

**Berit Sjögren**, docent, Kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet, Stockholm; tidigare överläkare vid JUNO-enheten, kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm (*berit.sjogren@ks.se*)

## Förlossningsrädsla utmanar vården

### Kejsarsnitt är inte enda lösningen, professionellt stöd under graviditeten och planerad förlossning kan vara en hjälp för många

|| Kvinnors oro och ångest inför förlossning har berörts i många reportage och tidningsartiklar under senare år. Det är positivt eftersom problemet genererar mycket arbete inom förlossningsvård och förebyggande mödravård. På kvinnokliniken vid Karolinska sjukhuset i Stockholm, där jag har arbetat med dessa och liknande frågor under 20 års tid, har denna arbetsuppgift ökat i omfattning under de senaste åren. Under 1995 kunde man räkna med att mindre än 1 procent av alla kvinnor som förlöstes på Karolinska sjukhuset valde kejsarsnitt på grund av psykologiska, »humanitära« skäl. Under år 2000 beräknade man att cirka 2 procent kvinnor förlöstes med kejsarsnitt av den anledningen. Det har i debatten förekommit kommentarer som betvivlat problemets betydelse. Har inte kvinnor i alla tider fött barn? Nödvändigheten av olika åtgärder för att avhjälpa, eller åtminstone mildra, dessa kvinnors oro har av och till ifrågasatts. Framför allt har diskussionen om kejsarsnittet som lösning på problemet varit intensiv.

Frekvensen av stark, invalidiserande oro inför förlossning tycks inte ha ökat med tiden, den är omkring 6–8 procent bland gravida kvinnor [1, 2]. På en generell fråga om känslor inför barnafödande är det bara 2 procent som nämner rädsla inför förlossningen [Louise Seimyr, Wendela Lundh och Berit Sjögren, Stockholm, pers medd, 1993]. Att vi ändå idag upplever en ökning kan bero på att kvinnor är mer benägna att erkänna sin oro och söka hjälp. Det kan även vara så att människor idag i större utsträckning än förr förväntar sig att medicin och teknik skall lösa deras livsproblem.

#### Orsaker till stark förlossningsrädsla

Vad ligger då bakom all denna oro? Utan tvekan kan man fastslå att barnafödandet i sig karakteriseras av att vara livsförändrande, fysiskt riskabelt samt omöjligt att ställa in. Redan dessa tre punkter kan kasta ett förståelsens ljus över rädslan. Att bli förälder ändrar definitivt många av den unga kvinnans villkor. En ny stor uppgift läggs på henne eftersom hon skall vara mamma i många år, egentligen för alltid. Detta skall förverkligas samtidigt som hon fortsätter sin verksamhet i samhället som självförsörjande. Att kvinnan idag har tillgång till arbetslivet är givetvis en mycket positiv omständighet och ett resultat av kvinnors, och mäns, aktiva strävan. Det är dock något som absolut förväntas av henne, såvida hon inte är sjuk. Idén om den självförsörjande kvinnan är emellertid inte alltid lätt att förena med modersrollen, och detta kan öka oron inför



#### SAMMANFATTAT

Frekvensen av kvinnor som söker hjälp för förlossningsrädsla har ökat, men förekomsten av rädsla förefaller oförändrad.

Kejsarsnitt som utväg har ökat under senare år, men alternativet planerad förlossning förekommer även.

Orsaken till skräcken är varierande, t ex tidigare svår obstetrisk upplevelse, psykologiska barndomstrauman m m. Förekomsten av ångest och depression i befolkningen är generellt betydligt högre än frekvensen av kvinnor med förlossningsrädsla. Insjuknandetoppar ses under tonåren och de reproduktiva åren.

Barnafadern är ofta också orolig och önskar kirurgisk förlossning.

