

# Særligt udsatte gravide

## Godkendt på Sandbjergmødet 2006

Arbejdsgruppe: Mogens Wohlert, Lars Henning Pedersen, Tine Tetzschner, Maria Milland, Vibeke J. Linde (tovholder). Associeret til gruppen vedr. psykofarmaka: Poul Videbech

### Guidelines:

1) Der oprettes lokalt tværfaglige teams på de obstetriske afdelinger med deltagelse fra børneafdeling og af socialrådgiver og psykolog.

2) Der oprettes lokalt et tæt samarbejde med voksenpsykiatrisk afdeling og spædbarnspsykiatrisk afdeling, så tidlig henvisning, gerne i graviditeten, kan ske med henblik på tidlig intervention i relevante tilfælde.

3) Gravide kvinder fra *Type 1* (svær psykiatrisk lidelse og psykisk udviklingshæmmede) følges tæt af specialjordemoder, obstetriker med særlig interesse og voksenpsykiater. Endvidere skal socialrådgiveren inddrages tidligt med henblik på kontakt til kommunal socialforvaltning/ vurdering af behov for støtteforanstaltninger evt. egentlig underretning hvis der er bekymring for om kvinden magter at varetage barnets tarv.

- Ved behandling med psykofarmaka tages der i graviditeten stilling til medicinering/skift af præparat/dosisjustering. Se særskilt afsnit om psykofarmaka i graviditet og under amning
- Den gravide opfordres til tidlig kontakt med sundhedsplejerske
- Der tages stilling til om amning kan anbefales, samt om barnet skal observeres for seponeringssymptomer, samt efter aftale med den lokale børneafdeling – i givet fald, hvor barnet skal observeres.
- Den gravide tilbydes nakkefoldsskanning og misdannelsesscreening. Evt. tilbydes tilvækstscanning i graviditetsuge 32-33. Ultralydsscanning kan også i særlige tilfælde bruges terapeutisk mhp mor-barn-binding hvis den gravide er ambivalent eller har en negativ indstilling overfor barnet.
- Der stiles mod vaginal forløsning med mindre de obstetriske retningslinjer i øvrigt indikerer andet. Ved fødslen skal kvinden sikres mulighed for smertestillende behandling, herunder epiduralblokada.

4) Gravide kvinder fra *Type 2* (Psykiatria minor, meget unge, socialt belastede, etnisk minoritet, enlige mødre) følges primært af specialjordemoder, socialrådgiver og primær sektor.

- Den gravide tilbydes nakkefoldsscanning og misdannelsesscanning. Evt. tilbydes tilvækstscanning i graviditetsuge 32-33, specielt ved spiseforstyrrelser/anoreksi.
- Den gravide opfordres til tidlig kontakt til sundhedsplejerske
- Ved behov henvises til voksenpsykiater og/eller spædbarnspsykiater

- Ved behov tilbydes psykologkontakt idet mange gravide i denne gruppe er jigsawe, med manglende afgrænsning overfor omgivelserne. De har ofte brug for afklaring/støtte til egen forælderrolle, forhold til egne forældre m.v.
- Ved behov følges den gravide af obstetiker med særlig interesse
- Hvis den gravide er i behandling med psykofarmaka følges ovenfor nævnte vejledninger.
- Der stiles mod vaginal forløsning med mindre de obstetriske retningslinjer i øvrigt indikerer andet. Ved fødslen skal kvinden sikres mulighed for smertestillende behandling, herunder epiduralblokade.

5) Vedrørende ophold på barselsgang: Da kvinderne ofte er usikre på aflæsning af barnets signaler, har ekstra behov for hjælp til amning og har sparsomt netværk hjemme anbefales det at disse kvinder har mulighed for forlænget ophold på barselsgang. Det er ligeledes vigtigt at kvinderne har fået den fornødne hvile inden udskrivelsen for at nedsætte risikoen for Post partum depression (PPD). Dvs. der bør være mulighed for at barnet kan blive passet af personalet om natten, idet søvndeprivation øger risikoen for udviklingen af PPD.

6) Sundhedsplejersken bør være orienteret om kvindens forventede udskrivelse mhp tidligt besøg i hjemmet, og øget opmærksomhed på risiko for PPD/forværring af kendt psykiatrisk lidelse.

7) Der bør ved udskrivelsen sendes epikrise til egen læge, hvori der gøres opmærksom på at der er øget risiko for PPD/forværring i kendt psykiatrisk lidelse.

