



SVENSK FÖRENING  
FÖR OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI  
ARBETS- OCH REFERENSGRUPP FÖR

PSYKOSOCIAL OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI  
SAMT SEXOLOGI

# Barnafödande och psykisk sjukdom



Rapport nr 62  
2009

# Arbets- och Referensgruppen för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi

Nr 62  
2009

## Barnafödande och psykisk sjukdom

### *Författare:*

Liselott Andersson	KK, Sunderby sjukhus, Luleå
Ulla Björklund	KK, Södersjukhuset, Stockholm
Karin Monsen Börjesson	KK, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Angelica L Hirschberg	KK, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Lars Häggström	Psykiatrimottagningen Affecta, Halmstad
Ann Josefsson	KK, Universitetssjukhuset, Linköping
Eva Lyssarides	Psyk. Klin., S:t Görans Sjukhus, Stockholm
Pia Klevemark	Psykiatri Södra Stockholm
Mimmi Norbeck	KK, Södersjukhuset, Stockholm
Margareta Reis	Avd. för klinisk farmakologi, Linköpings Universitet, Linköping
Elsa Lena Ryding	KK, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Susanne von Schreeb	KK, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Karin Sjöström	KK, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

### *Bilagan av:*

Mats Adler	Affektiva mott., Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
------------	--

### *Huvudredaktörer:*

Ulla Björklund	KK, Södersjukhuset, Stockholm
Elsa Lena Ryding	KK, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

### *Referensgrupp:*

Johanna Hermansson	Röda Korsets Center för Torterade Flyktingar, Stockholm
Inga-Bodil Melinder	Gynmottagningen, Arvika

---

Redaktör:	ARGUS Docent Pelle Lindqvist, KK, Karolinska Universitetssjukhuset
Layout:	Moniqa Frisell
Tryck:	Elanders AB



# Innehåll

Förord.....	5
Graviditetens psykologi.....	7
Epidemiologi.....	13
Farmakologi.....	21
Affektiv sjukdom och barnafödande.....	33
Ångestsjukdomar och barnafödande.....	45
Kronisk psykosjukdom och barnafödande.....	55
Personlighetsstörning och barnafödande.....	59
Ätstörningar och barnafödande.....	65
Hur psykisk ohälsa i samband med graviditet och förlossning påverkar det ofödda och nyfödda barnet.....	69
Mödrahälsovårdens roll.....	75
Förslag till handläggning av psykisk sjukdom i samband med graviditet och barnafödande.....	79
<b>Bilaga:</b> PM Litium i samband med graviditet.....	83



# Förord

*Elsa Lena Ryding*

Psykisk sjukdom under graviditet och efter förlossning påverkar inte bara den drabbade kvinnan utan i hög grad också hennes barn, och hela familjen. Man kan få ett intryck av att antalet gravida kvinnor med psykisk sjukdom har ökat på våra mödravårdsmottagningar. Kanske är det så att fler kvinnor idag, med stöd av modern behandling, vågar bilda familj trots psykiska sjukdomar. Kanske är det så att man idag vågar tala mera öppet om sina problem. Svenska rapporter tyder också på att unga kvinnor är en grupp vars psykiska hälsa försämrats på senare år. Inom kvinnosjukvården ställs vi ofta inför problem som kräver basal kunskap om barnafödande och psykisk sjukdom, och som också kräver ett ökat samarbete med psykiatri, socialtjänst och barnhälsovård. Vår rapport vill förmedla sådan kunskap och inspirera till goda samarbetsformer.

I rapporten beskrivs de vanligaste psykiska sjukdomarna, förekomst, symptom/diagnos och orientering om behandling vid graviditet och post partum. Vi anser att utredning och behandling ska äga rum under ledning av specialistkompetent psykiater. Vi vill begränsa oss till psykisk sjukdom, och tar inte upp allmän oro, förlossningsrädsla (se ARG-rapport nr 51) eller sociala problem, som t.ex. att vara flykting. Missbruk av alkohol och droger i samband med barnafödande är också ett stort ämne som kräver en egen rapport. Vidare kan psykiskt sjuka kvinnor vara särskilt sårbara och utsatta för svåra sociala situationer, men fenomenet våld mot kvinnor har i grunden andra förklaringar, och behandlas inte specifikt i rapporten. Sambandet mellan sexuella övergrepp i barn- och ungdomsåren och psykisk sjuklig-

het utreds inte heller. Vi har på gott och ont valt att inte fokusera på orsaker till psykisk ohälsa i samhället, utan på psykiatriska diagnoser. Ett kapitel om graviditetens normala psykologi får inleda och bilda en grund för beskrivningen av psykiatrisk patologi.

Något som inte finns med är neuropsykiatriska tillstånd, ett område under stark utveckling för närvarande. Kunskap om neuropsykiatrisk sjukdom i förhållande till barnafödande bedöms som otillräcklig än så länge. Även psykisk utvecklingsstörning faller utanför ramarna för rapporten.

I rapporten ges en hel del välbehövlig information om psykofarmaka. Vi önskar inte främja bruket av medicin generellt för gravida och ammande kvinnor, och absolut inte på bekostnad av samtalsstöd och evidensbaserad psykoterapi. Vårt intryck är dock att kvinnorna med de allvarligaste sjukdomarna oftare är underän övermedicinerade, med negativa konsekvenser för mor och barn.

Eftersom evidensen för behandling av psykiska sjukdomar under graviditet än så länge är så begränsad har vi valt att inte föra in evidensgrad för olika behandlingsmöjligheter.

Rapporten avslutas med en sammanfattning. Det är vår förhoppning att de områden som ännu inte har vårdprogram (eller liknande) för handläggning av psykisk sjukdom under graviditet och efter förlossning kan få stöd i att arbeta fram ett sådant. Eftersom kunskapen är ofullständig inom området har vi förstått att det finns ett stort behov preliminära riktlinjer som man kan följa. Vi vill också understryka vikten av den individuella bedömningen i samråd mellan kvinnosjukvård och psykiatri.



# Graviditetens psykologi

Susanne von Schreeb

## Introduktion

För att förstå hur psykisk sjukdom kan påverka den viktiga relationen/anknytningen/bindningen mellan mamman och barnet behöver vi kunskap och förståelse för barnafödandets psykologi. Inom vår specialitet och i läroböcker i obstetrik och gynekologi har det inte alltid ansetts som viktig kunskap. Så sent som 1993 kunde man fortfarande läsa följande i den svenska kursboken (Brody et al) i obstetrik och gynekologi:

*"Våra kunskaper om vad som är att anse som normala psykiska reaktioner på graviditet är begränsade. Hela detta ur såväl psykologisk som psykiatrisk synvinkel mycket intressanta område har till dags dato endast tilldragit sig relativt blygsamt intresse. Till grund för hittills gjorda värderingar och omdömen har oftast legat disparata intryck och subjektiva reflexioner eller psykoanalytiskt färgade skrivbords spekulationer."*

Texten förmedlar ett intryck av att inget av betydelse hände inom detta forskningsfält under åren 1970 – 93. Men faktum är att det inom nämnda område just under denna tidsperiod skedde en revolutionerande utveckling som kom att förändra synen på spädbarnet och i dess förlängning också forskningen och kunskapen om vilka förutsättningar som är av betydelse för att den gravida kvinnan ska kunna förbereda sig för modersrollen.

## Det kompetenta spädbarnet

Forskning från 1970-talet och framåt har lett till fram till en djupare förståelse för vad som styr utvecklingen av ett spädbarn till en mogen

människa med tillit, empati och förmåga att bilda och bibehålla djupa känslomässiga relationer. Synen på spädbarnet har radikalt ändrats från att spädbarnet sågs som ett passivt, i stort sett autistiskt objekt, vars behov begränsades till regelbunden fysisk omsorg av mat, rena blöjbyten och värme men i övrigt ansågs så outvecklad att smärtlindring vid operativa ingrepp kunde förbises. Idag vet vi att varje spädbarn är en unik varelse med välutvecklad social förmåga och att barnets hjärna utvecklas genom den sociala interaktionen med omgivningen (1).

Det mest avgörande med spädbarnsforskningen var insikten om att spädbarnet redan vid födseln är designat för att skapa kontakt med omvärlden. Barnet skapar ögonkontakt redan från födseln och är utseendemässigt designat utifrån vad som människor finner bedärande. Inför det nyfödda barnet blir man som förälder helt betagen, känslor av omsorg och skyddsinstinkt väcks till liv. En relation uppstår som är förankrad i djupet av vår själ.

*"Han stod och undrade vad kvinnfolken menade att han skulle ta sig till med det här, som barnmorskan hade lagt i famnen på honom, då han fick en stöt, så att både han och barnet skakade till. Det kom inte från någon av de andra, men om den gick från den lilla flickan över till honom, eller från honom till den lilla flickan, det kunde han inte reda ut för sig. Strax efter började hjärtat på att klappa i bröstet på honom, såsom det aldrig förr hade gjort."*

Lagerlöf, 1919, Kejsaren av Portugalien. s13



## Anknytning

Anknytningsforskningen har lett fram till kunskap om att relationen, som utvecklas mellan barnet och den mest kontinuerliga vårdgivare, utgör grunden för utvecklingen av barnets sociala, emotionella och kognitiva förmågor (2).

### A. Prenatal anknytning

Senare års forskning har visat att en betydelsefull relation utvecklas redan under graviditeten.

Känslouttryck och reaktioner under graviditeten som kan tolkas som normala och gynnsamma för den prenatala anknytningen och kommande mor-barn-relation är:

- Önskan om att få kunskap om det ofödda barnet.
- Glädje över att samspela med barnet både i verkligheten och i fantasin.
- Önskan om att skydda barnet och möta dess behov, vilket innebär att sköta sig själv på bästa sätt under graviditeten, gå på kontroller, äta rätt och inte stressa. Vidare innebär det att avstå från gifter och droger som nikotin, alkohol och medicin eftersom dessa är skadliga för barnet.
- Oro över att mista barnet genom missfall eller över att barnet blir sjukt eller missbildat.

Behovet att skydda barnet överskuggar egna behov och gör det möjligt att avstå dessa till förmån för barnet.

## Graviditetens psykologiska faser

En användbar struktur för graviditetens psykologi har formulerats av psykoanalytikern Joan Raphael-Leff (3). Hon har beskrivit den psykologiska utvecklingen under graviditeten i tre faser:

- |                    |           |
|--------------------|-----------|
| 1. Fusion          | v 5 -14   |
| 2. Differentiering | v 15 - 28 |
| 3. Separation      | v 29 - 42 |

## 1. Fusion

**Fasen kännetecknas av att, vanligen via ambivalens, acceptera graviditeten.**

Graviditetsbeskedet kan väcka starka känslor. Att uttrycka ambivalens genom att pendla mellan lycka, tvivel och abortönskan ses även hos kvinnor där graviditeten länge varit eftertraktad. Att informera om det normala i detta förlopp kan avbörda kvinnan onödigt skuld inför sina pendlande känslor. Att kvinnan accepterat graviditeten på ett känslomässigt plan kan avläsas i att hon ställt om sig till ett hälsosamt leverne som värnar fostrets behov före hennes egna. Omsorgen om fostret ger den mentala styrka och motivation som behövs för att avstå alkohol och cigaretter, slå av på stressen och föra ett sunt leverne. De som inte kommit över ambivalensen i den tredje trimestern behöver professionell hjälp.

### Observandum:

- Att se graviditeten som en inkräktare.
- Att utsätta sig för fara och risker som kan skada fostret.
- Relationsproblem, våld i nära relationer, arbetsrelaterade problem, bristande nätverk.
- Psykisk sjukdom och hereditet för psykisk sjukdom.
- Stark oro för kroppens förändringar, för förlösning och föräldraskap.
- Tidigare svåra livserfarenheter och erfarenheter från vården, tidigare svår förlösningssupplevelse.

## 2. Differentiering

**Ett samspel mellan två tar fart**

Fostret börjar upplevas som en egen individ, oftast sker detta i samband med att fosterörelserna blir kännbara.

*"Barnet blir till inom modern vid den tidpunkt hon kan föreställa sig det. Då startar möjligheten den tidiga bindningen och den tidiga dialogen. För de flesta sker detta i samband med att fosterrörelserna blir kännbara."* Winnecott

Fantasier och framtidsbilder om barnet tar fart och detta väcker även tankar om sig själv som mor. Detta i sin tur aktualiserar: relatio-



nen till den gravidas egen mor. Hur det var att vara barn. Barndomsminnen aktualiseras ofta i ett nytt perspektiv, föräldrarnas. Brister i omsorg kan framstå i tydligare dager.

