meðferðir standa til boða við þunglyndi og hafa þær verið rannsakaðar til þess að sjá hver virkni þeirra er ásamt því að skoða hvaða afleiðingar meðferð getur haft í för með sér. Gott er að kynna sér þau meðferðarúrræði sem standa til boða og ákveða verður meðferð fyrir hvert tilfelli fyrir sig. Meðferðirnar hafa verið mismikið rannsakaðar og hafa sumar miklar afleiðingar í för notkunar en aðrar meðferðir eru taldar hafa minni afleiðingar. Þegar talað er um afleiðingar er til dæmis verið að meina aukaverkanir lyfja. Einnig hefur verið deilt um hvaða meðferð sé best þegar kemur að því að meðhöndla fæðingarþunglyndi. Hér verður farið yfir það helsta sem stendur til boða í almennum meðferðum ásamt því að farið verður yfir nokkrar óhefðbundnar meðferðir og hvort gagnsemi hafi hlotist af notkun þeirra. Einblínt verður á þær rannsóknir sem hafa skoðað meðferðirnar við fæðingarþunglyndi. Þá verður

farið yfir hvort og þá hvaða meðferðarúrræði standa til boða hér á landi, en miðað verður við stór Reykjavíkursvæðið í þeirri yfirferð. Ástæðan fyrir því að miðað er að stór Reykjavíkursvæðinu er vegna þess að hlutfallslega eru flestir Íslendingar staðsettir á því svæði og geta sótt sér þjónustu innan höfuðborgarinnar (Hagstofa Íslands, 2016).

Lyfjagjöf

Lyfjagjöf er eitt af þeim meðferðarúrræðum sem stendur til boða mæðrum með fæðingarþunglyndi. Þunglyndislyf koma í nokkrum flokkum og nefnast þeir SSRI, SNRI, NDRI, NaSS, TCA, BZDs og MAOIs. Allt eru þetta lyf sem notuð eru við þunglyndi en hafa þau þó misjafna virkni. Algengast er að notast við SSRI lyf fyrst um sinn en SSRI lyf eru skamstöfun fyrir Selective Serotonin reuptake inhibitors (Sinicola og Peters-Strickland, 2012).

Teknar voru saman niðurstöður þeirra rannsókna sem framkvæmdar höfðu verið um áhrif þunglyndislyfja á meðgöngu og að henni lokinni á útkomu taugaþróunar hjá börnum. Flestar rannsóknirnar voru á SSRI, SNRI, TCA og MAOIs ásamt BZDs. Notkun þessara lyfja voru á bilinu 1-13% í þessum rannsóknum, en tölurnar voru almennt lægri í Evrópu, þá sérstaklega á Norðurlöndunum en í Ameríku (Marroun, White, Verhulst og Tiemeier, 2014). Sumar rannsóknanna fundu engin tengsl á milli taugaþróunar barna og notkun mæðra á þunglyndislyfjum á meðgöngu á meðan aðrar rannsóknir sögðu tengsl þar á milli. Þá hefur notkun þunglyndislyfja á meðgöngu verið tengd meðal annars seinkuðum hreyfiþroska, félagsvanda og vægari sársaukasvörum. Þá leiddu þessar rannsóknir í ljós að inntaka SSRI á meðgöngu gæti haft áhrif á fæðingu og fæðingartengda atburði. Þá hafa tengsl fundist á meðal annars milli lægri Apgar skors, lægri fæðingarþyngdar, fyrirburafæðingar og inntöku SSRI lyfja á meðgöngu. Niðurstöður rannsóknanna eru ekki einróma. Einhverjar rannsóknirnar segja að tengsl séu á milli lyfjainntöku og vandamálanna en aðrir segja að engin tengsl séu þarna á milli. En hafa verður þessar mögulegu afleiðingar í huga þegar ákvörðun um lyfjagjöf

er tekin. Erfitt er að rannsaka þessi efni vegna siðferðislegra vandamála og því verður að taka öllum niðurstöðum sem komnar eru með gát (Marroun, White, Verhulst og Tiemeier, 2014).

Þá var framkvæmd rannsókn til þess að skoða hvort notkun þunglyndislyfja við fæðingarþunglyndi hefði áhrif á virkni móðurinnar. Þá voru borin saman tvö lyf, sertraline (SSRI) og nortriptyline (þríhyrningslaga lyf) og skoðað hvort munur væri á breytingu á virkni móðurinnar eftir því hvort lyfið þær tóku. Niðurstöðurnar leiddu í ljós að á átta vikum minnkuðu þunglyndiseinkenni þeirra, heilt yfir jókst virkni þeirra ásamt því að þær bættu sig í móðurhlutverkinu. Þá var ekki munur á niðurstöðunum eftir því hvort lyfið mæðurnar tóku (Logsdon, Wisner og Hanusa, 2009).

SSRI lyf þykja vera nokkuð örugg ef miðað við önnur þunglyndilyf. Inntaka þeirra er nokkuð auðveld, þau hafa háan lækningalegan stuðul, erfitt er að taka of stóran skammt af þessum lyfjum ásamt því að milliverkanir þessara lyfja eru nokkuð minni en af mörgum öðrum lyfjum. Hinsvegar getur lyfið haft áhrif á svefninn og valdið svefnleysi, sumir upplifa minnkun á kynlíflöngun sinni og sumir verða varir við meltingartruflanir svo dæmi séu tekin (Sinicola og Peters-Strickland, 2012).

Lyfjagjöf hjá mjólkandi mæðrum

Það er að mörgu að huga þegar lyfjagjöf hjá mæðrum á meðgöngu og eftir fæðingu á að hefjast. Læknar eiga það til að segja mæðrum að hætta á lyfjum séu þær með barni eða með barn á brjósti. Hins vegar hefur ómeðhöndlað þunglyndi áhrif á barnið svo veга þarf og meta kosti og galla þess að taka lyf á þessum tímapiikum í lífinu. Sé móðir með mikið þunglyndi á meðgöngu hefur það áhrif á barnið og má þar nefna að barnið getur verið með skerta félagslega og tilfinningalega hegðun ásamt málþroskasnið (e. language maturation pattern). Taki móðir aftur á móti SSRI lyf á meðgöngu getur barnið haft skertan hreyfi- og talþroska. Minna er þó vitað um áhrifin eftir fæðingu (Brummelte og Galea, 2016).