8) Eventuelle sociale støtteforanstaltninger bør være på plads inden udskrivelsen fra barselsafdeling.

---

## Indledning

Flere undersøgelser peger på at, at forældrenes tilknytning til barnet allerede starter prænatalt. Relationen til det fødte barn er afhængig af den prænatale tilknytningsproces. Det er velkendt, at denne proces ofte er lidende hos kvinder med psykiske problemer eller egentlige psykiatriske lidelser.

Forstyrrelser i den tidlige mor-barn-binding- og tilknytningsproces kan have negativ betydning for barnets senere emotionelle og kognitive udvikling.

Vi ved at kvinder med psykiske problemer eller psykiatriske lidelser kan have problemer med de nævnte processer. Tværfaglige initiativer til støtte for disse gravide har igennem de seneste år været etableret i Københavnsområdet.

Flere fødesteder oplever i disse år et stigende antal gravide med psykiske problemer eller egentlig psykiatriske lidelser. Hyppigst forekommende er kvinder med depression og angst. Puerperal depression forekommer således med en hyppighed på 10-13 %, hvoraf flertallet

viser sig efter udskrivelsen fra hospitalet. Tidligere episoder med depression, herunder puerperal depression, indebærer imidlertid en risiko på 20-30 % for at få et nyt tilfælde med depression i graviditeten eller i puerperiet. Det er således det kvantitativt største medicinske problem relateret til graviditet og fødsel.

De få gravide i psykofarmakologisk behandling på grund af svær psykiatrisk lidelse fordrer imidlertid et massivt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Væsentlige aktører er alment praktiserende læger, jordemødre, obstetrikere, pædiatere og medarbejdere fra den kommunale social- og sundhedstjeneste.

*Vi får som obstetrikere berøring med disse gravide kvinder.*

I Sundhedsstyrelsens Svangreomsorg fra 1997 angives det blandt andet:

”Formålet med sundhedsvæsnets sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode er at styrke og bistå kvinden og familien under hele forløbet.”

Sundhedsvæsnets skal blandt andet ”forebygge/begrænse sygdom og obstetriske komplikationer, der øger risikoen for blandt andet misdannelser, abort, væksthæmning, for tidlig fødsel og dårligt helbred hos barnet og moderen”.

Endvidere anføres det at der bør vises særlig opmærksomhed overfor

- meget unge
- enlige
- psykisk skrøbelige (herunder gravide med egentlig psykiatrisk sygdom)
- socialt belastede
- etniske minoriteter

Denne gruppe af gravide er meget uens sammensat. Tidligere undersøgelser peger på at der er øget risiko for graviditetsproblemer, fødselsproblemer/ perinatal død samt senere spædbarnsdød. Et fælles problem for disse gravide er imidlertid også om de magter den forestående forælderrolle, samt om der kunne være begrundet mistanke om senere omsorgssvigt af barnet.

**Særligt udsatte gravide kan inddeles som følger**

- gravide med rusmiddelmisbrug (se særskilte guidelines)
- svær psykiatrisk lidelse (f.eks. skizofreni, bipolar sygdom)
- psykisk udviklingshæmning
- alder under 20 (ung og umoden)
- at være enlig
- at være psykisk skrøbelig (angst, depression, OCD, spiseforstyrrelse m.v.)
- at være socialt belastet
- at tilhøre en etnisk minoritet

Grupperne kan inddeles i Type 1 og Type 2

- Type 1
- svær psykiatrisk lidelse
  - psykisk udviklingshæmning

- Type 2
- alder under 20 (ung og umoden)
  - at være psykisk skrøbelig (psykiatria minor f.x angst, depression, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser )
  - socialt belastede
  - etniske minoriteter
  - enlige

Indsatsen overfor de to grupper er forskellig. Se senere.

## Baggrund

Indenfor de seneste 10-20 år er der sket en eksplosiv vækst i den viden, vi har om det normale spædbarns medfødte evner, og de forhold hos barnet og dets forældre, der kan true barnets normale udvikling.

Flere undersøgelser peger imod at forældrenes tilknytning til barnet allerede starter prænatalt. Relationen til det ufødte barn er afhængig af den prænatale tilknytningsproces. Det at blive forældre handler om at turde sige Ja til den forandringsproces, forældreskabet indebærer. Under graviditeten dannes der hos de kommende forældre indre billeder af dem selv som forældre, barnet og deres egne relationer til barnet. Flere undersøgelser peger på at tilknytningsmønstre igennem flere generationer kan transmitteres fra forældre til børn.