**Observandum:**

- Att inte kunna föreställa sig själv som mor.
- Att brottas med negativa bilder av sin egen mor och uppväxt.

### 3. Separation

Längtan efter mötet med det verkliga barnet tar över

Denna fas sammanfaller oftast med den tid då barnet är moget att överleva på egen hand. Kvinnan upptas av förberedelse inför förlossningen.

**Observandum:**

- Övermäktig förlossnings rädsla.

Graviditeten är en gynnsam tid för psyko-terapeutiska insatser, om dessa är riktade på hantera problem som hindrar övergången till moderskapet. De flesta kvinnor är under denna tid är starkt motiverade att åstadkomma en förändring inför mötet med sitt barn.

Den ökade känsligheten, försvagning av psykiska försvarsmekanismer som gravidite-

ten i sig själv medför, ökar kvinnans emotionella tillgänglighet och banar väg för terapeutisk bearbetning av tidigare negativa erfarenheter. Precis som bäckenuppluckringen bereder ökad plats för barnet vid passage ut i världen så bjuder den känslomässiga omställningen på ökad tillgänglighet för terapeutisk bearbetning. Kvinnan bereds möjlighet att rensa i gammal barlast och skapa plats i sin själ för det kommande barnet (4).

### B. Barnets anknytning efter födelsen

Barnet utvecklar med nödvändighet ett anknytningsmönster. Med det påståendet menas att relationen till föräldrarna och det tidiga samspelet mellan barn och föräldrar är drivkraften i hjärnans fortsatta utveckling. Anknytningsmönstret är en hjälp för barnet att strukturera och hantera den omgivande verkligheten. Mönstren är stabila upp till tonåren, och i all väsentlighet även till vuxen ålder. De är grunden för en människas förmåga att bilda stabila djupgående och kärleksfulla relationer (5).

## Anknytningsbeteendet kan utvecklas på olika sätt

Barnet lär sig hur världen hänger samman genom att identifiera återkommande/förutsägbara mönster i samspelet med sin omgivning. De lär sig ett automatiskt beteende som aktualiseras vid skrämmande situationer som t.ex. separation. Oavsett tryggt eller otruggt mönster, utgör de genom sin förutsägbarhet/automatik en trygghet och därmed ett verktyg för barnet att hantera en skrämmande situation. De olika mönstren värderas därför inte som rätt eller fel, bra eller dåligt utan betraktas som normalvarianter.

### 1. Tryggt - 60%

Den trygga typen av anknytningsbeteende är förknippat med den lägsta graden av psykiska problem senare i livet.

Barnet har lärt sig att i en skrämmande situation uttrycka sin rädsla och söka skydd hos föräldern, där det kan få tröst och hjälp att reglera sina känslor och återfå en känsla av välbefinnande. Det kan däremellan känna sig trygg nog att distansera sig från föräldern för att ta sig an och utforska världen på ett adekvat sätt.

### 2. Otrygg - 35%

Både undvikande och ambivalent anknytning är förknippade med en ökad benägenhet för ångest och depression senare i livet.

Undvikande – barnet "har lärt" sig att föräldern inte tål att barnet uttrycker behov av närhet och beroende. Det försöker stänga av sina känslor eller undertrycka känslorna. Barnet försöker "skydda" föräldern från sina känslor. Utan hjälp att hantera de skrämmande känslorna lämnas barnet i ett tillstånd av för den ohanterlig känsla. Vilket innebär ett starkt stresspåslag som den inte själv förmår att ta sig ur.

Ambivalent - barnet har lärt sig att förälderns beteende är oförutsägbart och att samspelet sker på de vuxnas villkor. Det utvecklar en känsla av hjälplöshet och oförmåga att kunna påverka sin situation. Det

har en bristande benägenhet till att utforska omgivningen och har svårigheter att separera från föräldrarna.

### 3. Desorganiserat - cirka 5%

Beteende som inte överensstämmer med någon av de ovan nämnda.

Dessa barn lever i en oförutsägbar situation som lett till att de saknar ett organiserat sätt att hantera svåra situationer. Barnet saknar en sammanhängande försvarshållning. De har därför kallats desorganiserade. Detta innebär att de saknar verktyg för att hantera separation och återförening. Detta medför även att de saknar ett stabilt förhållningssätt till socialt samspel och till att hantera intrapsyckiska processer. För dessa barn utgör föräldrarna istället rädsla och skräck samtidigt som de är barnets enda källa till hjälp och tröst. Uppföljning av dessa barn har visat på en hög förekomst av symptom som enligt DSM-systemet hör samman med neuropsykiatriska funktionshinder som ADHD, uppförandestörningar och trotsyndrom (6).

Vår mentala hälsa är helt beroende av vår förmåga att hantera stress. Den tidigaste omvårdnaden formar det nervsystem som är under utveckling och avgör hur det i framtiden kommer att tolka och svara på stress. Spädbarn föds med en förväntan om att någon ska hantera stress åt dem. Normalt har barnet mycket låga kortisol nivåer de första månaderna så länge som de vårdande vuxna upprätthåller deras sinnesjämvikt genom att beröra dem, klappa dem, mata dem och vagga dem.

## Tiden kring förlossningen

Tiden kring förlossningen är en psykiskt omtumlande period, särskilt för förstagsföräldrar. Tillblivelsen av en familj innebär för paret en livskris som ger möjlighet till utveckling och fördjupning men omställningen kan också utlösa en relationskris om paret inte hittar adekvata strategier för att hantera de nya kraven.

Kvinnan genomgår därutöver en omvälvande förändring av hormon nivåerna. Det ger ofta upphov till en psykisk instabilitet som kulminerar dagarna efter förlossning och därefter vanligen avklingar allteftersom paret och den nyfödde finner sig till rätta i de nya omständigheterna. Hormonförändringarna handlar dels om en kraftig sänkning av östrogen och progesteron men även av en aktivering av prolaktin.

Den ökade känsligheten betecknas ibland "Postpartum blues", vilket jag uppfattar missledande då vad jag hör kvinnor beskriva snarare är en amplitudhöjning av sinnesmodaliteter, en snabb växling mellan stark glädje och djup förtvivlan. Många beskriver upplevelsen som "en känsla av hudlöshet", en avsaknad av förmågan till filtrering, buffert. Det kan innebära en oförmåga till distans gentemot såväl andras som egna känslor, en tärande skyddslöshet mot starka intryck.

En hjälp för paret att hantera de första veckornas känslomässiga berg-och-dalbanan kan vara att beskriva nyttan av "mammans" ökade känsligheten. Man kan se den som en förstärkt förmåga att vara känslomässigt inkännande hos det nyfödda barnet. Kvinnan behöver oftast sin partner som stabilt stöd.

Att avgränsa sig och skapa en skyddad värld genom att bo i sig i hemmet de första veckorna efter förlossningen kan vara ett sätt att begränsa mångfalden av påfrestningar och krav på adaptation som de nya omständigheterna innebär.

För en kvinna som besväras av psykiska symptom som t.ex. kraftig ångest finns redan en begränsad anpassningsförmåga och då kan denna omvälvande förändring vara så påfrestande att den psykiska jämvikten kullkastas.



## Referenser

1. Stern N D. Spädbarnets interpersonella värld. Stockholm: Natur och kultur, 1991.
2. Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008; 37:315-28.
3. Raphael-Leff J. Fear and fantasies of childbirth. J Pre Perinat Psychol 1985;1:14-8.
4. Brodén M. Graviditetens möjligheter. Stockholm: Natur och Kultur, 2004.
5. Bowlby J. The making and breaking of affectional bond. Br J Psychiatry. 1977;130:201-10.
6. Green J, Stanley C, Peters S. Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. Attach Hum Dev. 2007;9:207-22.



# Epidemiologi

*Liselott Andersson*

## Metodologiska aspekter

Amerikanska psykiatriska föreningen (APA) introducerade 1980 den tredje versionen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) (1), som gavs ut på svenska 1984. Med den fick psykiatrin för första gången tillgång till strikta kriterier för diagnostik med möjlighet att dessutom jämföra studier från olika länder och kulturer. DSM-III har sedan reviderats två gånger med resultat i form av versionerna DSM-III-R (2) och DSM-IV (3), som utkom 1987 respektive 1994. WHO introducerade 1992 den tionde revisionen av the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) (4), åtföljt av Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines 1992 och specifika forskningskriterier 1993. DSM-IV och ICD-10:s forskningskriterier används för närvarande parallellt, men de flesta behandlingsstudier som publiceras är genomförda med patienter klassificerade enligt DSM-systemet.

Det finns ändå en del problem vid värdering av studieresultat inom området. Ett bekymmer är att man har använt sig av olika slags instrument för att diagnostisera, vilket gör det svårare att jämföra resultaten mellan studierna. Dessutom baseras en majoritet av metoderna på skalor med självskattade symptom, där man i förväg har valt en nedre gräns för sannolik diagnos, vilket ju inte är samma som en diagnos baserad på DSM-IV eller ICD-10 där man har strikta kriterier. Ytterligare ett dilemma är att det finns relativt få populationsbaserade studier. Många studier

har fokuserat på olika slags riskgrupper, vilket gör att resultaten blir mindre generaliserbara.

Åtskilliga instrument har konstruerats för att underlätta diagnostik av olika former av psykisk ohälsa. Till skattningsskalorna hör Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (5), Beck Depression Inventory (6) och självskattningsversionen av Montgomery-Asberg Depression Ratings Scale (MADRS-S) (7). EPDS kom ursprungligen till för diagnostik av postpartumdepression och har sedermera också validerats för användning bland gravida, dock gäller det inte för den svenska versionen (8). I den svenska valideringsstudien av Wickberg et al rekommenderades 11/12 poäng som gräns för trolig egentlig depression (9) men nedre gräns varierar mellan olika studier. MADRS-S används flitigt inom psykiatrin och till viss del inom primärvården. Det ursprungliga instrumentet MADRS introducerades 1979 av Montgomery och Åsberg och är en utveckling av det mera omfattande instrumentet Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) (10). Ett exempel på frågeformulär är Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) (11) som är ett lättanvänt screeninginstrument.

Instrumenten för ångestdiagnostik är färre, men till de vanligare hör Spielbergers State Trait Anxiety Inventory Scale (12) som är ett självskattningsformulär. För värdering av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) används ofta skattningsskalan Impact of Event Scale (IES) (13) eller den reviderade versionen IES-R.

Bland de DSM-baserade instrumenten finns The Structured Clinical Interview for

DSM-III-R (SCID) (14) och Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) (15). Båda instrumenten består av strukturerade intervjuformulär och har fördelen att de värderar förekomsten av fler psykiska sjukdomar än depression eller ångest isolerat. PRIME-MD tar kortare tid att använda än SCID och finns också som en modifierad variant i form av ett validerat självskattningsformulär (16). En svensk DSM-IV-baserad skattningsskala för diagnostik av PTSD är Traumatic Event Scale (TES), som är skapad av Wijma et al (17).

## Personlighetsstörning

Förekomsten av personlighetsstörning hos icke-gravida kvinnor har visat sig vara 12.4% i ett svenskt material (18), vilket är i paritet med norska data (19).

En nyligen genomförd svensk studie av Börjesson och medarbetare visade en förekomst av personlighetsstörning hos 6.4% i ett material bestående av 625 förstföderskor (20). De gravida kvinnorna rekryterades vid genomsnittligen 22 veckors graviditetstid från oktober 1996 till augusti 1998. Instrumenten som användes för diagnostik av personlighetsstörning var SCID (14) och en modifierad självskattningsversion av Global Assessment of Functioning Scale according to Axis V, DSM-III-R (GAF) (21).

## Affektiv sjukdom

I The Global Burden of Disease study rangordnades unipolär depression som fjärde vanligaste orsak till global ohälsa efter djupa luftvägsinfektioner, diarrésjukdomar och perinatale sjukdomar (22). Vidare har man uppskattat att kvinnor drabbas minst dubbelt så ofta som män (23-25). Livstidsprevalensen hos kvinnor har beräknats till 14 - 21% (26, 27) och de flesta har sitt första insjuknande i reproduktiv ålder (25). Lundbystudien (28) startades redan 1947 i Dalby utanför Lund och är en av de allra första psykiatriska populationsstudierna. Hela befolkningen (2550 personer)

intervjuades och studien upprepades 1957 och 1973. Punktprevalensen av egentlig depression beräknades vara 1.4 - 3.5% hos icke-gravida kvinnor i reproduktiv ålder. Vidare beräknades sannolikheten att drabbas av en depression före 70 års ålder vara 27% för män och 45% för kvinnor (29).