Þegar móðir er með barn á brjósti og tekur inn lyf þá berst hluti lyfjanna í brjóstamjólkina. Talið er að innan við 10% lyfja berist í brjóstamjólki og er talað um að sjaldan nái svo mikið magn í mjólkina. Líklegt er að á milli 0,5-3% SSRI lyfja berist í brjóstamjólkina en meira magn, þá allt að og jafnvel yfir 10%, af lyfjum eins og fluoxetine, cenlafaxine og citalopram. Því er ekki alveg áhættulaust að taka lyfin á meðan brjóstagjöf stendur en séu lyf eins og SSRI lyf valin eru minni áhrif af þeim og því eru þau góður kostur sé ákvörðun um lyfjagjöf tekin (Chad o.fl., 2013).

Samtalsmeðferð

Í yfirlitsgrein frá árinu 2001 var farið yfir þær rannsóknir sem framkvæmdar voru á árunum 1986 til 1997 á sálfræðilegum (e. psychological) og dýnamískum (e. psychodynamic) aðferðum sem meðferð við fæðingarþunglyndi. Þá þóttu takmarkanir rannsókna vera það miklar að ekki var hægt að alhæfa ágæti þessara meðferða við fæðingarþunglynd, allavega ekki nóg til þess að hægt væri að búa til góðan leiðarvísi fyrir hvaða meðferð henti best við fæðingarþunglyndi (Boath og Henshaw, 2001).

Rannsókn sem var framkvæmd í Bretlandi skoðaði hvort félagsleg sálfræðimeðferð (e. interpersonal psychotherapy) gæti dregið úr líkum þess að móðir þrói með sér fæðingarþunglyndi. Niðurstöðurnar leiddu í ljós að þessi meðferð drægi úr líkum þess að móðir þróaði með sér fæðingarþunglyndi saman borið við þá umönnun sem vanalega var veitt (Dennis og Dowswell, 2013).

Til þess að meta langtímaáhrif samtalsmeðferðar við fæðingarþunglyndi framkvæmdu Nylén og félagar rannsókn (2010). Þeim þóttu fyrri rannsóknir á samtalsmeðferð aðeins skoða bata strax eftir að meðferð lauk en lítil eftirfylgni eftir það. Alls voru 120 mæður þátttakendur í rannsókninni, helmingur þeirra fékk samtalsmeðferð (e. interpersonal psychotherapy) á meðan hinn helmingurinn var í biðlistahóp. Þó voru aðeins 97 mæður sem luku öllum stigum

rannsóknarinnar en 99 mæður luku nægilegum mælingum til þess að hægt væri að skoða bata og endurkomu á tímabilinu. Við vinnslu gagnanna var miðað við að einstaklingar væru einkennalausir í 8 vikur samfleytt ef um var að ræða bata og þurftu einkenni að hafa varað í yfir tvær vikur ef um var að ræða endurkomu þunglyndisins. Af meðferðarhópnum upplifðu 35% bata, en aðeins 19% af samanburðarhópnum. Af þeim sem upplifðu bata í meðferðarhópnum upplifðu 43% endurkomu þunglyndisins á 10-50 vikum eftir að meðferð lauk. En af þeim 65% sem ekki upplifðu bata sýndu 54% þeirra minni einkenni innan 10-35 vikna eftir að meðferð lauk (Nylen o.fl., 2010). Þegar heildin er skoðuð kom í ljós að 20% sýndu bata allt ferlið en 43% sýndu endurkomu einkenna þunglyndis innan átján mánaða. Þá kom í ljós að þeir sem ekki leituðu sér annarar eða áframhaldandi meðferðar í lok meðferðartímabilsins voru lengur einkennalausir en þeir sem leituðu sér áframhaldandi meðferðar. Einnig kom í ljós að eftir því sem þunglyndið varði lengur því minni rýrnun einkenna kom fram innan þessara 18 mánaða sem eftirfylgnin stóð yfir. Þá voru alvarleiki einkenna í lok meðferðar, hversu mörg þunglyndisköst einstaklingur hafði upplifað ásamt fjöldi vikna í meðferð eftir að meðferð lauk forspárgildi fyrir heildartíma þunglyndis (Nylen o.fl., 2010).

Frumrannsókn var framkvæmd með því markmiði að bera saman einstaklingsmiðaða samtalsmeðferð við samtalsmeðferð þar sem samband móður, barns og maka/stuðningsaðila var aðalatriðið ásamt því að miðað var við biðlista hóp. Alls voru 66 mæður þátttakendur í rannsókninni, 24 luku móðir-barn viðtalsmeðferð, 17 luku einstaklingsmiðaðri viðtalsmeðferð og 17 voru í biðlistahóp. Á milli hópa var munur á aldri mæðranna þar sem mæður í móðir-barn hópnum voru marktækt yngri en mæður í hinum hópnum. Þegar litið var til þunglyndiseinkenna mæðranna kom í ljós að báðir meðferðarhóparnir sýndu minni þunglyndiseinkenni eftir meðferð en fyrir hana. Foreldrastreitan minnkaði einnig á meðan meðferð stóð hjá báðum hópum en þar kom ekki fram marktækur munur á milli hópa frekar

en varðandi þunglyndiseinkennin. Þegar litið var til sambands milli barns og móður komu sambærilegar niðurstöður og varðandi þunglyndiseinkenni og foreldrastreitu. Einnig var enginn marktækur munur milli hópa þegar litið var til þroskastöðu barnsins (Clark, Tluczek og Wenzel, 2003).

HAM

Þegar farið er yfir þær rannsóknir sem snúa að hugrænni atferlismeðferð við fæðingarþunglyndi er algengt að vankantar séu á þeim rannsóknum. Yfirlitt eru taldir fram aðferðafræðilegir gallar ásamt því að talað er um að ekki sé hægt að alhæfa um niðurstöður þeirra. Misjafnt er þó hverjir þessir gallar eru en sumar rannsóknanna hafa galla sem gera það að verkum að erfitt sé að alhæfa niðurstöðurnar þrátt fyrir að niðurstöðurnar sýni fram á raunhæfan árangur. Það er gríðarlega flókið að skoða hugræna atferlismeðferð meðal annars vegna þess að ekki eru allir sammála um hvenær skuli framkvæma árangursmælingarnar, hve lengi árangurinn þurfi að vera til staðar svo hægt sé að fullyrða um árangur meðferðarinnar ásamt því að erfitt er að skrá og mæla hversu mikil íhlutun fer fram. Hér verður farið yfir helstu rannsóknirnar á hugrænni atferlismeðferð og tekið verður fram við hverja rannsókn hverjir helstu gallarnir við þá rannsókn séu.