### Forældrebinding og tilknytningsproces

Man siger at forældrene binder sig til barnet og barnet knytter sig til forældrene. Under graviditeten præges forældrenes følelsesmæssige udvikling dels af deres mentale repræsentation af barnet samt deres forestilling om forældreskab med rødder i deres egen barndom. Internationale undersøgelser viser at for kvinder i den vestlige verden er udviklingen af moderens tanker og følelser en ensartet proces. Fantasier og ønsker om det ventede barn kombineret med registrering (eller manglende registrering) af barnets bevægelser og rytme, danner baggrund for moderens forventninger om barnets temperament og personlighed.

Barnet er efter fødslen aktivt i at engagere og tilknytte sig i sine forældre. Det gøres bl.a. ved at imitere mimik inden for de første par timer, at kunne genkende lugten af modermælk indenfor timer til få dage, kende moderens lugt og forældrenes stemmer i løbet af første leveuge. Det spæde barn foretrækker den person det kender.

Barnet og moderen bidrager begge til samspillet. Barnet bidrager med sin medfødte parathed til social kontakt, og fra ganske lille reagerer det på sin mor ud fra de forventninger, det får til hendes reaktioner. Moderens bidrag er som ovenfor nævnt påvirket af hendes forestillinger om barnet og moderrollen og af hendes evne til at indleve sig i og reagere på barnets behov.

*Følelsesmæssig tilgængelighed, korrekt opfattelse af barnets signaler og behov, et passende og tidsmæssigt rigtigt timet svar og en følelsesmæssig samstemthed med barnet er egenskaber som danner forudsætning for den "tilstrækkeligt gode" omsorg.*

Psykiske lidelser i forbindelse med en fødsel vil altid medføre vanskeligheder i mor-barn-forholdet, fordi kernesymptomer ved disse sygdomme alle griber ind i den tidlige kontakt med barnet.

Forstyrrelser i mor-barn bindings- og tilknytningsprocessen kan have negativ betydning for barnets emotionelle og kognitive udvikling. Dette er specielt udtalt hos drengébørn og socioøkonomisk belastede grupper. Børn af postnatalt depressive mødre viser sig at have usikre tilknytningsmønstre ved 12-18 måneders alderen. Ved 5 års alderen forekommer adfærdsforstyrrelser hyppigere hos drengébørnene.

## Risikogrupper og belastningsfaktorer

Tilknytning-bindingsprocessen mellem mor og barn kan forstyrres.

Post-natal depression er vist at ramme 10-13 % af alle nybagte mødre. Den opstår indenfor de første måneder efter fødslen og varer fra få måneder til over seks måneder for ca. 50 % 's vedkommende. Mødrene har en høj risiko for tilbagefald, formentlig 2-3 gange større risiko end ved depressioner uden relation til en fødsel.

Epidemiologiske studier og metaanalyser har vist at flere psykosociale og psykologiske variable bidrager til at øge denne risiko.

Post partum depression (PPD) er associeret til forstyrrelser i mor-barn relationen, hvilket kan resultere i en komprimeret kognitiv og emotionel udvikling hos barnet. Den depressive mor er mere optaget af egen situation og egne behov, og er ikke i tilstrækkelig omfang i stand til at sætte parentes om sig selv og møde barnets behov uforbeholdent.

En randomiseret undersøgelse af moderens prænatale tilknytning til sit kommende barn har vist at graden og kvaliteten af denne er god prædiktor for det tidlige mor-barn forhold.

Mødre som har høj grad af prænatal involvering med deres barn, viste også større engagement i interaktion med deres barn post partum. Undersøgelsen konkluderede at graden af prænatalt engagement i tredje trimester er associeret til graden af moderens postnatale engagement, og kan bruges som vigtigt diagnostisk hjælpemiddel til at identificere kvinder som har risiko for at udvikle en suboptimal mor-barn relation.

Følgende grupper har øget risiko for udvikling af PPD eller forstyrrelser i tilknytning-bindingsprocessen, og der er her grund til at udvise ekstra opmærksomhed.