Nyligen gjorda studier har visat att depression verkar vara minst lika vanligt bland gravida som icke-gravida kvinnor (30) och i en systematisk översikt av Bennett och medarbetare fann man punktprevalensen 7.4 - 12.8% under graviditet (31). Ännu högre förekomst fann Josefsson et al. i en populationsbaserad studie omfattande 1558 gravida kvinnor (32), där man visade att 17% i sen graviditet angav depressiva symptom i en utsträckning motsvarande klinisk depression. Instrumentet som användes för diagnostik var EPDS (5). Betydligt lägre förekomst fann man dock i en annan svensk studie av Andersson et al. (33), där man använde sig av PRIME-MD (15) för diagnostik. I den studien, som omfattade 1550 kvinnor, var punktprevalensen 3.3% för egentlig depression och 6.9% för lätt depression under andra trimestern.

Postpartumdepression är mera studerat än depression under graviditet, troligen eftersom det både drabbar den enskilda kvinnan och spädbarnet och i de flesta fall dessutom den övriga familjen. I en klinisk översikt av Cooper och Murray fann man att egentlig depression ganska konstant verkade förekomma hos 10% av kvinnorna under de närmaste veckorna post partum (34). Samma översikt visade också att fler insjuknade under de första 3 månaderna post partum jämfört med under de efterföljande 9 månaderna. Josefsson och medarbetare fann i den tidigare nämnda studien (32) att förekomsten av depressiva symptom var 13% både 6-8 veckor efter förlossningen och 6 månader post partum och således lägre än under sen graviditet. Liknande observationer har gjorts i andra studier, där man även funnit ett entydigt samband mellan depression och/eller ångest under graviditeten och postpartumdepression (35, 36).

Förekomsten av bipolärt syndrom i Sverige är oklar, men torde vara liknande den i USA där man angett förekomsten till 0.5 - 1.5% (37). I en annan studie fann man att 50% av kvinnorna med bipolärt syndrom hade ett första insjuknande före eller inom ett år efter menarche, men att majoriteten varken fick en korrekt diagnos eller behandling förrän efter barnafödande (38). Av de kvinnor med bipolärt syndrom som hade fött barn visade det sig vara hela 67% som hade haft en depressiv episod post partum och de som insjuknade efter sin första förlossning insjuknade också efter samtliga efterföljande förlossningar.

Förekomst av bipolärt syndrom under graviditet är sparsamt undersökt men i Andersson och medarbetares populationsbaserade studie fann man endast ett fall (0.06%) (33).

## Ångestsjukdom

I den amerikanska DSM-baserade studien National Comorbidity Survey (39) fann man att livstidsrisken för något slags ångestsyndrom var 24.9%. I likhet med depression förefaller också ångestsyndromen vara minst dubbelt så vanliga hos kvinnor jämfört med män. Samsjuklighet, dvs. förekomst av flera sjukdomar samtidigt, är vanligt, såtillvida att man t ex kan ha både en depressions- och ångestdiagnos samtidigt (40).

Brown och medarbetare har i en översiktsartikel beräknat livstidsprevalensen av olika ångestsyndrom (23). För generaliserad ångest uppskattades livstidsprevalensen till nästan 7% hos kvinnor jämfört med 4% hos män. Motsvarande data för panikångest var 5% respektive 2%. Tvångssyndrom beräknades förekomma hos 3% av kvinnorna jämfört med 2% av männen. För social fobi uppskattades livstidsprevalensen till 16% hos kvinnor och 7% hos män.

Social fobi verkar vara ett ångestsyndrom som till stor del präglas av sociala och kulturella olikheter. I två DSM-IV-baserade svenska studier fann man att tillståndet var vanligare i glesbygd (Gotland) jämfört med i storstad (Stockholm), med punktprevalensen 17.2

kontra 14.2% (41). Det verkar också vara olikheter mellan olika länder, där man t ex i USA fann en punktprevalens om 7.9% (39).

Ross et al. har i en systematisk översikt sammanställt förekomsten av ångestsyndrom hos kvinnor under graviditet och post partum (42). Generaliserad ångest förekom hos 8.5% under sista trimestern och hos 4.4 - 8.2% post partum. Punktprevalensen för panikångest perinatalt var 1.3 - 2.0%. Andelen tvångssyndrom var 0.2 - 1.2% under graviditet och 2.7 - 3.9% under postpartumperioden.

Ångest bland gravida kvinnor i Sverige har studerats av Andersson och medarbetare (33). Totalt hade 6.6% av 1550 kvinnor en ångestdiagnos under andra trimestern. Punktprevalensen var 0.3% för generaliserad ångest, 0.2% för panikångest, 1.3% för tvångssyndrom och 0.4% för social fobi. Den vanligaste ångestdiagnosen var ångest UNS, som förekom hos 4.4%. Ångest UNS har dock för få symptom än vad som krävs för att omfattas av DSM-IV. Totala andelen ångestdiagnoser var större än i Lundbystudien (28), där man fann punktprevalensen 2.8% för ångest hos kvinnor i reproduktiv ålder. Punktprevalensen för social fobi hos icke-gravida svenska kvinnor har i en annan studie visats sig vara 17.6% (41), således betydligt högre än i studien av Andersson et al. Enligt de sistnämnda författarna skulle en tänkbar förklaring kunna vara att kvinnor med svår social fobi oftare avstår från graviditet (33).

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är inte ovanligt hos kvinnor efter förlossningen. Ayers och kollegor har utifrån ett flertal andra studier beräknat förekomsten till 1 - 2% (43). Ross et al. har i den tidigare nämnda översikten funnit att PTSD förekommer bland 2.3 - 7.7% under graviditet (42). Svenska data från en studie av Wijma och medarbetare (17) visade att 1.7% hade PTSD efter förlossningen, alltså i god samstämmighet med övriga resultat.

Förekomsten av specifika fobier verkar i likhet med social fobi variera på grund av kulturella faktorer. I Sverige har man funnit punktprevalensen 19.9% (44), medan motsvarande andel i USA var betydligt lägre, 8.8% (39).



Den svenska studien visade också en tydlig könsskillnad, där de flesta fobierna var vanligare bland kvinnor, med punktprevalensen 21.2% jämfört med männens 10.9%. Endast fobi för tandvård och skaderelaterad fobi var lika vanligt hos kvinnor och män. En av de mest intressanta fobierna i sjukvårdssammanhang är stickfobi, som visade sig förekomma hos 1.9% av kvinnorna. Hos kvinnorna minskade stickfobi som en funktion av stigande ålder, vilket inte var fallet bland männen.

## Psykos

Förekomsten av psykos bland kvinnor i reproduktiv ålder uppskattades av Hagnell et al. i Lundbystudien (28) till 1.1%, vilket var något lägre än för männen i motsvarande ålder i samma studie där punktprevalensen var 1.2%. Dessa data är ganska samstämmiga med data från en finsk kohortstudie där man fann schizofreni hos 1.3% under åren 1969 – 1991 (45). Vid genomgång av litteraturen finns det få data angående förekomst under graviditet, men en systematisk översikt av Howard och medarbetare har visat att kvinnor med psykos föder färre barn än kvinnor utan psykosdiagnos (46). Psykos efter förlossningen har visat sig ha mera maniska inslag jämfört med annan psykos hos icke nyförlösta kvinnor i motsvarande ålder, där schizofrena drag uppvisades i större utsträckning (47). En nyligen publicerad översikt om puerperalpsykos har visat att prevalensen verkar vara ca 1/1000 och att det finns ett tydligt samband med bipolär sjukdom (48). Prognosen är mera gynnsam än vid andra psykotiska tillstånd (49), men risken för upprepning vid kommande förlossningar är stor, liksom risken att drabbas av en manisk eller depressiv episod utan graviditet (50).

## Överdödlighet vid psykisk sjukdom

Enligt WHO dör över 800 000 människor världen över av suicid årligen (51). Retrospektiva studier visar entydigt att 90% eller

mera av de suiciddöda hade en psykisk sjukdom före döden, oftast en depression (52-55). Depression har också visat sig öka risken att drabbas av stroke (56). I likhet med depressiva sjukdomstillstånd har man också funnit en överdödlighet vid flera ångestsyndrom (57). I Lundbystudien fann man en fördubblad dödlighet bland de individer som insjuknade i ångestsyndrom jämfört med kontrollgruppen, framför allt på grund av sjukdomar i cirkulationsorganen (28).

Få studier har gjorts om överdödlighet i samband med psykisk sjukdom och barnafödande. I en översikt om graviditetsrelaterad död fann man 21 vetenskapliga artiklar om suicid där inklusionskriterierna var uppfyllda (58). Sammantaget verkade självmord vara ovanligare under graviditet jämfört med hos ickegravida med undantag av de fall som avslutades med abort. Dock fann Högberg och medarbetare att självmord var den näst vanligaste dödsorsaken inom det första året post partum i en svensk retrospektiv kohortstudie, där malignitet var den vanligaste orsaken till graviditetsrelaterad död (59). Maternell dödlighet i England och Wales har beskrivits i de återkommande rapporterna "Why mothers die" (60). Under perioderna 1997 – 1999 och 2000 – 2002 var suicid den enskilt vanligaste orsaken till maternell död under det första året post partum. Man bedömde att 50 kvinnor suiciderade under första året post partum och att ytterligare 14 kvinnor dog av olycksfall eller överdoser som troligen var självsakade under perioden 2000 – 2002. Detta kan jämföras med trombos, som var den vanligaste direkta dödsorsaken med 30 dödsfall. De kvinnor som dog av suicid hade annorlunda karakteristika än de kvinnor som dog av annan orsak. Medan de senare oftare hade lågt socioekonomiskt status och tillhörde etniska minoritetsgrupper så var kvinnorna som suiciderade oftare vita, äldre och gifta, med god ekonomi och ofta god utbildning. En påtaglig riskfaktor för suicid visade sig vara tidigare psykisk ohälsa.

## Det globala perspektivet

Eftersom det är visat att faktorer såsom lågt socioekonomiskt status, bristande socialt stöd, låg utbildning och fattigdom har samband med depression och ångest så kan man anta att kvinnor i utvecklingsländerna har minst lika hög prevalens av psykisk sjukdom under graviditet och post partum som västvärldens kvinnor. Ett problem har dock länge varit att få studier är gjorda i utvecklingsländerna. I en nyligen publicerad studie från Pakistan (61) fann man att 160 av 701 (23%) kvinnor hade depressiva symptom under tredje trimestern och att 56% hade kvarstående besvär vid upp-

följning 3, 6 och 12 månader post partum. Likaså fann man i en studie från Dubai en hög förekomst av depressiva symptom tidigt post partum, 18% vid användning av EPDS (62). Adewuya och medarbetare har genomfört ett flertal studier kring psykisk sjuklighet i samband med barnafödande bland kvinnor i Nigeria. I deras studie om PTSD visade sig 5.9% av 876 kvinnor uppfylla kriterierna för sjukdom, således lätt ökad prevalens jämfört med i västvärlden (63). Fler studier kring psykisk sjukdom och barnafödande i utvecklingsländerna är angeläget, inte minst som stöd för riktade insatser.

### FAKTARUTA

Studieresultat för prevalens av psykisk sjukdom i samband med barnafödande är svårvärderade pga. att det finns förhållandevis få populationsbaserade studier och pga. att de diagnostiska metoderna varierar.

Generellt får man högre prevalenstal vid användning av symptombaserade instrument än vid användning av metoder baserade på DSM-III eller IV.

#### Affektiv sjukdom

Depression under graviditet: 3.3% - 17%

Postpartumdepression: 10% - 13%

Bipolärt syndrom under graviditet: < 1.0%. Diagnostiseras ofta i samband med barnafödande och det finns ett starkt samband med depressiv episod post partum.

#### Ångestsjukdom

Generaliserad ångest under sista trimestern: 0.3% - 8.5%

Generaliserad ångest post partum: 4.4% - 8.2%

Panikångest perinatalt: 0.2% - 2.0%

Tvångssyndrom under graviditet: 0.2% - 1.2%

Tvångssyndrom post partum: 2.7% - 3.9%

Social fobi under graviditet: 0.4%

#### Psykos

Puerperalpsykos: 0.1%. Det finns ett tydligt samband med bipolär sjukdom och risken för upprepad psykos vid kommande förlossningar är stor.