Árið 2012 var framkvæmd yfirlitsrannsókn til þess að skoða hversu vel hugræn atferlismeðferð virkaði sem fyrirbyggjandi meðferð hjá þeim mæðrum sem voru í áhættu fyrir að þróa með sér fæðingarþunglyndi. Þá voru átta rannsóknir skoðaðar og farið yfir niðurstöður þeirra. Vildu rannsakendur meina að ekki væri hægt að alhæfa niðurstöður rannsóknanna vegna aðferðafræðilegra galla. Hins vegar hafa rannsóknir sýnt fram á að hugræn atferlismeðferð sé góð meðferð við fæðingarþunglyndi hjá mæðrum og því mögulega hægt að yfirfæra þær niðurstöður yfir á forvörn gegn fæðingarþunglyndi (Nardi, Laurenzi, Nicoló og Bellantuono, 2012).

Opin tilraun (e. open trial) var framkvæmd til þess að skoða hugræna atferlismeðferð innan heimilis sem meðferð við fæðingarþunglyndi. Þar sem í ljós hefur komið að þær mæður sem eru tekjulágar og taka þátt í heimilis heimsóknum séu líklegar til þess að upplifa fæðingarþunglyndi var hugræn atferlismeðferð aðlöguð að heimsóknum inn á heimili þeirra. Heimilis heimsóknir er úrræði sem ætlað er að koma í veg fyrir misnotkun á börnum hjá þeim mæðrum sem eru taldar líklegar til þess að misnota börnin sín. Leitast er eftir því að sjá til þess að börn þroskist í gegnum sterka verndandi þætti og komi í veg fyrir neikvæðr útkomur líkt og andfélagslega hegðun og lélegt gengi í skóla. Þá voru 64 mæður sem fengu meðferð en 241 móðir fékk ekki meðferð. Í ljós kom að þær mæður sem fengu meðferðina sýndu færri greiningar á þunglyndi, tilkynntu færri einkenni kvíða, sýndu betri bjargráð og félagslegan stuðning ásamt því að upplifa jákvæðari sýn á móðurhlutverkið að meðferð lokinni. Þessar niðurstöður benda þannig til þess að hugræn atferlismeðferð inni á heimili móðurinnar sé efnileg meðferð við fæðingarþunglyndi. Þar sem þetta var opin tilraun var ekki tilviljunarkennt skipt í hópa ásamt því að munur var á matsaðferðum og aðgangi að meðferð hjá hópunum. Það eru þættir sem gætu haft áhrif á niðurstöður rannsóknarinnar (Ammerman o.fl., 2010).

Árið 2010 var framkvæmd yfirlitsrannsókn yfir áhrif og grunnupplýsingar á hugrænni atferlismeðferð í hóp við fæðingarþunglyndi. Þá voru sex rannsóknir sem mættu viðmiðunum sem sett voru, þrjár þeirra voru tilviljunar-rannsóknir en þrjár voru ekki tilviljunarkenndar. Þessar rannsóknir sýndu að lækkun skors á Edinborgarskalanum var meiri hjá þeim sem fengu hugræna atferlismeðferð en hjá þeim sem fengu stöðluðu grunnþjónustuna sem í boði var. Þá var þessi minnkun marktæk, bæði strax að loknu meðferðartímabilinu en enn meiri lækkun var marktæk sex mánuðum frá lokum meðferðar. Hins vegar þóttu niðurstöðurnar ekki sýna nægilega mikið samræmi ásamt því að gæði upplýsinga þóttu ekki nógu góðar til þess að draga ályktun fyrir notkunarmöguleika (Stevenson, 2010).

Árið 2013 var framkvæmt mat á áhrifum hugrænnar atferlismeðferðar í hóp á geðrænan vanda að lokinni meðgöngu, bæði fæðingarþunglyndi og kvíða. Þátttakendum var safnað saman af heilsugæslum hverfisins en hópurinn var ætlaður konum sem skoruðu yfir 12 á Edinborgarskalanum og áttu barn á fyrsta aldursári. Þá voru 78 konur sem sóttu námskeiðin en vegna þess hvar konurnar voru búsettar var gögnum ekki safnað fyrir alla þátttakendur námskeiðanna. Þátttakendur voru því 33 talsins og sýndu þeir töluvert betri niðurstöðu á þunglyndi, kvíða, innri og ytri þirringi sem mælt var með *Adult Wellbeing Scale*, en skalinn var lagður fyrir þátttakendurnar bæði í upphafi og lok námskeiðisins. Hins vegar var enginn samanburðarhópur í þessari rannsókn og því ber að túlka niðurstöðurnar með varúð (Marrs, 2013).

Árið 2014 var svo framkvæmd rannsókn til þess að skoða skoðanir og hlutverk heilbrigðisstarfsfólks í fremstu línu í að veita og meðhöndla hugræna atferlismeðferð hjá mæðrum. Þá var rætt við níu meðferðaraðila til þess að komast að því hvernig þeim gekk í að veita og lýsa hugrænni atferlismeðferð. Í ljós kom að þrátt fyrir það að umönnunaraðilarnir væru aðeins óöruggir í að lýsa meðferðinni var það augljóst að þeir skyldu aðalatriði hugrænnar atferlismeðferðar mjög vel. Þá vildu þeir vera búnir meira en aðeins grunnupplýsingum og meðferðar-aðferðir í hugrænni atferlismeðferð til þess að veita raunsæa meðferð við fæðingarþunglyndi. Þar sem úrtakið innihélt aðeins níu heilbrigðisstarfsmenn er ljóst að úrtakið er ekki nógu stórt til þess að alhæfa niðurstöðurnar yfir á stærra þýði (Brown og Reynolds, 2014).