Tabel 1

- prænatal depression
- tidligere depression
- risikograviditet (f.x.for tidlig fødsel, misdannet barn, tidl. besværlig fødsel)
- spiseforstyrrelser, specielt anorexia nervosa
- psykosociale problemer
- stress
- søvndeprivation
- fysisk syge forældre
- parproblemer
- manglende omsorgsevne
- lavt selvværd
- ene-forældre

- graviditet efter kunstig befrugtning
- rusmiddelmisbrug

## **Forældreevne ved forskellige psykiske lidelser**

### **Den skizofrene mor:**

Grundsymptomerne ved sygdomme indenfor det skizofrene spektrum har alle indflydelse på mor-barn-relationen og vil i vekslende omfang være tilstede hele livet igennem.

Den følelsesmæssige lukkethed medfører at moren ikke er i stand til umiddelbart at opfatte og reagere på barnets signaler. Hun har svært ved at følge barnets rytme i samspillet og reagere naturligt og tilpasset på dets initiativ og behov. Hun er ikke i stand til at tilpasse følelser og aktivitetsniveau i samspillet med barnet. Morens følelsesmæssige udtryk bliver ofte stillestående med et glædesløst og affektfladt præg. De formelle tankeforstyrrelser vanskeliggør yderligere samværet. Hun har vanskeligt ved at forholde sig til barnets basale behov, mister hurtigt overblik og koncentration, afledes let. Kan have svært ved at adskille fantasi og virkelighed og svært ved at se verden fra andre synsvinkler en sin egen.

### **Den umodne og ustabile mor (emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse, borderline type):**

Morens egen opvækst og hendes barndomsrelationer til egne forældre har næsten altid været konfliktfyldte. Hendes moderfunktioner er præget af mangelfulde og ubearbejdede modeller for omsorg. Hun er ofte alene med barnet eller med skiftende partnere. Hendes oplevelse af sig selv som mor er præget af usikkerhed og angst for ikke at kunne beherske sine følelser. Hun tolker barnets adfærd ud fra egen forestillingsverden, har ofte svært ved at tolke barnets signaler rigtigt. Mor-barn-forholdet påvirkes på en for barnet uforudsigelig måde af de ofte komplicerede og ofte modsætningsfyldte følelser der vækkes i moren ved samværet. Set fra barnets side er moren impulsiv og uforudsigelig både i positive og negative reaktioner. Barnets adfærd bliver præget af vagtsom afventen, med få spontane sociale initiativer over for moren og svage signaler om egne ønsker og behov – eller omvendt prøver barnet med mange midler at fange morens opmærksomhed og kræve en reaktion, hvorved der opstår utallige sammenstød mellem dem.

Der er uden massiv støtte risiko for at moderens vanskelige opvækst gentages i hendes børns.

### **Den depressive mor:**

Depressionens kernesymptomer har alle indflydelse på morens udstråling og adfærd i forhold til barnet. Tristheden (det forsænkede stemningsleje), hvor moren føler sig tom og glædesløs, medfører at barnets kontaktforsøg og smil ikke genspejles. Langsomheden (den psykomotoriske hæmning) forstærker moderens manglende livfuldhed. Hun reagerer langsomt på barnets signaler. Uoverkommelighedsfølelsen begrænser perioderne med aktivt samvær med barnet. Koncentrationsproblemerne, rådvildhed og angst forstærker morens følelse af magtesløshed specielt hvor hun skal overskue flere dagligdags begivenheder på en gang.

Afhængigt af hvornår morens depression udvikler sig få reagerer barnet forskelligt. Ved depression i barnets første levemåned vil barnets opmærksomhed og respons over for sociale stimuli aftage. Måske vil barnet undgå blikkontakt, blive urolig og grædende ved hendes forsøg på kontakt. Uden intervention kan barnets sociale udvikling blive alvorligt påvirket. Ved senere udvikling af PPD vil barnet forsøge at "genoplive" sin mor med forstærkede sociale udspil. Ved manglende respons fra moren bliver barnet trist og

mimikfattig, uden sociale forsøg med smil og pludren. Barnet kan blive passivt med ringe motorisk aktivitet.

Hvis morens depression er længerevarende vænner barnet sig til hendes lave aktivitetsniveau. Det udforsker på egen hånd omgivelserne (uden social refereren). Barnets forventning om kontakt kan i stedet være rettet mod faren eller helt mangle retning.

Efterundersøgelser af børnenes udvikling har vist øget risiko for forskellige følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder senere i barndommen.