#### Överdödlighet vid psykisk sjukdom

Suicid har rapporterats vara den vanligaste orsaken till maternell död under första året post partum med ungefär dubbla antalet dödsfall jämfört med tromboembolism.

#### Globalt perspektiv

Sannolikt är prevalensen av psykisk sjukdom i samband med barnafödande minst lika stor i utvecklingsländerna som i västvärlden men få studier är gjorda. Fler studier är angelägna, bland annat som stöd för riktade insatser.

## Referenser

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third revision. Washington, APA, 1979.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, revised. Washington, APA, 1987.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Washington, APA, 1994.
4. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision. Geneva. WHO, 1992.
5. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
6. Beck AT, Steer RA. Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *J Clin Psycho*. 1984;40:1365-7.
7. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-9.
8. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8:97-104.
9. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;94:181-4.
10. Åsberg M, Schalling D. Construction of a new psychiatric rating instrument, the Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS). *Prog Neuropsychopharmacol*. 1979;3:405-12.
11. Weissman MM, Sholomskas D, Pottenger M, Prusoff BA, Locke BZ. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *Am J Epidemiol*. 1977;106:203-14.
12. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene P, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the State Trait Anxiety Inventory (STAI, Form - Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1983.
13. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*. 1979;41:209-18.
14. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:624-9.
15. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Jama*. 1994;272:1749-56.
16. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:759-69.
17. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord* 1997;11:587-97.
18. Ekselius L, Lindstrom E, von Knorring L, Bodlund O, Kullgren G. SCID II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90:120-3.
19. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:590-6.
20. Borjesson K, Ruppert S, Wager J, Bagedahl-Strindlund M. Personality disorder, psychiatric symptoms and experience of childbirth among child-bearing women in Sweden. *Midwifery*. 2006.
21. Bodlund O, Kullgren G, Ekselius L, Lindstrom E, von Knorring L. Axis V--Global Assessment of Functioning Scale. Evaluation of a self-report version. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90:342-7.
22. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349:1436-42.
23. Brown CS. Depression and anxiety disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2001;28:241-68.
24. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychol Bull*. 1987;101:259-82.
25. 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;29:77-84.
26. 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.
27. Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1992;241:247-58.
28. Hagnell O, Ojesjo L, Otterbeck L, Rorsman B. Prevalence of mental disorders, personality traits and mental complaints in the Lundby Study. A point prevalence study of the 1957 Lundby cohort of 2,612 inhabitants of a geographically defined area who were re-examined in 1972 regardless of domicile. *Scand J Soc. Med Suppl* 1994;50:1-77.
29. Rorsman B, Grasbeck A, Hagnell O, et al. A prospective study of first-incidence depression. The Lundby study, 1957-72. *Br J Psychiatry*. 1990;156: 336-42.
30. Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 7:9-15.

31. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004;103:698-709.
32. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80:251-5.
33. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Astrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:148-54.
34. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *Bmj* 1998;316:1884-6.
35. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004;80:65-73.
36. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85:937-44.
37. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, et al. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry*. 2004;161:608-20.
38. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, et al. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:284-7.
39. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
40. McLaughlin TP, Khandker RK, Kruzikas DT, Tummala R. Overlap of anxiety and depression in a managed care population: Prevalence and association with resource utilization. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1187-93.
41. Furmark T, Tillfors M, Everz P, Marteinsdottir I, Gefvert O, Fredrikson M. Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34:416-24.
42. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1285-98.
43. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol Health Med*. 2006;11:389-98.
44. Fredrikson M, Annas P, Fischer H, Wik G. Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behav Res Ther*. 1996;34:33-9.
45. Haukka J, Suvisaari J, Lonnqvist J. Fertility of patients with schizophrenia, their siblings, and the general population: a cohort study from 1950 to 1959 in Finland. *Am J Psychiatry*. 2003;160:460-3.
46. Howard LM. Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;119:3-10.
47. Brockington IF, Cernik KF, Schofield EM, Downing AR, Francis AF, Keelan C. Puerperal Psychosis. Phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38:829-33.
48. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*. 2004;363:303-10.
49. Bagedahl-Strindlund M, Monsen Borjesson K. Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;98:272-5.
50. Platz C, Kendell RE. A matched-control follow-up and family study of 'puerperal psychoses'. *Br J Psychiatry*. 1988;153:90-4.
51. WHO. The World Health Report. Geneva: World Health Organisation; 1997.
52. Beskow J. Suicide in mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1979:1-138.
53. Runeson B. Mental disorder in youth suicide. DSM-III-R Axes I and II. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79:490-7.
54. Waern M, Runeson BS, Allebeck P och medarbetare. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 2002;159:450-5.
55. Asgard U. A psychiatric study of suicide among urban Swedish women. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;82:115-24.
56. Jonas BS, Mussolino ME. Symptoms of depression as a prospective risk factor for stroke. *Psychosom Med*. 2000;62:463-71.
57. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 1998;173:11-53.
58. Shadigian E, Bauer ST. Pregnancy-associated death: a qualitative systematic review of homicide and suicide. *Obstet Gynecol Surv*. 2005;60:183-90.
59. Hogberg U, Innala E, Sandstrom A. Maternal mortality in Sweden, 1980-1988. *Obstet Gynecol*. 1994;84:240-4.
60. Lewis G. Why Mothers Die 2000-2002. RCOG Press 2004.
61. Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: Prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *J Affect Disord*. 2006.
62. Abou-Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a trans-cultural perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:428-32.
63. Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *Bjog* 2006;113:284-8.



# Farmakologi

*Margareta Reis*

## Introduktion

Osäkerhet och rädsla kring läkemedelsbehandling under graviditet är naturligt och antalet frågor är outtömligt. Minnet av neurosedynkatastrofen på 60-talet har inte förbleknat även om kontrollen av läkemedel som registreras idag är mycket bättre än då. Det är etiskt oförsvarbart och omöjligt att göra randomiserade, dubbelblinda, kontrollerade studier på gravida kvinnor. På grund av detta finns endast begränsad information om läkemedels teratogenicitet hos människa. Kunskap måste utvinnas ur stora välgjorda epidemiologiska studier och det är svårt och kan vara missvisande att dra för starka slutsatser från små studier eller fallrapporter, även om dessa kan ge viktiga signaler. När man behandlar en gravid kvinna behandlar man två individer och både kort-siktiga och långsiktiga perspektiv för dem båda måste beaktas: Allt från återfall i grundsjukdomen, suicidrisk eller självskadebeteende hos den gravida kvinnan till utsättningssymtom och den kognitiva utvecklingen hos det växande barnet. I varje enskilt fall skall en noggrann diagnostisering och risk-nytto analys göras. Läkemedlets positiva effekter för modern och långsiktigt för barnet måste vägas mot den risk för påverkan på fostret som exponering under graviditet och amning innebär.

Ett internationellt uppmärksammat viktigt verktyg i studier kring läkemedelsexponering och graviditetsutfall är Svenska Medicinska Födelseregistret. Det skapades 1973 och har kontinuerligt vidareutvecklats. Från och med 1994 har den blivande moderns läkemedelskonsumtion registrerats. Databasen är stän-

dig växande och en viktig informationskälla är journalen som förs från och med första besöket på mödrahälsovården då kvinnan vet om att hon är gravid. Där tillfrågas hon om all medicinering hon tagit sedan hon blev gravid liksom pågående behandling. Både receptbelagda liksom receptfria mediciner och naturmedel registreras. Under graviditeten registreras också all förskrivning som sker inom mödravården eller som kvinnan rapporterar. Den unika databasen innefattar ca 98% av samtliga svenska kvinnor som förlöstes sedan starten av registreringen. En styrka med läkemedelsregistreringen vid ett så tidigt stadium är att den är prospektiv i förhållande till utfallet. Man undviker vad som kallas recall bias dvs. den mamma som fött ett skadat barn tenderar att bättre komma ihåg vad hon har ätit för mediciner än den som fött ett friskt barn.

Följande kapitel sammanfattar kort det aktuella kunskapsläget kring farmakologisk behandling med psykoaktiva läkemedel under graviditet och amning. Störst fokus läggs på SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare) men tricykliska antidepressiva liksom bensodiazepiner, antipsykotika, antiepileptika och litium berörs också. Det är substansnamn som används och vid första omnämmandet kombineras det med ett väl etablerat försäljningsnamn. För vidare information om preparat rekommenderas [www.fass.se](http://www.fass.se).

En utmärkt källa till information är Janusinfo ([www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)). Sidan innehåller samlad producentobunden läkemedelsinformation riktad till läkare och sjukvårdspersonal. Avsnittet "Läkemedel och Fosterskador" är utarbetad av professor Bengt Källén och

docent Karin Källén, Tornblad institutet, Lunds Universitet och uppdatera årligen. Från och med 2009 uppdateras innehållet av Karin Källén tillsammans med professor Birger Winbladh, Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset, Stockholm.

## Kinetik

Förmågan att metabolisera läkemedel är individuell. En viktig och den bäst studerade enzymfamiljen är cytokrom P450 (CYP). Den består av ett stort antal närbesläktade enzymer som återfinns i störst koncentrationer i levern men också i andra organ såsom lungor, tarm och hjärna. Flera av CYP-enzymerna är polymorfa; dvs de kan föreligga i olika genetiska varianter hos olika individer. Ett exempel är CYP2D6, väsentligt för nedbrytningen av många psykofarmaka, vilket är dåligt uttryckt eller helt inaktivt i ca 7% av kaukasisk befolkning. Motsatsen - ultrasnabba metaboliserare - ses hos 1-2% av svensk befolkning. Dessutom kan genuttrycket variera mellan folkslag. Cirka 3% av en kaukasisk befolkning saknar uttryck för CYP2C19 medan frekvensen är 18-23% i en japansk. Många faktorer påverkar nedbrytningen av läkemedel bortsett från de genetiska förutsättningarna. Interaktion mellan ett eller flera olika läkemedel kan genom hämning eller ökning av läkemedelsmetaboliserande enzymer resultera i subterapeutiska koncentrationer alternativt överdosering av läkemedlet. De flesta läkemedel inklusive antidepressiva, neuroleptika, antiepileptika och bensodiazepiner passerar över till placenta. En genetiskt eller läkemedelsorsakad försämrad metabolism hos mamman kan innebära att läkemedlet finns kvar i kroppen under längre tid och i högre koncentrationer. Detta påverkar naturligtvis också fostret. Sammantaget så finns det dock ingen generell rekommendation att genotypa kvinnan utan det är det individuella bedömningen som skall styra den farmakologiska behandlingen.

Fysiologiska förändringar hos den gravida kvinnan påverkar också nedbrytningen av läkemedel. Exempel är en ökad distributionsvolym

och en minskad plasmaproteinbindningen av vissa farmaka på grund av sjunkande serumalbuminkoncentration. Graviditet innebär också en ökning av renal sekretion (GFR). Det senare är viktigt att ta hänsyn till vid bl.a. litiumbehandling då det framförallt utsöndras via njurarna. Sammantaget är det inte ovanligt att läkemedelskoncentrationerna hos en tidigare välinställd kvinna kan sjunka under senare halvan av graviditeten och följaktligen ökar risken för sjukdomsgenombrott. Förutom genetisk variation, samtidig behandling med flera läkemedel och fysiologiska förändringar finns goda exempel på andra anledningar till varierande metabolism. Viktiga sådana är rökning, alkoholvanor och sist men inte minst följsamhet till ordination. En bra möjlighet till styrning av läkemedelsdosering är att mäta koncentrationen i serum och följa den under graviditeten. Graviditet är av många internationella forskare ansett som indikation för Therapeutic Drug Monitoring (TDM) (1). Rådgivning och bollplank för diskussion kan den gravida kvinnans läkare också alltid finna på respektive universitetssjukhus kliniskt farmakologiska avdelning.