Núvitund

Fylgst var með því hvort núvitund hefði áhrif á fæðingarþunglyndi á tvo vegu. Annars vegar var fylgst með því hvort núvitundarmiðuð meðferð hefðu áhrif á ófrískar konur, það er hvort þær fengu síður fæðingarþunglyndi ef þær fengu meðferðina á meðgöngu. Hins vegar var fylgst með því hvort núvitundarmiðuð meðferð sýndi meiri árangur við

fæðingarþunglyndi en sú meðferð sem einstaklingar þáðu nú þegar eða vildu þiggja á því tímabili sem rannsóknin fór fram á. Í heildina voru þátttakendur 86, þá voru 43 í hvorum hóp fyrir sig. Þátttakendur þurftu að ljúka að minnsta kosti fjórum af átta tímum í núvitundarmeðferðinni, en einnig var krafa gerð um að stunda heimavinnu sex daga vikunnar milli viku eitt og sjö, samtals 42 skipti. Notast var við *LIFE* spurningalistann til þess að fylgjast með endurkomu þunglyndisins eftir 8 vikur, mánuði fyrir fæðingu en einnig einum og sex mánuðum eftir fæðingu. Þá var Edinborgarskalinn notaður til þess að meta alvarleika einkennanna. Þegar litið er yfir niðurstöðurnar kemur í ljós að þeir þátttakendur sem fengu núvitundarmiðaða meðferð á meðgöngu upplifðu síður endurkomu þunglyndis á því tímabili sem rannsóknin fór fram á. Niðurstöðurnar bentu þá einnig til þess að hægt væri að minnka hættuna á fæðingarþunglyndi um 88% með hjálp núvitundar miðað við almenna meðferð. Þá mældust þátttakendurnir í þessari rannsókn sem hlutu núvitundarmeðferð með vægara þunglyndi en samanburðarhópurinn sem hlaut almenna meðferð (Dimidjian o.fl., 2016).

Óhefðbundnar leiðir

Jóga

Tilviljunarkennd stýrð rannsókn var framkvæmd til þess að skoða áhrif jóga á fæðingarþunglyndi. Rannsakendum þótti líklegt að þær konur sem stunduðu jóga í átta vikur myndu upplifa minni einkenni fæðingarþunglyndis. Alls voru 57 þátttakendur í rannsókninni, 28 þeirra fóru í jóga en 29 voru í samanburðarhóp. Konum á aldrinum 18-45 ára sem bæði töluðu og gátu lesið ensku var boðið að taka þátt, en einnig þurftu þær að skora hærra en 12 á HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) skala, en skalinn á að veita áreiðanlega mælingu á alvarleika þunglyndiseinkenna, þær þurftu að búa innan 30 mílna frá yogastöð og 6 vikur áttu að vera liðnar frá fæðingu ef þær upplifðu erfiða fæðingu eða keisaraskurð. Þátttakendur fengu átta vikna námskeið í jóga frítt ásamt því að fá 20 dollara fyrir verkefnið sem voru lögð fyrir þær fyrir jóganámskeiðið ásamt því að fá 20 dollar fyrir hvert verkefni sem þær luku á

meðan meðferð fór fram. Þátttakendur voru látnir svara verkefnum fyrir og eftir 8 vikna jóganámskeiðið en einnig þegar tvær, fjórar og sex vikur voru liðnar frá upphafi meðferðar. Þátttakendum var ýmist boðin heimsókn eða símtal, eftir heilsu þeirra, til þess að fara yfir rannsóknina og til þess að gefa upplýst samþykki fyrir þátttöku. Jógatímarnir fóru fram tvisvar í viku í klukkutíma í senn. Sérþjálfaður jógakennari, með þjálfun í jóga fyrir konur eftir barnsburð, kenndi tímana og voru sömu æfingarnar í öllum tímunum, en æfingarnar voru sérstaklega valdar fyrir rannsóknina. Einnig fengu þátttakendurnir afhentan DVD disk með 30 mínútna jógaæfingu og voru beðnar um að fara eftir að minnsta kosti einu sinni í viku. Samanburðarþátttakendurnir voru aftur á móti beðnir um að stunda ekki jóga með leiðbeinanda eða leita sér annarar meðferðar á þessu átta vikna tímabili. Þeim var þó boðin sama greiðsla fyrir svörun á þeim listum sem þeir voru beðnir um að svara. Í ljós kom að þunglyndiseinkenni minnkuðu hjá báðum hópum á meðan rannsóknin stóð yfir en marktækur munur var milli hópa. Þátttakendur í jógahópnum sýndu hraðari rýrnun á þunglyndiseinkennum en samanburðarhópurinn. Rúmlega 78% þátttakenda í jóga hópnum upplifðu minnkuð þunglyndiseinkenni en 59% í samanburðarhópnum. Þátttakendurnir í jógahópnum sýndu einnig hraðari rýrnun en þátttakendur í samanburðarhópnum á þunglyndisskalanum, vellíðunar skalanum, áfalla skalanum ásamt félagsfælni skalanum. Hinsvegar kom ekki fram munur milli hópa á kvíðakasts skalanum. Þá virtist fjöldi sótttra jógatíma og fyrri jógareynsla ekki hafa áhrif á þunglyndiseinkennin á þessum átta vikum. Þá eru gallar á rannsóknarsniðinu en samanburðarhópurinn fékk engin félagsleg tengsl á meðan jógahópurinn upplifði félagsleg samskipti tvisvar í viku í þessar átta vikur. Þá fékk samanburðarhópurinn ekki verkefni til þess að gera heima. Því er munurinn á íhlutuninni á milli þessara hópa of mikill til þess að hægt sé að taka niðurstöður þessarar rannsóknar alvarlega (Buttner, Brock, O'Hara og Stuart, 2015).

