
Potensielt livreddande behandling ved alvorleg fødselsdepresjon

DEBATT

DAG SELE

dag.sele@helse-fonna.no

Dag Sele er spesialist i psykiatri og i allmennmedisin og er avdelingsoverlege og ECT-ansvarleg overlege ved Stord DPS. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonfliktar.

GRO VERSTO LARSEN

Gro Versto Larsen er jordmor ved Stord sjukehus og har brukarerfaring (ho er pasienten i kasuistikken). Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonfliktar.

Pasient og behandlar skriv her saman for å minna om nytten av elektrokonvulsiv terapi ved fødselsdepresjon. Me fryktar at pasientar ikkje ofte nok eller tidleg nok får tilbod om det som kan vera ei livreddande behandling.

Då Gro var gravid som 27-åring, opplevde ho å bli alvorleg deprimert – for første gong i livet. Ho hadde gledd seg heile livet til å bli mor, men frå det tidspunktet graviditeten var eit faktum, var kjenslene heilt annleis. Slik hugsar ho det:

«Som jordmor har eg kunnskap om milepælane i eit svangerskap. For kvar milepæl eg oppnådde, håpa eg lykkekjensla ville komme. Lykkekjensla kom aldri, bare kjenslene av raseri og fortvilning. Eg håpa på å mista barnet.»

Sjølvmordstankane kom allereie i første trimester. Fleire gonger køyrde ho bil i raseri eller gjekk ned til sjøen for å drukna seg. Etter kvart bestemte ho seg for å utsetja sjølvmordet til barnet var født. Under fødselen takka ho nei til epidural. Dei fysiske smertene var meir behagelege enn dei psykiske.

Barnet kom, og depresjonen varte ved. Men då jordmora kom på heimebesøk, fortalte sambuaren om situasjonen. Derifrå skjedde ting raskt. Ho vart lagt inn ved psykiatrisk avdeling og fekk til saman tolv behandlingar med elektrokonvulsiv terapi (ECT), to gonger i veka, over ein seksvekers periode, med låg energidosering. Barnet og barnefaren fekk også rom på posten i denne perioden. Allereie etter få behandlingar opplevde behandlarar og miljøpersonale ein tydeleg positiv effekt på kontakt og stemningsleie. Etter ei stund opplevde ho også sjølv betring. Ho vart i starten av behandlinga vurdert som svært alvorleg deprimert og ved midtevalueringa som moderat deprimert. Då ho til slutt kunne tilbakeførast til poliklinisk behandling i heimkommunen, vart ho vurdert til å vera praktisk talt i remisjon frå depresjonen.

I dag fortel Gro: «*No skjønner eg at eg ikkje var eit dårleg menneske, berre alvorleg sjuk. Og meir alvorleg enn mange kanskje hadde mistanke om både før, under og etter innlegginga. Elektrokonvulsiv terapi vart livreddande for meg, og eg veit at eg ikkje hadde vore her i dag om det ikkje var for den behandlinga. Den fekk meg opp frå den mørkaste dalen og gjorde meg mottakeleg for hjelp.*»

Vanleg, men potensielt farleg tilstand

Ein fødselsdepresjon rammar heile familien og kan få store konsekvensar. Perioden rundt svangerskap, fødsel og barsel er ein risikoperiode med omsyn til kvinna si psykiske helse. Blant kvinnene som føder i Noreg, utviklar 7–13 % ein fødselsdepresjon. Den kan vera frå mild til alvorleg. Det betyr at 4 000–8 000 mødrer kan vera råka kvart år (1). Omsorgsevna for barnet kan bli svekka, noko som kan føra til kognitive, emosjonelle, språklege og sosiale vanskar hos barnet i framtida (2).

«Ein fødselsdepresjon rammar heile familien og kan få store konsekvensar. Perioden rundt svangerskap, fødsel og barsel er ein risikoperiode med omsyn til kvinna si psykiske helse»

Dei nasjonale faglege retningslinjene for svangerskapsomsorgen tilrår at dersom det blir avdekt depresjon i svangerskap/fødsel/barsel, så er det viktig med individuelt tilpassa tilbod (3). Ofte inneber det tverrfagleg samarbeid og ulike tiltak, som til dømes heimebesøk, avlasting og psykologisk behandling. I alvorlege tilfelle kan det vera behov for medikamentell behandling i tillegg, av og til også elektrokonvulsiv terapi.

