

Elsa Lena Ryding, med dr, överläkare, affärsområde barn–familj–kvinnosjukvård, Helsingborgs lasarett
(elsa.lena@ryding.net)

Krisintervention efter akut kejsarsnitt kan ge positivare bild av förlossningen

■ Kvinnor som förlöst med kejsarsnitt eller med sugklocka/tång mår oftare psykiskt sämre post partum och har en mer negativ bild av sin förlossning än kvinnor som förlöst utan operativt ingripande. Framför allt verkar många kvinnor uppfatta akut kejsarsnitt som en negativ upplevelse [1-6]. Därför har hjälp i form av samtal rekommenderats och prövats på många håll.

Efter genomförandet av en randomiserad kontrollerad studie av effekten av ett sk debriefingsamtal rapporterar Waldenström och Small att debriefing inte hjälper [7]. De nyblivna mammorna som deltagit i samtalet med en specialkunnig barnmorska var minst lika ofta deprimerade sex månader efter partus som kontrollgruppen. Det är inte känt hur mammorna mår före debriefingsamtalet.

I Helsingborg har vi med stöd av Linköpings universitet prövat en annan modell för krisintervention efter operativ förlossning och sett en möjlig effekt av denna [8].

■ Metod

En randomiserad kontrollerad studie genomfördes vid kvinnokliniken i Helsingborg. Sammanlagt 106 kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt randomiserades till krisintervention post partum eller till befintlig vård, vilket innebar ett postpartumsamtal med förlösande barnmorska och/eller doktor i mån av tid. Kvinnorna i interventionsgruppen fick även tala med en obstetriker med utbildning i psykoterapi (Steg I) vid två tillfällen under BB-tiden och vid 1–2 tillfällen under de närmaste veckorna efter utskrivningen. Samtalen varade i omkring 45 minuter och var upplagda efter en modell som används vid stöd efter en traumatisk händelse.

Före första samtalet samt efter en respektive sex månader fyllde kvinnorna i frågeformulär, som innehöll en skala som mäter förlossningsrädsla/negativ förlossningsupplevelse (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, W-DEQ), en för posttraumatisk stress (Impact of Event Scale, IES) och en för allmänt psykiskt välbefinnande (Symptom Check List, SCL).

■ Resultat

Alla utom en kvinna deltog i studien fullt ut. Före samtalen fanns ingen skillnad mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen vad gäller negativ förlossningsupplevelse eller symptom på posttraumatisk stress eller allmänt psykiskt välbefinnande. En månad efter kejsarsnittet rapporterade kvin-

SAMMANFATTAT

Akut kejsarsnitt och andra oväntade instrumentella förlossningar har uppfattats som en riskfaktor för ett sämre psykiskt välbefinnande post partum och för stark rädsla för att pröva en vaginal förlossning vid följande graviditet.

Det är inte känt hur man bäst kan hjälpa kvinnor att bearbeta en operativ förlossning.

En svensk randomiserad kontrollerad studie har visat en möjlig positiv effekt av 3–4 samtal av typ krisintervention med specialutbildad gynekolog efter akut kejsarsnitt.

Kvinnorna i behandlingsgruppen rapporterade en mindre negativ bild av förlossningen både en och sex månader post partum. De kvinnor som mårde psykiskt bäst respektive sämst omedelbart efter kejsarsnittet föreföll inte ha nytta av samtalen.

Akut kejsarsnitt är en psykologisk riskfaktor.

ILLUSTRATION: HANS HULT

norna i behandlingsgruppen en mindre negativ bild av förlossningen än sina kontroller (medianskillnad 10,5 poäng, skala 0–100, p 0,01). Skillnaden kvarstod efter 6 månader.

Även när det gällde posttraumatiska symtom och psykiska symtom i allmänhet fanns en skillnad till behandlingsgruppens fördel, men den minskade efter 6 månader. Få kvinnor (två i samtalsgruppen och en i kontrollgruppen) kom upp i 30 poäng på IES-skalan både efter 1 och 6 månader, vilket innebär att de förmodligen led av ett posttraumatiskt stressyndrom [9].

Det framgick av våra data att de kvinnor som mådde sämst eller bäst omedelbart efter förlossningen föreföll ha minst nytta av samtalen, medan de som befann sig i ett mellanområde kan ha haft nytta av dem, särskilt vad gäller bilden av den genomgångna förlossningen.

II Diskussion

Hur ska man bäst hjälpa kvinnor som haft en svår förlossning? Engångsdebriefing av specialutbildad barnmorska efter en operativ förlossning har inte visat sig ha någon positiv effekt på postpartumdepression eller upplevd hälsa. Därmed inte sagt att det postpartumsamtal som många barnmorskor har med sina förlösta patienter inte fyller något behov. Man vet inte hur bra eller dåligt det är.

Vår studie, som är betydligt mindre än den av Waldenström och medarbetare [7], kunde inte visa en tydlig effekt på den allmänna psykiska hälsan av en krisintervention direkt efter ett akut kejsarsnitt. Att bilden av förlossningen som avslutades med kejsarsnitt blev ljusare för många kvinnor efter samtalen saknar dock inte betydelse. Kvinnor som upplevt en svår förlossning plågas ofta av obehagliga minnen. Vi träffar dem på mödravårdsmottagningen under följande graviditet, då den negativa förlossningsupplevelsen aktualiseras och bl a kan leda till önskemål om planerat kejsarsnitt utan att obstetriska indikationer föreligger [10].

Resultaten av vår studie påverkade klinikens policy i Helsingborg, så tillvida att man beslöt att inte satsa på krisintervention för alla i den ovan beskrivna formen. Istället försöker man fånga upp de kvinnor som signalerar att de haft en skräckfylld förlossning (operativ eller ej) och mår dåligt av det. Individuellt utformad behandling kan då erbjudas, vid behov under längre tid och/eller hos behandlare med annan kompetens.

Hur man bäst fångar upp dessa kvinnor kan diskuteras. Vi prövar för närvarande gruppsamtal 1–2 månader efter akut kejsarsnitt, vilket skulle kunna passa »mellangruppen« av mammor som är lite skakade av upplevelsen och vill ha möjlighet att ventileras den. I samband med gruppsamtalen bör man också kunna fånga upp de kvinnor som har särskilda behov, innan lång tid har gått efter förlossningen. Ett spädbarn behöver ju en mamma som mår rimligt bra! Traumatisk stress anses också svårare att behandla ju längre tid den drabbade har levt med symtomen och hunnit ändra sitt liv därefter.

Referenser

1. Cranley MS, Heddal SH, Pegg SH. Women's perceptions of vaginal and cesarean section deliveries. *Nurs Res* 1983;32:309-14.
2. Salmon P, Drew N. Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: Relationship to obstetric procedure, antenatal preparation, and obstetric history. *J Psychosom Res* 1992;36:317-27.
3. Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency cesarean section. *Med J Aust* 1992;157:172-4.
4. Fawcett J, Pollo N, Tully A. Women's perceptions of cesarean and vaginal delivery; another look. *Res Nurs Health* 1992;15:439-46.
5. Astbury S, Brown S, Lumley L, Small R. Birth events, birth experiences and social factors in depression after birth. *Australian Journal of Public Health* 1994;18:176-84.
6. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998;19:135-44.
7. Waldenström U, Small R. Debriefing efter operativ förlossning minskade inte depression. *Läkartidningen* 2001;98:934-5.
8. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Postpartum counselling after an emergency cesarean. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1998;5:231-7.
9. Lundin T. Psykologiska aspekter på trauma. *Läkartidningen* 1996;93:4281-4.
10. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:280-5.