Önnur rannsókn innihélt 92 þátttakendur sem annars vegar áttu að taka þátt í jóga námskeiði eða stuðningshóp. Þátttakendur voru valdir eftir ákveðnum fyrirfram ákveðnum skilyrðum. Konurnar sem tóku þátt hlutu ekki meðferð á meðan þessu stóð og voru ekki í öðrum jóga- eða stuðningshóp. Hópurinn sem stundaði jógað mætti vikulega í jógatíma í 20 mínútur í senn, í 12 vikur undir handleiðslu jógakennara. Æfingarnar sem voru stundaðar voru valdar með tilliti til þess að konurnar væru á öðrum eða þriðja hluta meðgöngunnar. Samanburðarhópurinn var hugsaður sem mótswar við þeirri athygli og félagslega stuðningnum sem þátttakendur upplifðu í jóganu. Tímarnir voru sambærilegir, vikulega í tuttugu mínútur í senn og fengu þátttakendur í báðum hópum sömu greiðslu fyrir þátttöku sína. Mælingar voru framkvæmdar á þátttakendum þrisvar sinnum, við upphaf rannsóknar, við lok íhlutunar og að lokum eftir barnsburð. Niðurstöðurnar leiddu í ljós að þunglyndi minnkaði á meðan íhlutuninni stóð hjá báðum hópum, ásamt kvíða og reiði en einnig þótti þátttakendum sambönd sín verða betri. Kortisól magn beggja hópa hækkaði frá fyrsta tíma fram að þeim síðasta. Einnig leiddu niðurstöðurnar í ljós að frá upphafsmælingum og lokamælingum eftir barnsburð minnkuðu þunglyndis- og kvíða einkenni þátttakenda. Niðurstöðurnar voru nokkuð svipaðar á milli hópanna. Þessi rannsókn er töluvert betri að gæðum en fyrri rannsóknin þar sem unnið var að því að gera hópana sem líkasta með því að veita samanburðarhópnum félagslegu samskiptin sem hinn hópurinn upplifði í jógatímunum (Field, Diego, Delgado og Medina, 2013).

Jóga er meðferð sem er að mestu skaðlaus, hægt er að stunda jóga bæði heima, til dæmis með því að notast við internetið (Youtube), og á svokölluðum jógastöðum eða líkamsræktarstöðvum. Það er auðvelt að stunda jóga með barnið með sér og hægt er að aðlaga æfingarnar að styrkleika móðurinnar. Í æfingunum er lögð áhersla á grindarbotninn og kviðinn, teygjur, styrkjandi stöður og slökun (Meðgöngu Yoga með Maggý, 2016)

Ómega-3 fitusýrur

Tilviljunarkennd en stýrð tvíblind lyfleysu tilraun var framkvæmd til þess að skoða áhrif omega-3 fitusýra á fæðingarþunglyndi (Rees, Austin og Parker, 2008). Rannsóknin stóð yfir í sex vikur en þátttakendum var safnað saman yfir 15 mánaða tímabil. Sett voru ákveðin skilyrði fyrir þátttöku eins og að hafa náð 21 árs aldri, ekki vera með annan undirliggjandi geðsjúkdóm eða hafa fiskiofnæmi. Ekki máttu þátttakendur vera að taka þunglyndislyf, þeir máttu ekki taka fiskiolíu fæðubótarefni né borða meira en þrjár máltíðir á viku sem innihéldu feitan fisk. Alls voru þátttakendur 26, þá voru tólf þeirra barnshafandi en fjórtán höfðu nýlega eignast barn. Ekki þótti vera marktækur munur á lýðfræðilegum breytum á milli hópa. Niðurstöðurnar leiddu í ljós að enginn marktækur munur var á grunnlínu þunglyndiseinkenna hjá þeim sem fengu fiskiolíuna og þeim sem fengu lyfleysuna. Framkvæmdar voru ýmsar greiningar á niðurstöðunum þar sem aldur þátttakenda var tekinn til íhugunar ásamt mögulegri kvíðaröskun en allt kom fyrir ekki, enginn marktækur munur var á milli hópanna sem fengu fiskiolíurnar og þeim sem fengu lyfleysuna. Hins vegar var styrkur rannsóknarinnar ekki mikill sökum þess hversu illa gekk að fá einstaklinga til þátttöku í rannsókninni. Það gerir það að verkum að erfitt er að alhæfa um þessar niðurstöður og ljóst er að þörf er á frekari rannsóknum enda fiskiolía að mestu skaðlaus meðferð sem vert er að skoða betur (Rees, Austin og Parker, 2008).

Hreyfing sem meðferð

Samanburðarrannsókn var framkvæmd til þess að skoða áhrif hreyfingar og félagslegs stuðnings á fæðingarþunglyndi hjá konum. Tveir hópar voru í rannsókninni, annar hópurinn var hvattur til skipulagðrar hreyfingar, kerrupúls, þrisvar í viku ásamt því að mæta í einn félagslegan stuðningstíma á viku í alls 12 vikur. Hinn hópurinn var þá hvorki hvattur til reglulegrar hreyfingar né að mæta í félagslegan stuðningstíma á tímabilinu. Síðari hópurinn var aðeins hvattur til þess að stunda áfram sitt daglega fyrirkomulag og sínar félagslegu

athafnir. Þá fengu hóparnir sömu mælingar í upphafi, á miðjutímabilinu og við lok þess (Armstrong og Edwards, 2004).

Niðurstöðurnar leiddu í ljós að þær mæður sem hlutu hreyfimeðferð ásamt félagslegum stuðning sýndu töluverða rýrnun á þunglyndiseinkennum samanborið við samanburðarhópinn. Þá var sú rýrnun nægileg til að vekja eftirtekt bæði eftir sex vikur af meðferðinni og að henni lokinni, eða eftir tólf vikur. Marktækur bati varð á einkennum þunglyndis hjá báðum hópum yfir tímabilið. Meðferðarhópurinn var þá við betri almenna heilsu en samanburðarhópurinn við lok meðferðar. Þá var fylgst með árangri þátttakenda með þolprófi við upphaf og lok meðferðar. Þolprófin leiddu í ljós að samanburðarhópurinn var með sambærilegar niðurstöður við upphaf og lok tímabilsins á meðan meðferðarhópurinn sýndi töluverða framför á þessu sviði. Ef marka má niðurstöður þessarar rannsóknar má áætla að hreyfing geti verið mjög góð meðferð við fæðingarþunglyndi hjá mæðrum. Hins vegar getur verið erfitt að alhæfa þær niðurstöður vegna þess hve mikill munur var á íhlutun á milli hópanna. Þörf er á frekari rannsóknum á þessu sviði þar sem reynt væri að hafa sambærilega íhlutun á milli hópanna. Hreyfing er að mestu skaðlaus meðferð sem hefur á sama tíma góð áhrif á almenna heilsu einstaklingsins og er því gott að hvetja alla til þess að nýta sér hreyfingu sem meðferð við þunglyndi (Armstrong og Edwards, 2003).