Omhändertagandet bör vara eklektiskt, anpassat till kvinnan i fråga och syfta till att stärka henne inför förlossningen, vare sig hon accepterar att förlösas vaginalt eller med kejsarsnitt.

livsförändringen och eventuellt också inför den påtagliga händelsen, förlossningen.

Beträffande den andra aspekten, de fysiska riskerna, räknar sannolikt majoriteten av moderna människor sjukvården som den första och mest kompetenta möjligheten till hjälp.

För det tredje har vi dagens livsfilosofi, som ofta innehåller önskemål om och faktisk möjlighet till att ångra sig, ändra planer och gardera sig för olika alternativ. Denna livshållning kan göra mötet med det oundvikliga svårt. Livsplanering är ett begrepp som skapar viss trygghet, men denna trygghet varierar ibland på svag grund.

#### Skräckens innehåll

Det finns en viktig individuell variation vad gäller innehåll i skräcken, som barnmorskor och läkare kan ta reda på i kontakten med kvinnan. I en grupp omfattande 100 förlossnings-

rädda kvinnor som djupintervjuades framkom uttalad skräck att komma till skada och dö, antingen kvinnan själv eller barnet, farhåga att inte få hjälp, rädsla för smärta [3]. Skräcken kan också innefatta en rädsla för att förlora kontrollen för egen del eller att personalen skall förlora kontrollen över situationen. Detta kontrollbehov handlar sällan om den moderna kvinnans behov av yttlig »agendakontroll« i alla livets skiften, utan skräcken ligger på ett djupare plan. Om kontrollen över komplicerade processer förloras kan undergången vara nära, vilket är välkänt för obstetrikern. Alla dessa farhågor är i högsta grad relevanta, men flertalet kvinnor kan hålla skräcken borta till förmån för en ljusare framtidstro. Kvinnor som tidigt i livet har fått en dålig grund i detta avseende har dock ofta en speciell rädsla och ett kontrollbehov utöver det vanliga. De behöver ofta fler åtgärder för att gardera sig i olika livssituationer, t ex barnafödande.

Vad är det som gör att vissa kvinnor drabbas av denna starka oro med det just beskrivna innehållet? Givetvis kan grunden vara en tidigare komplicerad förlossning eller en tragisk obstetrisk händelse, vilket framkommit i studier. I den nämnda studien var det anmärkningsvärt hög frekvens av tidigare graviditeter med perinatal död [3]. Det kan också ha gällt en förlossning där förloppet varit utdraget, smärtlindringen varit otillräcklig, akut kejsarsnitt förekommit eller där kontakten mellan föderskan och personalen innehållit för många negativa moment. Det finns dock kvinnor som haft en obstetriskt sett ordinär eller till och med lätt förlossning men som inför nästa förlossning hyser stark skräck. I dessa fall, liksom för förstföderskor, kan man anta att det finns mer dolda förklaringar till den negativa känslan.

Tidigare negativa upplevelser kommer ibland i dagen, ibland inte. Det viktigaste är att acceptera att sådana upplevelser kan finnas. Det kan röra sig om upplevelser av sjukvården, möten med akutmottagning som barn, skräckfyllda sjukhusvistelser, smärtsamma tandbehandlingar eller öroninflammationer. Det kan givetvis också, liksom i många fall av psykiskt lidande, röra sig om svek eller destruktiva förhållanden i barn domen.

En annan viktig aspekt när det gäller tidigare traumatiska upplevelser är den höga frekvensen av upplevda sexuella övergrepp bland befolkningen. Cirka 12 procent har varit med om övergrepp [4], och erfarenhetens komplexitet har nyligen beskrivits skönlitterärt [5]. Nyligen har vi också fått ta del av en svensk studie där 2,8 procent av gravida kvinnor rapporterar erfarenhet av sexuell eller annan misshandel under sin graviditet och året dessförinnan [6].