## Amning

Den mängd läkemedel som barnet exponeras för via amningen är betydligt lägre än under graviditeten. Beroende på bl.a. fettlöslighet och pH-gradienten serum-mjölk passerar läkemedlet i olika hög grad över till modersmjölken. Läkemedlets halveringstid är också viktigt att ta hänsyn till. Vid steady-state och långtidsbehandling är variationerna av läkemedelskoncentrationen i modersmjölken inte så stora. Ett sätt att uppskatta hur mycket barnet får i sig är att beräkna hur stor procentuell dos barnet exponeras för i förhållande till modern justerat för vikt (spädbarnets dos i mg/kg dividerat med mammans dos i mg/kg). Ju lägre procentuell dos desto bättre och man brukar ha som tumregel att högre än 8-10% inte är kompatibelt med amning. Att rutinmässigt mäta läkemedelskoncentrationen i mjölk anses inte nödvändigt, men uppkom-

mer misstänkta symtom hos barnet bör det dock ske om amningen skall fortsätta. Diskutera med det laboratorium där analyserna utförs om hur och när provtagning på mjölk, mamma och barn skall ske.

## SSRI och tricykliska läkemedel (TCA)

### *Tidig graviditet*

Två relativt nypublicerade studier (2, 3) konkluderar att det inte finns någon generell ökad risk för allvarliga fosterskador vid behandling med selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) som grupp vid tidig graviditet. Författarna observerade dock vissa skillnader beroende på preparat men de missbildningar som sågs är mycket ovanliga och den absoluta risken liten. Dessa data stärks också av Yonkers et al. (4). Författarna påtalar dock att både antidepressiv exponering liksom depressiva symtom under graviditeten påverkar fostertillväxt och graviditetens längd liksom *”neonatal irritability and neurobehavioral changes”*. De flesta studier i denna litteraturgenomgång (med referenser så sent som tom 2009) har dock inte korrigerat för effekten läkemedel contra sjukdom, och inte heller för eventuella underliggande riskbeteenden.

Ett undantag är en i vissa studier påvisad ökad risk för hjärtmissbildningar, främst ventrikelseptum-defekt, hos barn exponerade för paroxetin (Seroxat) (5, 6) eller klomipramin (Anafranil) (7); Både riskökningarna för paroxetin och klomipramin konfirmeras i en nyskriven artikel baserad på data från Svenska Medicinska Födelseregistret (15 017 barn exponerade för ett antidepressivum) (8). Därutöver påvisades en association mellan paroxetin och hypospadi. Författarna konkluderar dock att både de mödrar som använder antidepressiva läkemedel under graviditeten och deras barn påvisar en generellt ökad patologi. Om detta beror på underliggande sjukdom eller på läkemedelsexponering är omöjligt att säga. Studien visade att risken för förtidig födsel och låg födelsevikt, men inte intrauterin tillväxthämning, var ökad. Framför allt efter

exponering av TCA sågs en ökad risk också för ett antal graviditetskomplikationer liksom neonatala komplikationer såsom hypoglykemi, låga Apgar poäng och respiratoriska problem. Det är dock inte självklart att man ska byta preparat på välinställda patienter men nysättning av paroxetin eller klomipramin bör, om möjligt, undvikas till fertila kvinnor. Därutöver har motstridiga uppgifter kring risken med paroxetinxponering presenterats (9, 10). Dokumentationen i födelseregistret är bäst för citalopram (Cipramil), sertralinn (Zolof) och fluoxetin (Fontex) medan internationellt finns störst dokumentation för fluoxetin (11). För några substanser, som t.ex. duloxetin (Cymbalta), reboxetin (Edronax) och escitalopram (Cipralext) är kunskapsläget osäkert helt enkelt för att exponering hos gravida hittills varit för låg. Detta gäller än så länge också för mirtazapin (Remeron) och venlafaxin (Efexor) men tillgänglig data för de två senare preparaten ger inga indikationer på en ökad allvarlig missbildningsrisk.

### *Behandling under tredje trimestern*

Data baserad på Medicinska födelseregistret (12) visar ökad risk för förtidig födsel och låg födelsevikt (< 2 500 g) hos foster som exponerats för antidepressiva mediciner under senare delen av graviditeten. Ovanstående riskbedömningar kvarstår om än i något lägre grad i senare genomgång av registret (8): Förtidig födsel (OR; odds ratio, 1.59; 95% CI; confidence interval, 1.44-1.75), låg födelsevikt (OR 1.23, 95% CI, 1.08-1.39). Risken för låga Apgar poäng vid förlossningen var förhöjd (OR 1.72; 95% CI, 1.49-1.98), liksom respiratoriska problem (OR 1.59; 95% CI, 1.44-1.75), och ”CNS diagnoser” (OR 1.49; 95% CI, 1.19-1.88), men problemen var inte preparatspecifika. En något ökad risk för hypoglykemi sågs också, framförallt hos barn som exponerats för TCA (OR 1.91; 95% CI, 1.46-2.48). Troligen kan vissa av ovanstående problem bero på moderns underliggande sjukdom eller andra faktorer associerade med den. En konklusion som författaren gör är att SSRI om möjligt bör föredras framför TCA under graviditet.



Man har i några studier försökt förstå om det är läkemedlet eller den underliggande sjukdomen som är anledningen till en ökad risk för lägre födelsevikt och neonatal andningsproblematik. En kanadensisk grupp (13) rapporterade nyligen fynden som farmakologiskt betingade. Deras resultat är inte entydiga och konfirmerande studier behövs.

Ett eventuellt samband mellan moderns användning av SSRI-preparat under senare halvan av graviditeten och en sexfaldigt ökad risk för persisterande pulmonell hypertension hos den nyfödde (PPHN) har rapporterats (14). Dessa resultat stöds av en nyligen publicerad svensk studie (15). Den senare har också följts upp men riskökningen har förblivit densamma (8). Komplikationen är allvarlig, men det är viktigt att komma ihåg att sjukdomen är mycket ovanlig och med en förväntad incidens på 1-2/1000 levande födda barn i en normalpopulation.

Frågeställningen om farmakologisk behandling under senare delen av graviditeten har också en annan dimension och en diskussion pågår kring barnets långsiktiga kognitiva/CNS-utveckling. Den mänskliga variationen är stor och CNS-utvecklingen är inte avslutad förrän efter 20-års ålder med utrymme för avsevärd påverkan under barnaåren. Som sagt ovan, så är sambanden mellan läkemedelspåverkan och/eller sjukdom och/eller högriskbeteende i övrigt (alkohol, rökning, svält, osv) ytterst svår att klargöra (se vidare kapitel 10).

Nordeng och Spigset (16) sammanfattar fem studier som var och en följt upp barn till mammor med antidepressiv behandling också under tredje trimestern. I en av studierna (17) följs mamma-barn par mellan 15 och 71 månader efter förlossning. Författarna jämförde barnens IQ, språkutveckling, beteende och temperament. Studien hade tre armar: TCA, n=46, fluoxetin, n=40, och oexponerade icke deprimerade, n=36. Farmakologisk behandling hade pågått under hela graviditeten. Varken TCA eller fluoxetin hade någon negativ inverkan på de studerade parametrarna. Däremot var kognition och språkutveckling negativt påverkade av graden på mammans depression,

och antal återfall efter förlossning. I en av de fem analyserade studierna (18) visades att SSRI exponerade barn hade något sämre motorisk utveckling än barn till deprimerade mödrar som inte medicinerat. Sammanlagt i de fem studierna har över 200 mamma-barn par, exponerade för antingen SSRI eller TCA under tredje trimestern, följts upp utan några kognitiva, emotionella eller beteendestörningar. Två andra studier från en 4-årsuppföljning av 22 barn, exponerade i moderlivet för SSRI, är också publicerade (19, 20). Bägge studierna kunde, med statistiskt signifikans, sammanfatta att ingen särskild effekt av SSRI kunde påvisas för "internalizing" respektive "externalizing and attention behaviour". Däremot, oberoende av läkemedelsbehandling eller ej, så var moderns psykiska tillstånd under graviditeten och därefter prediktivt för avvikelser vid 4 års kontroller.

Ett observandum för de flesta studier är att power (statistisk styrka att bevisa sina hypoteser) är undermålig – studierna är för små och de metodologiska problemen mycket stora.

### *Utsättningssymtom*

Snabb utsättning, utan nedtrappning, av antidepressiv medicinering hos vuxna med åtföljande utsättningssymtom är sedan länge ett bekant fenomen (21). Under senare år har problem under nyföddhetsperioden såsom spritighet, irritabilitet och nedsatt sugförmåga hos barnet associerats med moderns medicinering av antidepressivt läkemedel och den omedelbara "medicinutsättning" hos barnet som en förlossning innebär (22).

I en litteratursökning för åren 1966-2005, fann Moses-Kolko et al (23) att risken för neonatal utsättningssymtom ökade vid sen exponering av serotonerg återupptagshämmare (TCA eller SSRI). Symtomen var dock oftast milda och övergående inom två veckor. Det finns i litteraturen inget rapporterat om spädbarnsdöd relaterat till sen exponering av antidepressivt läkemedel. Spädbarn skall dock alltid övervakas för att kontrollera eventuella negativa effekter av mammans medicinering (16, 23). För att undvika utsättningssymtom

diskuteras ibland nedtrappning av läkemedlet några veckor före förväntad förlossning. Detta tar tid och kan vara svårt då förlossningsdatum ofta är okänt och/eller då återfallsrisken hos mamman i depression är stor. En huvudregel är att behandla med minsta effektiva dos och att gärna följa serumkoncentrationen av läkemedlet under hela graviditeten (1, 24).

Tolkningen av befintlig litteratur visar att fördelarna med adekvat antidepressiv behandling under den tredje trimestern är större än risken för biverkningar hos barnet. Man bör alltså inte avstå från farmakologisk behandling av deprimerade kvinnor eller kvinnor med ångestsyndrom under den senare delen av graviditeten.

### *Amning*

Lägst överföring till bröstmjolk sker med sertralin där barnet endast exponeras för 1-2% av moderns viktjusterade dos. Större överföring sker med fluoxetin, venlafaxin och med högdos citalopram (11). Även för dessa preparat blir barnets läkemedelskoncentration så låg att den ofta inte är mätbar. Risken för att barnet ska påverkas vid så liten exponering bedöms som minimal oavsett preparat (25) (11, 26). Eberhard-Gran et al. (27) konstaterar i en litteratursökning omfattande åren 1966-2005 att både SSRI och TCA är förenliga med amning. De påpekar dock att om den farmakologiska behandlingen påbörjas efter förlossning så bör man välja läkemedel som ger så låg utsöndring i modersmjölken som möjligt.

### *Blödningsrisk för den gravida kvinnan*

Vid medicinerings med SSRI finns en ökad risk för trombocyt dysfunktion med ökad blödningsrisk som konsekvens. Detta är viktigt att tänka på i samband med graviditet och framför allt vid förlossning även om de (få) studier som är gjorda inte indikerar någon riskökning just post partum så finns den teoretiskt (28). Om problem uppstår så är tillståndet är oftast reversibelt med hjälp av desmopressin (Octostim).

### FAKTARUTA

- Farmakologisk behandling av den deprimerade gravida och/eller ammande kvinnan skall styras av professionell handläggning och en individuellt baserad risk-nytto analys.
- Vid mild och måttlig depression kan ökad klinisk kontakt och samtalsterapi räcka, men vid djupare depressiva tillstånd bör farmakologisk behandling erbjudas.
- Vid nyinsättning bör SSRI väljas före TCA men förvisso måste skillnaden i indikation för preparaten tas med i bedömningen.
- Paroxetin och klomipramin bör om möjligt undvikas under embryogenesen.

## Antipsykotika

Nyligen publicerades en studie baserad på svenska medicinska födelseregistret (29). Ett antal variabler hos 576 spädbarn som exponerats för neuroleptika under tidig graviditet studerades. Både typiska och atypiska preparat var inkluderade. Författarna såg en generellt ökad missbildningsrisk (OR 1.52; 95% CI, 1.05-2.19), företrädesvis hjärtmissbildningar. Något enskilt preparat kunde inte identifieras men antalet exponerade barn per substans var lågt. Det är också möjligt att missbildningsorsaken är att söka i underliggande sjukdom hos modern eller oidentifierade confounders. Ett observandum är att studien visade en nästan fördubblad risk för graviditetsdiabetes hos de medicinerande kvinnorna.

### *Typiska neuroleptika*

De i Sverige hittills vanligaste använda neuroleptika har varit dixyrazin (Esucos) och proklorperazin (Stemetil) men då oftast på indikationen graviditetsillamående. Esucos finns inte längre tillgängligt. Båda substanserna ingår i gruppen fentiazinderivat och dit

hör också den i litteraturen bäst studerade substansen klorpromazin (Hibernal; avregistrerat i Sverige) men också perfenazin (Trilafon). I en fall-kontrollstudie av 315 fentiazinderivat exponerade kvinnor och 11 099 oexponerade hittades en något högre frekvens av missbildningar hos de exponerade (3.5% vs. 1.6%) (30). Emellertid motsägs detta av resultatet från en annan studie med 50 000 mammabarn par. Där identifierades 142 förstatrimester exponeringar och 284 totalt exponerade barn och totalt kunde ingen förhöjd missbildningsrisk hittas (31).