Hvað stendur til boða á Íslandi

Á Íslandi eru ákveðnir meðferðarmöguleikar í boði fyrir þær mæður sem greinast með fæðingarþunglyndi. Ef móðir skorar hátt á Edinborgarskalanum, sem lagður er fyrir í ungbarnaverndinni, er hún send áfram til heimilislæknisins sem hjálpar móðurinni að taka ákvörðun um framhaldið (Embætti landlæknis, 2013).

FMB teymið

FMB teymið stendur fyrir Foreldrar Meðganga Barn en teymið er samstarfsverkefni á milli geðsviðs og kvenna- og barnasviðs innan Landspítalans. FMB veitir þverfaglega fjölskyldumiða nálgun. Teymið er tímabundið og sérhæft viðbótarúrræði fyrir þá foreldra sem eiga von á barni eða eiga barn á fyrsta aldursári sem hafa áhyggjur af tengslamyndun við barnið og/eða eiga við alvarlegan geðrænan vanda að stríða. Hjá teyminu er lögð áhersla á að þeir sem koma að meðferð hjá fjölskyldunni, til dæmis Landspítalinn, heilsugæslan, félagsþjónustan og barnavernd, hittist reglulega og þá er sérstök áhersla lögð á vinnu með tengslamyndun barns og foreldra. Unnið er að því að mæta þörfum hvernar fjölskyldu fyrir sig með þverfaglegri nálgun. Framtíðarsýn teymisins er að bæta þjónustu við pabbana, bæta eftirfylgd fjölskyldnanna og styrkja enn frekar þá þjónustu sem nú þegar stendur til boða fyrir konur á meðgöngu sem eru eða hafa verið í neyslu. Hjá teyminu starfa tólf einstaklingar í um það bil fimm stöðugildum. Þær meðferðir sem standa til boða hjá þeim eru eftirfarandi:

- Einstaklingsmeðferð
 - Lyfjameðferð
 - Viðtalsmeðferð
 - Slökun
 - Fíknimeðferð
- Fjölskyldumeðferð
 - Parameðferð
 - Tengslaefling
 - Horfa-Hinkra-Hugleiða
- Hópmeðferð
 - Blíðar bumbur - Kvennadeild
 - Móðir barn – hópur göngudeild geðdeildar Teigur

- Sköpun- tjáning Hvítaband
- Innlögn á geðdeild
 - Deild 33C fyrir móður og barn
 - Deild 33A fyrir mæður í neyslu

Það eru því nokkuð fjölbreyttar meðferðir sem standa til boða fyrir þá foreldra sem eiga við geðrænan vanda að stríða. Meðferðirnar fara þó fram ýmist á Landspítalanum eða útbúum hans í Reykjavík og standa þær því aðeins til boða fyrir þá sem eru búsettir á stórhöfuðborgarsvæðinu (Landspítali, 2013).

Deild 33 C

Á deild 33 C á Landspítalanum við Hringbraut geta mæður leitað hvenær sem er sólarhringsins finni þær skyndilega fyrir þörf á meðferð. Þangað geta einnig aðstandendur leitað hafi þeir áhyggjur af ástandi móðurinnar. Deild 33 C er móttökugeðdeild en þar er lögð áhersla á að greina félagslega, sálræna og líffræðilega þætti sem valda eða stuðla að geðheilsuvanda eða geðsjúkdómi (Landspítali, e.d).

Umræður

Í upphafi var lagt af stað með það að markmiði að skoða þær rannsóknir á meðferðum við fæðingarþunglyndi. Niðurstöðurnar leiddu í ljós töluvert færri rannsóknir en búist var við. Trúlega er það vegna þess að greiningarskilmerki þunglyndis og fæðingarþunglyndis eru þau sömu og því rannsóknir á almennu þunglyndi látnar duga þegar huga skal að meðferð við fæðingarþunglyndi. Þegar litið er til almennra meðferða hafa lyfjameðferðir og samtalsmeðferðir mest verið rannsakaðar. Báðar meðferðirnar hafa reynst vel en lyfjameðferðin er ekki með öllu hættulaus, því þarf að veða og meta kosti hennar og galla áður en hún hefst. Á Íslandi er notkun þunglyndislyfja mjög mikil en árið 2004 fengu 8,5% Íslendinga ávísuðu þunglyndislyfi en árið 2014 fengu 12,5% ávísuðu þunglyndislyfi. Hins

vegar er algengið á hinum Norðurlöndunum í kringum 3,5-5% og má því segja að Íslendingar eigi vinninginn í ávisun þunglyndislyfja á norðurlöndunum (Ólafur B. Einarsson, Magnús Jóhannsson og Lárus S. Guðmundsson, 2016). Lyfjameðferð er kannski góð þegar einstaklingurinn er langt leiddur af þunglyndi áður en önnur meðferð er hafin. Hafa skal í huga að lyfjameðferð gæti verið góð fyrst um sinn en oft er nauðsynlegt að hefja annarskonar meðferð annað hvort samhliða henni eða þegar lyfin eru farin að verka.

Á óvart kemur hversu lítið hugræn atferlismeðferð og núvitund hafa verið rannsakaðar við fæðingarþunglyndi. Þessar tvær meðferðir hafa verið að ryðja sér til rúms undanfarið og eru almennt mikið notaðar, þá sérstaklega hugræna atferlismeðferðin hér á landi. Þessar aðferðir hafa þó mikið verið rannsakaðar við almennu þunglyndi

Þegar lítið er til óhefðbundnu meðferðanna er ekki hægt að taka niðurstöður þeirra og alhæfa ágæti þeirra vegna þess hve fáar rannsóknirnar eru. Hins vegar eru margar þessara meðferða án nokkurar áhættu og því tilvalið að prófa þær hafi einstaklingurinn vilja til þess. Hreyfing er sú meðferð sem mikið er mælt með við þá sem greinast með fæðingarþunglyndi. Þrátt fyrir takmarkaðar rannsóknir þá hafa niðurstöðurnar verið mjög jákvæðar bæði fyrir líkamlega og andlega heilsu. Þá er ekki mikil áhætta fólgin í því að hreyfa sig og því óhætt að mæla með því fyrir flestar, ef ekki allar, þær mæður sem greinast með fæðingarþunglyndi. Hér á landi voru teknir upp svokallaðir hreyfiseðlar en læknir skrifar upp á þá í samráði við sjúklinginn. Fáir sjúklingurinn hreyfiseðil er honum vísað til hreyfistjóra og útbúa þeir saman hreyfiáætlun. Þá er það á eigin ábyrgð að framfylgja áætluninni en hreyfistjórinn fylgist með meðferðarhaldninni ásamt árangrinum (Embætti landlæknis, e.d).