### Psykisk ohälsa hos kvinnor i allmänhet

Särskilt viktigt är det givetvis att räkna med det faktum att förekomsten av såväl ångest som depression i befolkningen är ganska hög. Omkring 15 procent uppskattas vid ett givet tillfälle ha någon psykisk sjukdom eller störning enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport [7].

Ängslan, oro, ångest och sömnbesvär har enligt samma källa ökat under 1990-talet i åldrarna upp till pensionsåldern. Den största ökningen har skett i yngre åldrar, främst bland yngre kvinnor. Man kan vidare räkna med att cirka 25 procent av kvinnorna drabbas under en livstid och att det finns insjuknandetoppar under tonåren och de reproduktiva åren [8]. Frekvensen för kvinnor är ungefär dubbelt så hög som för män [9, 10].

Inom hälso- och sjukvården för kvinnor möter vi i det närmaste alla kvinnor, om inte annat för att ta ett cytologiproov. Nyligen har i en epidemiologisk registerstudie framkommit att 98 procent av alla kvinnor i ett bestämt län någon gång fått ett cellprov taget [11] och alltså genomgått en gynekologisk undersökning. Följaktligen möter vi inom kvinnosjukvården

och den förebyggande hälsovården dessa allmänna frekvenser av psykiska problem.

Vi kan alltså inom mödrahälsovården få ansvar för kvinnor som balanserat sin psykiska hälsa mycket framgångsrikt fram till dess barnafödandet är aktuellt och den psykiska hälsobalansen rubbas. Detta väcker ibland förvåning hos såväl patienten som barnmorskor och läkare. En mycket kapabel och i de flesta livsområden välfungerande kvinna uppvisar på ett obegripligt sätt en skräck för en naturlig företeelse. Det har också visat sig att de flesta förlossningsrädda hade någon form av ångestsyndrom, men att däremot kvinnor med ångestsyndrom inte alltid led av förlossningsrädsla [2]. Det är alltså en mindre andel av ångestladdade kvinnor som begär hjälp från förlossningsvården på grund av förlossningsrädsla.

### Endokrina aspekter

I vilken mån den hormonella dramatiken under graviditeten inverkar på det psykiska välbefinnandet genom att förändra balansen i centrala nervsystemet är ännu till stor del outforskat. Man vet dock att könshormonerna spelar stor roll för transmittorsystemen. Den allmänt erkända premenstruella depressionen tycks, åtminstone delvis, kunna förklaras av ett hormonellt inflytande på centrala nervsystemet under den premenstruella fasen [12]. Att på den grunden framställa en hypotes att den starkt förändrade hormonbalansen under graviditet också kan inverka på kvinnans psykiska tillstånd är därför inte långsökt.

### Den blivande fadern

Mannens roll i sammanhanget kan diskuteras. Kvinnor med stark förlossningsrädsla har ofta en man som också är rädd och som kanske inte tilltror sin kvinna att klara en vanlig förlossning eller sig själv att vara ett adekvat stöd. I ett konsekutivt material visade det sig att 37 procent av de förlossningsrädda kvinnorna hade en man som var påtagligt orolig och att 22 procent av kvinnorna hade en man som önskade kejsarsnitt [13]. Detta kan vara ett stöd för kvinnan, men det kan givetvis också urholka kvinnans självtillit. Det är naturligtvis begripligt att också män kan hysa stark skräck, kanske på grund av erfarenheter i vuxen ålder, obstetriska katastrofer eller traumatiska upplevelser i barndomsfamiljen.

### Omhändertagande och behandling

Bemötande och behandling är av stor betydelse, och åtgärderna måste i hög grad vara individualiserade. Det krävs en noggrann bedömning och stor lyhördhet för att finna vad som lämpar sig för en speciell individ. Det kan för vissa kvinnor vara relevant med psykologiska samtal som ger ökande insikt om sårbarhet i den egna personligheten. Sådana samtal kan även ge chans till konstruktiv bearbetning och en positiv utveckling med långsiktig effekt, kanske livslång. Under graviditeten tycks kvinnors medvetenhet om och känslighet för psykiska konflikter vara större. Detta kan ge goda förutsättningar för mental bearbetning.