Behandling med fentiaziner bör ske med försiktighet (täta kontroller) under senare delen av graviditeten då CNS-påverkan på det nyfödda barnet såsom andningsproblematik och extrapyramidala symtom har rapporterats. Man kan inte dra tillförlitliga konklusioner kring risken för barnet vid amning av de data som finns. Följaktligen bör amning undvikas.

Fosterskador vid behandling med haloperidol (Haldol) är inte visat men försiktighet bör iaktas under graviditet. Kan behandling inte undvikas och fostret har exponerats under första trimestern bör ultraljud utföras med speciell uppmärksamhet på bildandet av extremiteter (32). Haloperidol utsöndras i bröstmjolk och har liksom de andra typiska neuroleptika dopaminreceptorblockerande effekter som teoretiskt kan tänkas påverka utvecklingen av CNS-funktioner. Extrapyramidala symtom har observerats hos barn som ammas av behandlade kvinnor. Också för haloperidol är den generella rekommendationen att amning bör undvikas.

När det gäller eventuell teratogen effekt av flupentixol (Fluanxol), klorprotixen (Truxal) eller zuklopentixol (Cisordinol) finns det mycket begränsad information i litteraturen. Detsamma gäller för amningsdata. Substanserna går alla över i bröstmjolk men, i de få fall som är dokumenterade, i relativt låg grad. Trots detta kan risk för CNS-effekter på barnet inte uteslutas även om risken för det ammande barnet troligen är måttlig.

### *Atypiska neuroleptika*

Sammanfattningsvis så är rapporterna om antalet gravida kvinnor som behandlats med klozapin (Leponex) så få att konklusiva resultat inte kan dras. Även om teratogena effekter inte har visats (33) skall försiktighet iaktas och så låg dos som möjligt ges framförallt tiden före förväntat förlossningsdatum. Detta för att undvika sedering av den nyfödda eller *floppy infant syndrom* (34). Begränsad tillgång på data och en risk för agranulocytos gör att amning bör undvikas.

För olanzapin (Zyprexa) saknas det än så länge tillräcklig information för att helt tillskriva det som säker behandling under graviditet. Dock inger de begränsade data som finns inga misstankar om ökad risk för allvarliga missbildningar (33, 35, 36). Ett observandum är att olanzapin har associerats med en liten men ökad risk för metabola komplikationer hos den gravida kvinnan såsom viktökning och glukosintolerans (37).

För risperidon (Risperdal) finns inte heller några misstankar om ökad risk för allvarliga missbildningar, men informationen är också här bristfällig för att helt tillskriva risperidon som säker behandling. I en nyligen publicerad studie identifierades prospektivt 53 gravida kvinnor som medicinerat med risperidon och där postpartumstatus för barnet är känt. Författarna konkluderar att *in utero* exponering inte tycks utgöra en ökad risk för spontan abort, missbildningar eller teratogenicitet utöver vad som är förväntat i en allmän population. Övergående utsättningssymtom observerades hos några barn. Värt att beakta är att flertalet mammor samtidigt också tog annan mediciner i kombination med risperidon (38).

Data kring passage över i modersmjolk är begränsad för både olanzapin och risperidon och amning bör således ske med försiktighet och observation av barnet.

Tillförlitliga data för aripiprazol (Abilify), quetiapin (Seroquel) och ziprasidon (Zeldox) under graviditet och amning saknas.

## Litium

Den stora risk för Epsteins anomali och andra teratogena skador som tidigare associerades med litiumbehandling har reviderats i och med senare epidemiologiska studier. Dessa visar att de flesta barn till litiumbehandlade mammor föds normala. Epsteins anomali är en mycket ovanlig hjärtmissbildning med förväntad frekvens på 1/20 000 levande födda. Under tidigt 70-tal rapporterades en flerhundrafaldigt ökad missbildningsrisk men senare studier har starkt ifrågasatt dessa fynd. Cohen et al. (39) presenterade 1994 sammanställda data som tyder på en förväntad risk på mellan 1-2/1000 födda barn. Detta är förvisso en 10- till 20-faldig ökning jämfört med populationen i stort men den relativa risken är fortfarande mycket liten. I ljuset av antiepileptika stora teratogena risk har litium föreslagits som förstahandsval bland stämningsstabilisatorer (40) under graviditet. Trots detta så bör behandling om möjligt undvikas under första trimestern men det finns ingen anledning att rekommendera avbrytande av graviditet om fostret exponerats i början av graviditeten. Däremot rekommenderas att den gravida kvinnan genomgår ultraljud och foster-ekg vecka 16-18 för att utesluta hjärtmissbildningar. Mammans serumkoncentrationer skall mätas noga och ofta under graviditeten. **Om dosen har höjts under graviditeten bör den sänkas 1-2 dagar före planerad förlossning, eller omedelbart vid spontan start för att undvika litiumförgiftning av mamman och neonatala komplikationer.** Plasmakoncentrationer lägre än 0,8 mmol/L hos mamman vid förlossning har visats ge färre komplikationer hos barnet (41). Det är välkänt att litium kan påverka det nyfödda barnet toxiskt och ett flertal rapporter finns kring problem som hypotoni, andningsproblematik, cyanos, *floppy infant syndrome*, kongenital hypotyroidism samt nefrogen diabetes insipidus (42). De flesta av dessa barn behövde intensifierad övervakning tills litiumhalterna sjunkit, vilket kan ta 10-14 dagar. Uppföljning av barn som exponerats för litium har inte påvisat sena utvecklingsrubbingar (43, 44)

Litium har ansetts kontraindicerat vid amning men accepteras idag i ökad utsträckning. Som tumregel för att veta barnets serumkoncentration kan man använda "halveringsregeln": Mammans plasmakoncentration / 2 = bröstmjölkkoncentrationen; bröstmjölkkoncentrationen / 2 = barnets koncentration. Detta ger att barnets koncentration är ungefär 25% av mammans. Viguera visade i en nypublicerad studie på 10 mamma-barn par att (medel) koncentrationer kring 0,16 mmol/l (inte i något fall >0,25 mmol/L) hos barnen tolereras väl (45) men mycket noggrann monitorering krävs (OBS! Kontrollera TSH-nivåer med tanke på kongenital hypothyreos).

**Tips inför läsning av internationella studier:**

- För litium gäller att 1 meq/L = 1 mmol/L

## Antiepileptika / Stämningsstabiliserare

Erfarenheter av antiepileptika under graviditet är i första hand dragna från kvinnor med epilepsi där en optimal anfallskontroll är viktig. Kvinnor som behandlas med antiepileptika, oavsett diagnos, rekommenderas ett tillskott av folsyra inför planerad graviditet och under första trimestern. Antiepileptika kan också orsaka ökad blödningstendens hos det nyfödda barnet och därför rekommenderas, efter individuell bedömning, ett tillskott av K-vitamin till mamman under den sista tiden av graviditeten och till barnet vid förlossningen (46).

Valproinsyra (t.ex. Ergenyl), är ansett som det mest teratogena av alla antiepileptika. Exponering framförallt under första trimestern ökar risken för bl.a. neuralrörsdefekter. Också intrauterin tillväxthämning har observerats liksom mentala utvecklingsstörningar och hjärtfel. Om möjligt bör valproinsyra undvikas under hela graviditeten (46).

American Academy of Pediatrics anser valproinsyra kompatibelt med amning då det passerar över i modersmjölk i relativt liten grad (27). Dosen till spädbarnet blir ca 4% av moderns viktjusterade dos (47). Moderns

plasmanivå bör kontrolleras flera gånger under amningsperioden och observation av det ammande barnet rekommenderas.

Karbamazepin (Tegretol) är ansett som teratogent framförallt under första trimestern. I svenska Medicinska Födelseregistret finns 1294 barn där mödrarna uppgivit användning av karbamazepin i tidig graviditet (89% i monoterapi). 39 av barnen hade någon missbildningsdiagnos (3,0%) mot 27 förväntade (48). En studie publicerad 2001 (49) visade att risken för allvarliga missbildningar fördubblades jämfört med kontroller (relativ risk; RR 2,24, 95% CI 1,1 – 4,56) och framförallt sågs hjärtanomalier och kranio-faciala defekter. Förtidig födsel och låg födelsevikt sågs också. Karbamazepin bör, om möjligt, undvikas under hela graviditeten då flera studier påvisat försenad mental utveckling vid sen exponering (46). Studieresultaten är dock inte entydiga.

American Academy of Pediatrics anser att karbamazepin är kompatibelt med amning. Karbamazepin passerar över i modersmjölk i relativt liten grad (27). Dosen till spädbarnet blir < 8% av moderns viktjusterade dos (47). Moderns plasmanivå bör kontrolleras flera gånger under amningsperioden och observation av det ammande barn rekommenderas.

Lamotrigin (Lamictal). Av moderna AE är lamotrigin det som är bäst studerat vid behandling under graviditet. Det är också det enda AE som anses som relativt säkert i jämförelse med andra AE (vid monoterapi)

Vid 1337 födselar (monoterapi, exponering under 1:a trimestern) registrerade av Glaxo Smith-Kline 2008 (50) sågs 33 allvarligare missbildningar (2,5%) Den totala missbildningsrisken var alltså inte större än förväntat i populationen. Data från Svenska medicinska födelseregistret visar dock på en något ökad missbildningsrisk vid: Av 546 barn exponerade för lamotrigin i monoterapi hade 15 en missbildningsdiagnos (2,7%; senaste uppdatering mars 2009) jämfört med 11 förväntade (48). Vissa data från litteraturen indikerar en överrisk för läpp-gomspalt. Kraftigt ökad clearance hos den blivande mamman, dvs.

sänkta serumnivåer, redan under första trimestern är ett observandum (51, 52). Serumnivån (relaterad till dos) stiger sedan snabbt (1-2 veckor) efter förlossningen upp till den nivå som sågs före graviditeten. Behandlande läkare måste därför ta hänsyn till att risk för toxicitet föreligger för mamman post partum.

Lamotrigin passerar över i modersmjölk i relativt hög grad. Detta i kombination med en långsam elimination hos det ammande barnet ger höga serumkoncentrationer. Lamotrigin metaboliseras enbart genom glukuronidering, en process som är dåligt utvecklad hos den nyfödde och spädbarnet. Data är begränsade och lamotriginbehandling bör ske med stor försiktighet under amning.

Topiramater (Topimax). Kunskaper kring behandling med detta relativt nya antiepileptikum under graviditet är mycket begränsade och följaktligen kan påverkan på fostret inte uteslutas. Djurstudier har visat negativ påverkan på fosterutveckling och teratogenicitet men om dessa data är överförbara på människa är osäkert.

Amning under pågående behandling med topiramater är inte generellt rekommenderat utan en tydlig risk-nyttos analys skall genomföras. Tillgängliga säkerhetsdata är varierande och otillräckliga för att avskrika preparatet som säkert för det ammande barnet. Dock förväntas risken vara låg vid terapeutiska doser enligt [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se). Barnet skall observeras noggrant med avseende på biverkningar såsom seder och utebliven viktuppgång.

## Sömnmedel och lugnande medel

Bensodiazepiner bör om möjligt undvikas under graviditet om det inte rör sig om tillfälligt och kortvarigt bruk. En tydlig indikation för bensodiazepiner är dock akut ångest. Detta måste behandlas för att förhindra plötsliga självmordsförsök.

I en metaanalys (tillika Cochrane studie) av graviditetsutfallet hos kvinnor exponerade under den första trimestern (53) presenteras motsägelsefulla uppgifter: Sammanställda data

från kohortstudier visade ingen association mellan bruk av bensodiazepiner och risk för allvarlig missbildning eller läpp-gomspalt. Däremot påvisades i fall-kontrollstudier en liten, men signifikant riskökning för läpp-gomspalt. Författarna konkluderar dock att det troligen inte finns någon allvarlig teratogen effekt av bensodiazepiner. Emellertid visade Oberlander et al. (54) en något ökad risk för hjärtmissbildning vid **kombinationsmedicinering** av bensodiazepiner och serotoninåterupptagshämmare. Dessa data har ännu inte verifierats i andra studier. Som i alla studier måste stor hänsyn tas till *confounding factors* vid tolkandet av resultat. Till exempel, kvinnor som använt bensodiazepiner under graviditet verkar skilja sig avsevärt från andra kvinnor vad beträffar utbildningsnivå, rökvanor och samtidig användning av annan medicinering (55).