Þegar skoðað var hvaða meðferð er í boði hér á landi kom í ljós að ekki var auðvelt að fá þær upplýsingar. Vissulega eru úrræði sem standa til boða en þar sem mæður eiga oft erfitt með að viðurkenna sjálfar að þær eigi við vanda að stríða, þurfa úrræðin að vera sýnileg svo

aðstandendur þeirra geti leitað hjálpar fyrir þeirra hönd. Einnig er algengt að feður, eða aðrir aðstandendur, þekki ekki einkenni fæðingarpunglyndisins og halda jafnvel að einangrun og grátur móðurinnar sé eðlilegur gangur í kjölfar barnsburðar. Til þess að hljóta þá meðferð sem stendur til boða, líkt og FMB teymið, þarf að hafa fyrir því að leita til hjúkrunarfræðings eða læknis sem mögulega vísar einstaklingnum áfram til þeirra.

Með aukinni fræðslu um fæðingarpunglyndi, bæði til mæðra og aðstandenda, væri hægt að auðvelda greiningu á því. Ef aðstandendur eru meðvitaðir um einkenni og áhrif fæðingarpunglyndis þurfa þeir að hafa greiðan aðgang að þeim meðferðarúrræðum sem standa til boða svo þeir geti leitað hjálpar sjá þeir einkenni fæðingarpunglyndis í móður. Einnig mætti minnka þá skömm sem því miður fylgir oft fæðingarpunglyndinu með aukinni fræðslu og umræðu í samfélaginu.

Við erum heppin að búa á Íslandi, umræðan um geðsjúkdóma hefur hægt og bítandi verið að aukast og má því ætla að innan skams verði auðveldara fyrir einstaklinga að leita sér þeirrar hjálpar sem þeir þurfa vegna þeirra. Þó er mikilvægt að auka sýnileika þeirra meðferðarúrræða sem standa til boða ásamt því að reyna að minnka kostnaðinn við þau. Einnig er mjög mikilvægt að auka framboð þeirra meðferðarúrræða sem standa til boða og aðgengi að þeim.

Heimildaskrá

Aldís Unnur Guðmundsdóttir. (2007). *Þroskasálfræði: Lengi býr að fyrstu gerð*. Reykjavík: Mál og Menning.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. útgáfa). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Ammerman, R. T. o.fl. (2010). An Open Trial of In-Home CBT for Depressed Mothers in Home Visitation. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 1333-1341.
doi:10.1007/s10995-010-0691-7

Anna Dagný Smith, Hjördís Birgisdóttir og Ingibjörg Ásgeirsdóttir. (2011). *Andleg vanlíðan eftir fæðingu – algengari en margan grunar*. Sótt af <https://www.heilsugaeslan.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=6012>

Armstrong, K. og Edwards, H. (2003). The effects of exercise and social support on mothers reporting depressive symptoms: a pilot randomized controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 130-138.

Bell, A. F. o.fl. (2015). Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 219-227.

Betts, K. S., Williams, G. M., Najman, J. M. og Alati, R. (2014). The relationship between maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy and adult offspring behavioral and emotional problems. *Depression and Anxiety*, 32(2), 82-90.
doi:10.1002/da.22272

Boath, E. og Henshaw, C. (2001). The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. *Journal of reproductive and infant psychology*, 19(3), 215-248.
doi:10.1080/02646830120073224

- Brown, M. og Reynolds, P. (2014). Delivery of CBT to treat postnatal depression: health visitors' perceptions. *Community Practitioner*, 87(10), 26-29. doi:
- Brummelte, S. og Galea, L.A.M. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behaviour*, 77, 153-166.
doi:10.1016/j.yhbeh.2015.08.008
- Buttner, M. M., Brock, R. L., O'Hara, M. W. og Stuart, S. (2015). Efficacy of yoga for depressed postpartum women: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(2), 94-100. doi:10.1016/j.ctcp.2015.03.003
- Chad, L. o.fl. (2013). Update on antidepressant use during breastfeeding. *Canadian Family Physician*, 59(6), 633-634.
- Clark, R., Tluczek, A. og Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for Postpartum Depression: A Preliminary Report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 441-454.
doi:10.1037/0002-9432.73.4.441
- Cox, J. L., Holden, J. M. og Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Dennis, C. L. og Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
doi:10.1002/14651858.CD001134.pub3
- Department of Health. (2016). *Screening for Maternal Depression*. Sótt af
https://www.health.ny.gov/community/pregnancy/health_care/perinatal/maternal_depression/providers/screening.htm

- Dimidjian, S. o.fl. (2016). Staying Well During Pregnancy and the Postpartum: A Pilot Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for the Prevention of Depressive Relapse/Recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(2), 134-145. doi:10.1037/ccp0000068
- Elliott, S. A. og Leverton, T. J. (2000). Is the EPDS a magic wand?: 2. 'Myths' and the evidence base. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 18(4), 297-307. doi:10.1080/0264830020007895
- Embætti landlæknis. (e.d.). *Hreyfiseðlar*. Sótt af <https://www.velferdarraduneyti.is/betri-heilbrigdisthjonusta/almennt/nr/34431>
- Embætti landlæknis. (2012). *Þjóð gegn þunglyndi*. Sótt af http://www.landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/verkefni/item16380/þjod_gegn_þunglyndi
- Embætti landlæknis. (2013). *Ung- og smábarnavernd: Leiðbeiningar um heilsuvernd barna 0-5 ára*. Sótt af http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item21268/2ungbarnavernd_leidbeiningar_12.05.13.pdf
- Evins, G. G., Theofrastous, J. P. og Galvin, S. L. (2000). Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(5), 1080-1082. doi:10.1067/mob.2000.105409
- Field, T., Diego, M., Delgado, J. og Medina, L. (2013). Yoga and social support reduce prenatal depression, anxiety and cortisol. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 17(4), 397-403. doi:10.1016/j.jbmt.2013.03.010
- Field, T. o.fl. (2006). Prenatal Paternal Depression. *Infant behavior & development*, 29(4), 579-583. doi:10.1016/j.infbeh.2006.07.010