Givetvis krävs stor varsamhet hos de personer som tar sig an uppgiften som samtalsledare eller terapeut. Kognitiva inslag är självklara: patientens/kvinnans bild av förlossningen, den som redan ägt rum och den som väntas, får möta professionens bild och tålmodiga förklaringar. Det är mycket konstruktivt att de grundantaganden, ofta dystra, som kvinnan har beträffande sina möjligheter och omgivningens vilja och förmåga att ge hjälp får ventileras och ibland revideras.

Den aktiva hållning som samtalsledaren enligt denna behandlingsprincip intar är ofta mycket positiv. I behandlingen finns dessutom ofta beteendeterapeutiska moment, t ex stöd att trots skräcken våga gå till kvinnokliniken och besöka förlossningsavdelningen. Dessa moment kan, för vissa kvinnor, ➤

**ANNONS**

**ANNONS**

vara möjliga endast om det finns en trygg och empatisk person som tar emot, en barnmorska eller obstetiker som kan mildra oron. Vi har alltså här ett spektrum av möjligheter till åtgärder mot oron, och detta ökar chansen att finna hjälp för varje kvinna. Praktiskt taget varje förlossningsavdelning har viss beredskap att möta dessa problem, och ansätter att underlätta utvecklingen för dem som arbetar med problemet har också gjorts [14].

Dessa tillstånd av psykisk ohälsa behöver uppmärksamhet, och kvinnorna behöver i vissa fall stöd att söka psykiatrisk specialisthjälp. Precis som kvinnor hos vilka man i anslutning till barnafödande upptäcker trombosbenägenhet, blödningstendens eller läkemedelsallergier får information och hjälp att leva vidare med detta, kan kvinnor med ångest och depression få en chans att bättre klara moderskap och livets påfrestningar med hjälp av en viss begränsad insats under graviditeten. Att en deprimerad mor har svårigheter i sin relation till sitt barn är känt från flera studier.

Att erbjuda en ångestladdad, gravid kvinna behandling med psykofarmaka är näst intill tabu, likaså att uppmuntra en kvinna som före graviditeten ordinerats psykofarmaka att fortsätta den medicineringen under graviditeten. Många kvinnor med svåra ångestsyndrom försöker sluta med sin mediciner när de blir gravida eller när de planerar att bli gravida. Även om det finns hållpunkter för att riskerna med dessa läkemedel är ganska små, är riskerna inte helt obefintliga. Knappast någon läkare vill uppmuntra en kvinna att medicinera under graviditet, såvida hon inte lider av en manifest psykisk sjukdom. Därför är det som regel nästan uteslutet att erbjuda en kvinna med förlossningsångest den hjälp som är ett av den psykiatriska disciplinens effektivaste medel. Hjälp måste sökas på annat håll.

### Obstetrisk teknik som ångestdämpare

Obstetriska interventioner som ångestdämpare har diskuterats livligt och önskas ofta av kvinnor med stark förlossningsrädsla. I fokus finns givetvis kejsarsnittet. Frekvensen av kejsarsnitt på grund av oro inför förlossning har de facto ökat de senaste åren. Kostnadsaspekten går inte att blunda för. Dessutom är kejsarsnittet långt ifrån riskfritt, något som den obstetriska professionen ofta tar på större allvar än patienterna. En lugn diskussion med kvinnan/paret om detta kan vara välgörande, men det är inte så lätt. Samtidigt som kirurgiska risker finns och måste beaktas är det också ett faktum att totalt cirka 15–20 procent av dagens svenska barn av olika skäl kommer till världen genom kejsarsnitt. Om man med ett noggrant individualiserat psykologiskt förberedelsearbete kan undvika kejsarsnitt av psykologiska skäl är givetvis mycket vunnet. Det är också möjligt i många, men inte alla, fall.