I denne sjukehistoria utgjer det svære symptomtrykket frå ein alvorleg fødselsdepresjon, den store sjølvmondsfaren i startfasen og omsynet til tilknytninga mellom mor og barn ein klar indikasjon for elektrokonvulsiv terapi. Alvorleg fødselsdepresjon er også ein av tilstandane der denne behandlingsforma har aller best effekt (4).

Det viser seg at elektrokonvulsiv terapi har høgare responsrate ved alvorleg fødselsdepresjon enn ved depresjonar i andre fasar av livet (5). Som ved andre alvorlege depresjonar er det også for pasientar med svangerskaps- eller

fødselsdepresjon understreka at elektrokonvulsiv terapi er særleg nyttig der rask effekt er viktig. Dette kan til dømes vera på grunn av psykosesymptom, katatoni, høg sjølvmoordsfare eller næringsvegtring (6). I slike tilfelle kan det vera av avgjerande betydning at ein tidleg nok i forløpet snakkar med pasienten om at elektrokonvulsiv terapi kan vera ei mogeleg og ofte svært nyttig behandling. Denne behandlinga er også rekna som svært trygg, og det er stort sett kun ustabile somatiske tilstandar som til dømes ferske hjerne- eller hjarteinfarkt som er absolutte kontraindikasjonar. Den mest omtalte og plagsomme biverknaden er problem med korttidsminnet og det autobiografiske minnet. Biverknaden er sjeldan og dessutan oftast forbigåande og kortvarig, slik det var for Gro.

I dette tilfellet er altså pasienten overbevist om at elektrokonvulsiv terapi har vore livreddande for henne, og både pasienten og behandlarane er sikre på at dersom ein hadde valt å utsetja ECT-behandlinga i påvente av effekt av antidepressiva, hadde det vore ein svært stor risiko for livet hennar. Vi har difor ei oppmoding: I helsetenesta for gravide og mødre i barsel må ein ha stor merksemd på det å oppdaga svangerskaps- og fødselsdepresjon. I tillegg må dei som skal behandla dei alvorlege tilfella, vera merksame på at elektrokonvulsiv terapi kan vera eit svært godt behandlingsalternativ.

REFERENCES

1. Folkehelserapporten FHI. Mors psykiske helse i svangerskap og nyfødtpériode.
<https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/grupper/svangerskap/?term=#mors-psykiske-helse-i-svangerskap-og-nyfodtperiode> Lest 1.2.2024.
2. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for barselsdepresjon – en kunnskapsoppsummering. Tidsskr Nor Lægeforen 2014; 134: 297–301. [PubMed][CrossRef]
3. Helsebiblioteket. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/svangerskapsomsorgen#> Lest 1.2.2024.
4. Walte J, Easton A. red. The ECT Handbook. 3. utg. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.
5. Rundgren S, Brus O, Båve U et al. Improvement of postpartum depression and psychosis after electroconvulsive therapy: A population-based study with a matched comparison group. J Affect Disord 2018; 235: 258–64. [PubMed][CrossRef]
6. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling.
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/elektrokonvulsiv-behandling-ect/Elektrokonvulsiv%20behandling%20\(ECT\)%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/a0817fd2-8503-4ee6-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/elektrokonvulsiv-behandling-ect/Elektrokonvulsiv%20behandling%20(ECT)%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/a0817fd2-8503-4ee6-)

93e3-

9e6bd5fb14f7:e3b568bdee57doa6124f3f34556e2d02aa36cf6c/Elektrokonvulsiv%20behandling%20(ECT)%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf Lest 1.2.2024.

Publisert: 23. februar 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0035

Mottatt 16.1.2024, første revisjon innsendt 31.1.2024, godkjent 1.2.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. februar 2026.