- Field, T. o.fl. (2009). Depressed mothers' infants are less responsive to faces and voices. *Infant Behaviour and Development*, 32(3), 239-244.
- Fisher, J. o.fl. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower- middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 139-149. Doi:10.2471/BLT.11.091850
- Forman, D. N., Videbech, P., Hedegaard, M., Salvig, J. D. og Secher, N. J. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1210-1217.
- Gentile, S. (2015). Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*. doi:10.1016/j.neuroscience.2015.09.001
- Grote, V. o.fl. (2010). Maternal postnatal depression and child growth: a European cohort study. *BMC Pediatrics*, 10(14), 1-8. doi:10.1186/1471-2431-10-14
- Guedeney, N., Fermanian, J., Guelfi, J. D. og Kumar, R. C. (2000). The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorders in early postpartum: some concerns about false negatives. *Journal of Affective Disorders*, 61(1-2), 107-112. doi:10.1016/S0165-0327(99)00186-X
- Hagstofa Íslands. (2015). *Lifandi og andvana fæddir eftir kyni 1951-2014*. Sótt af http://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Ibuar/Ibuar__Faeddirdanir__Faeddar__faedingar/MAN05100.px/table/tableViewLayout1/?rxid=c33988e5-96fd-4e5f-a4ba-82f3f66bcdec
- Hagstofa Íslands. (2016). *Mannfjöldi eftir þéttbýlissstöðum, kyni og aldri 2011-2016*. Sótt af: http://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Ibuar/Ibuar__mannfjoldi__2_byggdir__Byggdakjarnar/MAN03105.px/table/tableViewLayout1/?rxid=71edbce5-6070-4efa-b1b5-72a4e63ea8b1

- Halbreich, U., og Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 9(2-3), 97-111.
- Hanington, L., Ramchandani, P. og Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behaviour and Development*, 33(1), 88-95. doi:10.1016/j.infbeh.2009.11.004
- Hantsoo, L. o.fl. (2014). A randomized, placebo-controlled, double-blind trial of sertraline for postpartum depression. *Psychopharmacology*, 231(5), 938-948. doi:10.107/s00213-013-3316-1
- Helle, N. o.fl. (2015). Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 180, 154-161.
- Kirmayer, L. J. (2001). Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(14), 22-28.
- Landspítali. (e.d). *Móttökugeðdeild 33C*. Sótt af <http://www.landspitali.is/?PageID=14175>
- Landspítali. (2013). *Foreldrar – meðganga – barn FMB*. Sótt af <http://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=27197>
- Logsdon, M. C., Wisner, K. og Hanusa, B. H. (2009). Does Maternal Role Functioning Improve with Antidepressant Treatment in Women with Postpartum Depression? *Journal of Women's Health*, 18(1), 85-90. doi:10.1089/jwh.2007.0635

- Marroun, H. E., White, T., Verhulst, F. C. og Tiemeier, H. (2014). Maternal use of antidepressant or anxiolytic medication during pregnancy and childhood neurodevelopmental outcomes: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 973-992. doi:10.1007/s00787-014-0558-3
- Marrs, J. (2013). Evaluation of the impact of a CBT-based group on maternal postnatal mental health difficulties. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(1), 72-80. doi:10.1080/02646838.2012.747676
- McLeod, S. (2009). *Attachment Theory*. Sótt af <http://archive.is/g7FXU>
- Meðgöngu Yoga með Maggý (2016). *Mömmu Yoga*. Sótt af: <http://www.maggy.is/timar-namskeid/mommu-yoga/>
- Milgrom, J. o.fl. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 147-157.
- Nardi, B., Laurenzi, S., Nicoló, M. D. og Bellantuono, C. (2012). Is the Cognitive-Behavioural Therapy and Effective Intervention to Prevent the Postnatal Depression? A Critical Review. *The international Journal of Psychiatry in Medicicine*, 43(3), 211-225. doi:10.2190/PM.43.3.b
- Nylen, K. J. o.fl. (2010). Predictors of the Longitudinal Course of Postpartum Depression Following Interpersonal Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 757-763. doi:10.1037/a0020623
- Ólafur B. Einarsson, Magnús Jóhannsson og Lárus S. Guðmundsson. (2016). *Tauga- og gedlyfjanotkun á Íslandi*. Sótt af <http://www.landlaeknir.is/um-embattid/frettir/frett/item28980/tauga-og-gedlyfjanotkun-i-oecd-rikjum-mest-a-islandi>

- Pallini, S., Baiocco, R., Schneider, B. H., Madigan, S. og Atkinson, L. (2014). Early Child-Parent Attachment and Peer Relations: A Meta-Analysis of Recent Research. *Journal of Family Psychology*, 28(1), 118-123. doi:10.1037/a0035736
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G. og ALSPAC teymið. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, 365(9478), 2201-2205. doi:10.1016/S0140-6736(05)66778-5
- Rees, A. M., Austin, M. P. og Parker, G. B. (2008). Omega-3 fatty acids as treatment as treatment for perinatal depression: randomized double-blind placebo-controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 199-205. doi:
- Rholes, W. S. o.fl. (2011). Attachment orientations and depression: A longitudinal study of new parents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(4), 567-586. doi:10.1037/a0022802
- Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., og Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression: The relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 316-321.
- Sinacola, R.S., Peters-Strickland, T. (2012). *Basic Psychopharmacology for Counsellors and Psychotherapists* (2. útgáfa). New Jersey, NY: Pearson.
- Spinelli, M. G. (2009). Postpartum Psychosis: Detection of Risk and Management. *The American Journal of Psychiatry*, 166(4), 405-408.
- Stevenson, M. D. o.fl. (2010). Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: a systematic review of clinical effectiveness, cost effectiveness and value of information analyses. *Health Technology Assessment*, 14(44). doi:10.3310/htal4440

World Health Organization. (2015). *Media Centre: Depression*. Sótt af

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

World Health Organization. (e.d.). *Mental health: Maternal mental health*. Sótt af

http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/

Yawn, B. P., Bertram, S., Kurland, M. og Wollan, P. (2015). Anxiety Assessment Should Be

Added to Postpartum Depression Screening: A Research Letter. *Journal of Women's*

Health, 24(8), 689-690. doi:10.1089/jwh.2015.5308