**Den spiseforstyrrede mor:**

Gravide med tidligere eller aktuel spiseforstyrrelse, får ofte en opblussen af sygdommen i graviditeten, især ved anoreksi. Der er ofte en manglende accept af de kropslige forandringer og den gravides negative følelser overfor dette kan overføres til barnet. Der er øget risiko for IUGR hos barnet. Opmærksomheden skal både rettes mod kvindens madindtag og evt. overdreven motion. Kvinden vil ofte have svært ved nær fysisk og følelsesmæssig kontakt både i forhold til barnet og samlever. Kvinden vil ofte være blevet gravid efter kunstig befrugtning, ikke kun p.gr.a. uregelmæssige menstruationer, men også p.gr.a. manglende samliv.

Der er risiko for at kvinden overfører sine tvangsprægede spise- og motionsmønstre til barnet.

## **Intervention**

Flere undersøgelser har vist at intensiv post-partum støtte ydet af sundhedspersonale har en dokumenteret klar præventiv effekt på udviklingen af PPD.

Intervention ydet post-partum er vist mere effektive end interventioner der kun ydes prænatalet. Ydermere har det vist sig at individuel støtte er mere effektiv en gruppebaseret intervention.

Valg af forløsningsmetode spiller ikke ind på udviklingen af PPD, heller ikke for de ovenfor nævnte risikogrupper.

Planlagt kejsersnit beskytter ikke mod udviklingen af PPD. Kvinder som har planlagt vaginal fødsel, men hvor man må skifte til akut kejsersnit har heller ikke øget risiko for at udvikle PPD.

Der er således ikke grundlag for at håndtere risikopatienter anderledes end andre mht. forløsningsmetode.

Med hensyn til *risikoopsoring* er det vigtigt ved konsultationen i svangreambulatoriet/ på jordemodercentret at være opmærksom på de faktorer som er nævnt i tabel 1.

Da en del patienter med psykisk sygdom anvender rusmidler som selvmedicinering bør der spørges specifikt til dette tidligt i graviditeten.

## **Underretning**

I ”Bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service” (LBK Nr. 1187 af 08/12/2000) anføres at” I medfør af § 35, stk. 1-3, i lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 944 af 16. oktober 2000, har offentligt ansatte (f.eks. sygeplejersker, jordemødre, læger) *pligt* til at *underrette kommunen* når de i deres virke bliver bekendt med forhold for et barn eller ung under 18 år, der må give *formodning* om, at barnet eller den unge har behov for særlig støtte.

Af hensyn til det fremtidige samarbejde med kvinden bør underretningen ske med kvindens samtykke, men underretningspligten gælder selv om der ikke opnås samtykke.

### **Kilder:**

Doan, HMck. Zimmerman A. 2002. Prenatal attachment: Where do we go from here? Paper præsenteret på the 15<sup>th</sup> World congress of the international society and Pre- and Perinatal psychology and Medicin, Budapest.

Lier, L. et al. 1995. Early mother-child relationship. The Copenhagen model of early preventive intervention towards mother-infant relationship disturbances. Arctic Med Res.

Rechenbach, A. et al. 1999. Attachment theory and it's application in clinical practice. Nordisk psykologi.

Broden, M. 2004. Graviditetens muligheder. Akademisk forlag.

Madsen, Sv. Aa. 1996. Bånd der brister – bånd der knyttes: intervention ved forstyrrelser i den tidlige mor-spædbarn relation. Hans Reitzels forlag.

Cooper PJ et al. 1998. Postnatal depression. BMJ; 316: 1884-1886.

Dennis, Cindy-Lee. 2005. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression. BMJ; 331:15 (2 July). Systematic review.

Siddiqui A. et al. 2002. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction. Early Human Development; July, 59 (1): 13-52.

Patal, Roshni R. et al. 2005. Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. BMJ; 330: 879.

Psykiske sygdomme og problemer hos børn og unge. Skrevet af en tværfaglig gruppe bestående af børnepsykiatere, psykologer m.fl. 1999. Psykiatrifondens forlag. Specielt kap. 3, 6, 9, 16, 17, og 18.

Lier L, Buhl-Nielsen B og Knudsen H. januar 2001. Psykisk syge forældre og deres børn. Udarbejdet for det tværministerielle børneudvalg.

Lov om social service (nr. 454 af 10. juni 1997 inkl. senere ændringer). Se [www.retsinfo.dk](http://www.retsinfo.dk)

Sundhedsstyrelsen; Retningslinjer for Svangreomsorg. Seneste ændringer 1997. Kan hentes på [www.sst.dk](http://www.sst.dk)