Behandling med bensodiazepiner under senare delen av graviditeten och förlossning har visats orsaka neonatala utsättningsreaktioner som tremor, irritabilitet, hypotoni, andningspåverkan och svårigheter att suga. Symtomen kan uppträda först några dagar efter förlossningen och kan kvarstå lång tid då det nyfödda barnets förmåga att bryta ned bensodiazepiner är begränsat (56). Om bensodiazepiner används bör det vara tillfälligt och ett kortverkande preparat bör väljas, till exempel oxazepam (Sobril).

Kunskapen kring behandling med propiomazin (Propavan), zopiklon (Imovane), zolpidem (Stilnoct) och zaleplon (Sonata) under graviditet och amning är begränsad och inte konklusiv (57). För varje år växer dock kunskapsunderlaget. Data extraherade från det svenska medicinska födelseregistret (48) visar inte på någon teratogenicitet för propiomazin, zopiklon eller zolpidem baserat på den begränsade information som finns (zaleplon inte utvärderat). Rent generellt rekommenderas inte mer än tillfälligt och kortvarigt bruk av av preparat och om möjligt inte alls under senare delen av graviditeten. Effekterna på barnets mentala utveckling är inte kända efter regelbunden behandling.

Då är data för prometazin (Lergigan) mer tillförlitlig (58). I födelseregistret finns 12 489 barn vilka har exponerats under pågående graviditet utan att missbildningsfrekvensen är högre än förväntat i populationen (48). Intag av piperazinderivat såsom hydroxizin (Atarax) är heller inte ovanligt hos gravida kvinnor och risken för missbildningar verkar inte vara större än förväntat i populationen (59, 60). Generella riktlinjer är dock att behandling skall ske med försiktighet framför allt under graviditetens senare del. Tydliga utsättningssymtom hos fostret har iakttagits då moder exponerats för Atarax® under sen graviditet.

Klemastin (Tavegyl) används framför allt vid allergiska tillstånd. Behandling under tidig graviditet har inte påvisat någon ökad missbildningsrisk (59).

Melatonin, den aktiva substansen i Cirkadin, är ett kroppseget hormon och risken för fostermisbildning är inte trolig men erfarenheter från långtidsbehandling med melatonin under graviditet hos människa och påverkan på fostret är marginella. Internationella rekommendationer för den gravida kvinnan är att avstå från melatonin behandling om inte mycket tydlig indikation föreligger.

I litteraturen är oftast sederande antihistaminer rekommenderade vid sömnproblem hos gravida kvinnor (61)

## Sömnmedel, lugnande medel och amning

Bensodiazepiner och hypnotika passerar över i bröstmjolk och i olika hög grad beroende på preparat. Vid högdos eller vid kontinuerligt bruk under längre tid (veckor, månader) skall barnet observeras mycket noga och helst bör amning undvikas då data kring påverkan på barnet under långtidsbehandling saknas. Däremot vid sporadisk användning av preparat med kort halveringstid är det sannolikt ingen risk (27). Som alltid måste risken för barnet vägas mot eventuella fördelar för mamman vid förskrivning av bensodiazepiner vid amning.

Kunskapen kring amning och samtidigt

regelbundet intag av propiomazin, zopiklon, zolpidem och zaleplon är begränsad och inte konklusiv (57). Både zolpidem (Stilnoct) och zaleplon (Sonata) passerar dock över i bröstmjölk i mycket liten grad och risken för barnet är rimligen försumbar vid enstaka doser.

Behandling med prometazin (Lergigan) under amning bör ske med försiktighet då data om substansens övergång i bröstmjölk är begränsat (58). Likaså är behandling med klemastine (Tavegyl) inte rekommenderat i samband med amning då risk för CNS-påverkan på barnet föreligger. Någon enstaka dos, däremot, påverkar troligen inte barnet.

Melatonin är inte rekommenderat vid amning

## Referenser

1. Baumann P, Hiemke C, Ulrich S och medarbetare. The AGNP-TDM expert group consensus guidelines: therapeutic drug monitoring in psychiatry. *Pharmacopsychiatry*. 2004;37(6):243-65.
2. Louik C, Lin AE, Werler MM och medarbetare. First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects. *N Engl J Med*. 2007;356(26):2675-83.
3. Alwan S, Reefhuis J, Rasmussen SA och medarbetare. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *New England Journal of Medicine*. 2007;356(26):2684-92.
4. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE och medarbetare. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(5):403-13.
5. Källén B, Otterblad Olausson P. Antidepressant drugs during pregnancy and infant congenital heart defect. *Reprod Toxicol*. 2006;21(3):221-2.
6. Cole JA, Ephross SA, Cosmatos IS, Walker AM. Paroxetine in the first trimester and the prevalence of congenital malformations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007;16(10):1075-85.
7. Källén B, Otterblad Olausson P. Maternal drug use in early pregnancy and infant cardiovascular defect. *Reprod Toxicol*. 2003;17(3):255-61.
8. Reis M, Källén B. Delivery outcome after maternal use of antidepressant drugs in pregnancy: an update using Swedish data. *Psychol Med*. 2010 Jan 5:1-11.
9. Davis RL, Rubanowice D, McPhillips H och medarbetare. Risks of congenital malformations and perinatal events among infants exposed to antidepressant medications during pregnancy. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007;16(10):1086-94.
10. Einarson A, Pistelli A, DeSantis M och medarbetare. Evaluation of the risk of congenital cardiovascular defects associated with use of paroxetine during pregnancy. *Am J Psychiatry*. 2008;. 165(6):749-52.
11. Spigset O, and Hägg S. Nya antidepressiva läkemedel under graviditet och amning. Läkemedelskoncentration bör följas och lägsta möjliga dos ges. *Lakartidningen*. 2004; 101(13):1176-81.
12. Källén B. Neonate characteristics after maternal use of antidepressants in late pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(4):312-6.
13. Oberlander TF, Warburton W, Misri S, Aghajanian J, Hertzman C. Neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and maternal depression using population-based linked health data. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(8):898-906.

14. Chambers CD, Hernandez-Diaz S, Van Marter LJ, Werler MM, Louik C, Jones KL, Mitchell AA. Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *N Engl J Med.* 2006;354(6):579-87.
15. Källén B, Olausson PO. Maternal use of selective serotonin re-uptake inhibitors and persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2008;17(8):801-6.
16. Nordeng H, Spigset O. Treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in the third trimester of pregnancy: effects on the infant. *Drug Saf.* 2005; 28(7):565-81.
17. Nulman I, Rovet J, Stewart DE och medarbetare. Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study. *Am J Psychiatry.* 2002; 159(11):1889-95.
18. Casper RC, Fleisher BE, Lee-Ancas JC och medarbetare. Follow-up of children of depressed mothers exposed or not exposed to antidepressant drugs during pregnancy. *J Pediatr.* 2003;142(4):402-8.
19. Misri S, Reebye P, Kendrick K och medarbetare. Internalizing behaviors in 4-year-old children exposed in utero to psychotropic medications. *Am J Psychiatry.* 2006;163(6):1026-32.
20. Oberlander TF, Reebye P, Misri S, Papsdorf M, Kim J, Grunau RE. Externalizing and attentional behaviors in children of depressed mothers treated with a selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant during pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(1):22-9.
21. Dilsaver SC, Greden JF. Antidepressant withdrawal phenomena. *Biol Psychiatry.* 1984;19(2):237-56.
22. Sanz EJ, De-las-Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. *Lancet.* 2005;365(9458):482-7.
23. Moses-Kolko EL, Bogen D, Perel J och medarbetare. Neonatal signs after late in utero exposure to serotonin reuptake inhibitors: literature review and implications for clinical applications. *Jama.* 2005; 293(19):2372-83.
24. DeVane CL, Stowe ZN, donovan JL och medarbetare. Therapeutic drug monitoring of psychoactive drugs during pregnancy in the genomic era: challenges and opportunities. *J Psychopharmacol.* 2006; 20(4 Suppl):54-9.
25. Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ och medarbetare. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry.* 2004;161(6):1066-78.
26. Berle JØ, Steen VM, Aamo TO, Breilid H, Zahlsen K, Spigset O. Breastfeeding during maternal antidepressant treatment with serotonin reuptake inhibitors: infant exposure, clinical symptoms, and cytochrome p450 genotypes. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65(9):1228-34.
27. Eberhard-Gran M, Eskild A, Opjordsmoen S. Use of psychotropic medications in treating mood disorders during lactation : practical recommendations. *CNS Drugs.* 2006;20(3):187-98.
28. Salkeld E, Ferris LE, Juurlink DN. The risk of postpartum hemorrhage with selective serotonin reuptake inhibitors and other antidepressants. *J Clin Psychopharmacol.* 2008;28(2):230-4.
29. Reis M, Källén B. Maternal use of antipsychotics in early pregnancy and delivery outcome. *J Clin Psychopharmacol.* 2008;28(3):279-88.
30. Rumeau-Rouquette C, Goujard J, Huel G. Possible teratogenic effect of phenothiazines in human beings. *Teratology.* 1977;15(1):57-64.
31. Slone D, Siskind V, Heinonen OP, Monson RR, Kaufman DW, Shapiro S. Antenatal exposure to the phenothiazines in relation to congenital malformations, perinatal mortality rate, birth weight, and intelligence quotient score. *Am J Obstet Gynecol.* 1977;128(5):486-8.
32. Diav-Citrin O, Shechtman S, Ornoy S och medarbetare. Safety of haloperidol and penfluridol in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(3):317-22.
33. McKenna K, Koren G, Tetelbaum M och medarbetare. Pregnancy outcome of women using atypical antipsychotic drugs: a prospective comparative study. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(4):444-9; quiz 546.
34. Barnas C, Bergant A, Hummer M, Saria A, Fleischhacker WW. Clozapine concentrations in maternal and fetal plasma, amniotic fluid, and breast milk. *Am J Psychiatry.* 1994;151(6):945.
35. Goldstein DJ, Corbin LA, Fung MC. Olanzapine-exposed pregnancies and lactation: early experience. *J Clin Psychopharmacol.* 2000;20(4):399-403.
36. Ernst CL, Goldberg JF. The reproductive safety profile of mood stabilizers, atypical antipsychotics, and broad-spectrum psychotropics. *J Clin Psychiatry.* 2002;63 Suppl 4:42-55.
37. Gentile S. Prophylactic treatment of bipolar disorder in pregnancy and breastfeeding: focus on emerging mood stabilizers. *Bipolar Disord.* 2006;8(3): 207-20.
38. Coppola D, Russo LJ, Kwarta RF Jr, Varughese R, Schmider J. Evaluating the postmarketing experience of risperidone use during pregnancy: pregnancy and neonatal outcomes. *Drug Saf.* 2007;30(3):247-64.
39. Cohen LS, Friedman JM, Jefferson JW, Johnson EM, Weiner ML. A reevaluation of risk of in utero exposure to lithium. *Jama.* 1994; 271(2):146-50.
40. Marcus SM, Barry KL, Flynn HA, Tandon R, Greden JF. Treatment guidelines for depression in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;72(1):61-70.