När det gäller kejsarsnittet som »behandling« för oro är det också viktigt att bredda perspektivet och betrakta det obstetriska förloppet hos kvinnor med stark ångest. Denna grupp har ökad risk för akut kejsarsnitt på indikationen hotande fosterasfyxi [15] och för obstetriska ingrepp över huvud taget [2]. Definitionen av medicinsk indikation för kejsarsnitt är också en speciell fråga. Är det endast somatiska tillstånd, dvs vissa neurologiska, pediatrika, internmedicinska (kardiologiska m m), som utöver de obstetriska problemen kan räknas hit? Är psykiatriska tillstånd uteslutna, eller är psykiskt lidande också ett medicinskt tillstånd?

Andra obstetriska metoder än kejsarsnitt kan vara mycket användbara bland oroliga kvinnor. Planerade förlossningar som sätts igång under obstetriskt optimala förhållanden och som handleds av barnmorskor som är insatta i hur kvinnan känner och där kvinnan fått löfte om kejsarsnitt om progres- sen inte är tillräckligt god har prövats [Gunvor Ekman, Stockholm, pers medd, 2001]. Detta har visat sig vara en god utväg

i många fall. Kvinnor som fått individuellt avpassat stöd under graviditeten på grund av sin skräck har i många avseenden en förlossningsupplevelse som är lik den hos kvinnor som inte sökt för detta problem [13], även om ångesten under födandet är större hos de förlossningsrädda än hos jämförelsegruppen [Eva Wirfelt, Berit Sjögren, Stockholm, pers medd, 1999].

### Förlossningsvårdens villkor

I detta sammanhang bör också nämnas de stora förändringar som förlossningsvården blivit föremål för. Knapphet på vårdplatser och den oro som därmed skapas hos kvinnor av att inte veta var barnet skall födas bidrar till förlossningsrädsla. Kvinnor som annars hade kunnat balansera sin rädsla i förvissning om att en speciell förlossningsavdelning skulle ta emot när stunden var inne blir nu lämnade ensamma med ovisshetens ångest. Kvinnor säger »om jag får ett planerat kejsarsnitt vet jag att jag får komma hit«.

Synen på graviditeter där kvinnan känner stark oro och ångest har förändrats något och betraktas idag på vissa kliniker som en komplicerad graviditet i likhet med trombos eller diabetes. Ångest och oro inför förlossningen är ett tillstånd som kräver respekt, en respekt som i första hand måste visas inom förebyggande mödravård och förlossningsvård.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Areskog, B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1981;12:262-6.
2. Zar M. Diagnostic aspects of fear of childbirth [dissertation]. Linköping: Linköpings universitet; 2001. Linköpings studies in education and psychology 78.
3. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18:266-72.
4. Lewin B, Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson SA. Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Folkhälsoinstitutets rapport nr 11. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1998. p. 271-84.
5. Olsson G. Förförd. Stockholm: Rabén och Sjögren; 2001.
6. Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordström ML, Saarinen H, Wenker A. The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001;22:189-97.
7. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
8. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993;29:85-96.
9. Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Wittchen HU. Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord* 1993;29(Suppl 2-3):77-84.
10. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995;269:799-801.
11. Eaker S, Adami HO, Sparen P. Attitudes to screening for cervical cancer: a population based study. *Cancer Causes Control* 2001;12:519-28.
12. Wang M, Backstrom T, Sundstrom I, Wahlstrom G, Olsson T, Zhu D, et al. Neuroactive steroids and central nervous system disorders. *Int Rev Neurobiol* 2001;46:421-59.
13. Sjögren B. Fear of childbirth and psychosomatic support – A follow-up of 72 women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:819-25.
14. Sjögren B, redaktör. Förlossningsrädsla. Lund: Studentlitteratur; 1998.
15. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:542-7.



= artikeln är referentgranskad