41. Newport DJ, Viguera AC, Beach AJ, Ritchie JC, Cohen LS, Stowe ZN. Lithium placental passage and obstetrical outcome: implications for clinical management during late pregnancy. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2162-70.
42. Kozma C. Neonatal toxicity and transient neurodevelopmental deficits following prenatal exposure to lithium: Another clinical report and a review of the literature. *Am J Med Genet A*. 2005;132(4):441-4.
43. Schou M. What happened later to the lithium babies? A follow-up study of children born without malformations. *Acta Psychiatr Scand*. 1976;54(3):193-7.
44. Schou M. Lithium treatment during pregnancy, delivery, and lactation: an update. *J Clin Psychiatry*. 1990;51(10):410-3.
45. Viguera AC, Newport DJ, Ritchie J och medarbetare. Lithium in breast milk and nursing infants: clinical implications. *Am J Psychiatry*. 2007;164(2):342-5.
46. Ornoy A. Neuroteratogens in man: an overview with special emphasis on the teratogenicity of antiepileptic drugs in pregnancy. *Reprod Toxicol*. 2006;22(2):214-26.
47. Hägg S, Spigset O. Anticonvulsant use during lactation. *Drug Saf*. 2000; 22(6):425-40.
48. Janus. Läkemedel och fosterskador, Janusinfo, Stockholms läns landsting. (data t.o.m. 2009-03-01). 2009 (cited 2009 January 18, 2010); Available from: <http://www.janusinfo.se>.
49. Diav-Citrin O, Shechtman S, Arnon J, Ornoy A. Is carbamazepine teratogenic? A prospective controlled study of 210 pregnancies. *Neurology*. 2001;57(2):321-4.
50. GlaxoSmithKline. The Lamotrigine Pregnancy Registry; Interim Report 1 September, 1992, through 30 September, 2008. 2009 (cited 2009 May, 2009); January 2009. Available from: [http://pregnancyregistry.gsk.com/documents/lam\\_fall\\_final2008.pdf](http://pregnancyregistry.gsk.com/documents/lam_fall_final2008.pdf).
51. Pennell PB, Newport DJ, Stowe ZN, Helters SL, Montgomery JQ, Henry TR. The impact of pregnancy and childbirth on the metabolism of lamotrigine. *Neurology*. 2004;62(2):292-5.
52. Tomson T, Battino D. Pharmacokinetics and therapeutic drug monitoring of newer antiepileptic drugs during pregnancy and the puerperium. *Clin Pharmacokinet*. 2007;46(3):209-19.
53. Dolovich LR, Addis A, Vaillancourt JM, Power JD, Koren G, Einarson TR. Benzodiazepine use in pregnancy and major malformations or oral cleft: meta-analysis of cohort and case-control studies. *BMJ*. 1998;317(7162):839-43.
54. Oberlander TF, Warburton W, Misri S, Riggs W, Aghajanian J, Hertzman C. Major congenital malformations following prenatal exposure to serotonin reuptake inhibitors and benzodiazepines using population-based health data. *Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol*. 2008;83(1):68-76.
55. Wikner BN, Stiller CO, Källén B, Asker C. Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: maternal characteristics. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007 ;16(11):1203-10.
56. McElhatton PR. The effects of benzodiazepine use during pregnancy and lactation. *Reprod Toxicol*. 1994;8(6):461-75.
57. Landerholm L, Lennestal R. Behandling av sömnproblem under graviditet och amning. *Läkartidningen*. 2006;103(40):3012-3; discussion 3014-6.
58. Briggs GF, Yaffe RK ed. *Drugs in pregnancy and lactation*. Eighth Edition ed. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business: Philadelphia, 2008.
59. Källén B. Use of antihistamine drugs in early pregnancy and delivery outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2002;11(3):146-52.
60. Weber-Schoendorfer C, Schaefer C. The safety of cetirizine during pregnancy. A prospective observational cohort study. *Reprod Toxicol*. 2008;26(1):19-23.
61. Schaefer C, ed. *Drugs during pregnancy and lactation*. Handbook of prescription drugs and comparative risk assessment. Elsevier: Amsterdam, 2001.

# Affektiv sjukdom och barnafödande

*Pia Klevemark, Mimmi Norbeck och Lars Haggström*

Med affektiv sjukdom avses här:

- I. Depression, unipolär (egentlig depressions-sjukdom)
- II. Bipolär sjukdom (manodepressiv sjukdom)
- III. Postpartumpsykos (tidigare benämnt amningspsykos)

## Incidens

Affektiva sjukdomar med sänkt (depression) eller förhöjt stämningsläge (mani eller hypomani) tillhör våra folksjukdomar. Var tredje kvinna kommer någon gång i livet att utveckla en depression (1,2). Symtomen kommer oftast i skov med längre friska perioder däremellan. Återfallsrisken är hög. Varannan person med depression återinsjuknar inom 2 år.

### *Depression hos 1 mamma av 10*

Depression är dubbelt så vanligt hos kvinnor än hos män. Barnafödande anses som den period där kvinnan löper störst risk att utveckla en depression (3). Hälften av dem med tidigare depression i livet återinsjuknar efter förlossningen (3). Könsskillnaden uppkommer i samband med puberteten (1). I samband med graviditet och förlossning är risken högst att insjukna under tredje trimestern och efter partus (3). Mer än hälften av alla nyförlösta kvinnor upplever med debut dag 3-5 efter partus en ökad labilitet, nedstämdhet och skörhet. Tillståndet även kallat "blues" kan fortgå från timmar upp till en vecka. "Maternity blues" innebär ökad risk att senare utveckla en depression. Var tionde nybliven mamma utvecklar en depression med symtom som är mer ihållande (minst i två veckor) de närmaste månaderna efter förlossningen (3).

*Bipolär sjukdom hos 1 mamma av 100* (eller ca 5 av 100 vid bipolär typ II, se nedan)

Bipolär sjukdom är en ofta förbisedd diagnos i befolkningen. De som har en bipolär sjukdom, där stämningsläget pendlar mellan två poler, depression och mani/hypomani, återinsjuknar så gott som alla om behandling uteblir (4). Kvinnor med bipolär sjukdom utan profylax insjuknar till 50-80% i någon form av affektiv episod inom 6 månader post partum, oftast i depression (5). 10-20% av dessa obehandlade blir även maniska eller psykotiska (4).

### *Postpartumpsykos hos 1 mamma av 1000*

Postpartumpsykos är ovanliga livshotande tillstånd och förekommer vid 1-2 av 1000 förlossningar. Varannan kvinna som tidigare har haft bipolära svängningar riskerar att insjukna i en postpartumpsykos vilket talar för att tillståndet hör till gruppen affektiva sjukdomar (3).

## Diagnostik och behandling

### Depression

Symtomen på depression under barnafödande skiljer sig inte nämnvärt från depressioner under andra faser i livet. Det sänkta stämningsläget präglas ofta av negativa tankar som att vara otillräcklig som mamma, värdelös och oförmögen att ta hand om barnet samt känslor av skam och skuld. Det förekommer under graviditet att somatiska symtom såsom smärta, illamående, kraftlöshet och förlossningsrädsla beror på en bakomliggande depression.

Den gravida kvinnan eller nyblivna mamman blir inte sällan bemött med kommentarer från omgivningen, inklusive vårdgivare, att hon borde vara glad och se ljusst på framtiden, vilket ytterligare ökar på tyngden av skuld och skam istället för att lägga fokus på att kvinnan lider av ett tillstånd som är behandlingsbart.

Kunskapen idag om orsaken till depression sjukdom är begränsad. Ett samspel mellan psykosociala, biologiska och genetiska faktorer tycks påverka. Betydelsen av gener är mindre uttalad vid den unipolära än den bipolära sjukdomen (3).

Det finns ett väl belagt samband mellan dåligt socialt stöd och risken att insjukna i depression (4).

Här följer diagnoskriterier hämtade från DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition):

Minst fem av följande symtom ska ha varat i minst två veckor mest hela dagen och så gott som dagligen för att kriterierna för **egentlig depression** (major depression) ska uppfyllas. I symtombilden måste nedstämdhet och/eller minskad glädje ingå och symtomen ska orsaka signifikant lidande

- nedstämdhet, irritabilitet
- minskad glädje eller intresse för de flesta aktiviteter
- minskad eller ökad aptit
- minskad eller ökad sömn
- psykomotorisk hämning eller agitation
- trötthet, minskad energi
- känslor av värdelöshet, inadekvata skuld-känslor
- nedsatt koncentration, obeslutsamhet
- återkommande tankar på döden eller självmord

*Depression UNS* (Utan Närmare Specifikation) enligt DSM IV innefattar depressiva symtom där kriterierna för egentlig depression ej uppfylls. Tillståndet benämns lindrig depression (minor depression). Det kan röra sig om exempelvis en depression med färre symtom eller kortare episoder.

### *Skattning av depressionens svårighetsgrad*

När diagnosen ställts kan sjukdomens svårighetsgrad (exempelvis lätt-måttlig depression där kvinnan klarar vardagen, till skillnad mot vid djup depression där suicid tankar eller vanföreställningar är vanligt förekommande) bedömas med hjälp av olika skalor som också kan vara till hjälp för att utvärdera effekten av behandling utgående från individen (4).

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (6) är utvecklat för att screena för depression i samband med barnafödande. En annan skala som används internationellt med ett xplock av symtom, känsliga för insatt behandling som förekommer vid de flesta depressiva tillstånd är Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADR-S) (7). Se för övrigt kapitlet Epidemiologi.

### *Somatisk undersökning viktig*

Före val av behandling är det viktigt att noggrant värdera symtom och att ställa rätt diagnos. Åkommor som hypothyreos, anemi, hjärtsvikt, rubbning i calciumbalansen och malignitet, kan förväxlas med depression. I utredningen vid ett psykiatriskt nybesök ingår laboratorieprover såsom B-Blodstatus, S-Ferritin, S-Kobalamin, S-Folat, S-TSH, P-Natrium, P-Kalium, P-Calcium, P-Fosfat, P-Kreatinin, P-Järn, P-ASAT, P-ALAT, P-Bilirubin, B-Glukos. Observera att gravida med hypothyreos och TPO-antikroppar måste behandlas för att förebygga sjuklighet hos både mor och barn. D-vitaminbrist kan ge psykiska symtom, och är antagligen inte ovanlig hos gravida kvinnor som inte exponeras för solen (8).

## **Behandling**

### *Allmänt*

Enligt en aktuell litteraturgenomgång är det inte möjligt att skilja på risk för mor och barn pga depression per se och risk pga läkemedelsbehandling under graviditet (9). Man rekommenderar individuella ställningstaganden utifrån sjukdomens svårighetsgrad och kvinnans eget informerade val. Man framhåller alterna-

tivet psykoterapi om kvinnan inte är suicidal eller psykostisk.

Det kortsiktiga målet med depressionsbehandling är tillfrisknande och långsiktigt är målet att förebygga återinsjuknande. För den barnafödande kvinnan är snabbt insättande av behandling av största vikt för att hon i tid ska tillfriskna och kunna förbereda sig för sin förlossning. Det är också angeläget att hon kan fungera optimalt som mamma till det kommande barnet och eventuella syskon. Obehandlad depression hos modern stör anknytningsprocessen, vilket kan komma att påverka den nyföddes psykiska hälsa i ett livslångt perspektiv (10).

Erfarenhet har visat att när den deprimerade kvinnan återfått ett mer normalt stämningsläge så har redan ett relationsmönster mellan henne och barnet utvecklats som inte tenderar att påverkas av tillfrisknandet. I behandlingen är det därför nödvändigt att inte utelämna hennes föräldraskap. Flera frågor kan ställas i syfte att få en uppfattning om mammans "bonding" dvs hennes känslomässiga upptagenhet av barnet. Hur har hon det tillsammans med sitt barn? Vad är det för ett slags barn hon har (nöjt, skrikigt, svår- eller lätttröstat)? Hur förstås barnets signaler? Vad gör mamma när barnet skriker och hur känns det inuti henne? Mamma och barn eller hela familjen kan behöva hjälp. Pappor tenderar att relatera till sina barn så som mammor gör. De kan ibland behöva hjälp av varandra, för att hitta nya sätt i anknytningsprocessen (11). Psykologer knutna till MVC/BVC är en viktig resurs i det sammanhanget.

Flexibilitet och helhetssyn i mötet med den djupt deprimerade gravida kvinnan där behandlingen skraddarsys efter kvinnans aktuella behov över tid är betydelsefullt för effektiv depressionsbehandling. I takt med tillfrisknande kan ofta tyngdpunkten i behandlingen förskjutas från ett mer symtom inriktat biologiskt perspektiv till ett vidare psykosocialt.

*Vid lätt till måttlig depression* har någon tydlig skillnad i effekt mellan psykoterapi och farmakologisk behandling inte kunnat påvisas (12), varför det förstnämnda kan vara att föredra hos den gravida för att inte i onödan utsätta fostret för farmaka. Enligt en Cochrane-review (13) är olika slag av psykoterapi (KBT, interpersonell eller psykodynamisk) lika effektiva vid postpartumdepression. En annan Cochranereview går igenom psykologisk behandling under graviditet, men finner inte tillräckligt stora studier för att kunna göra någon rekommendation (14).

Även om psykologisk intervention bör vara förstahandsvalet hos gravida bör man inte utan noggrant övervägande abrupt sätta ut antidepressiv behandling då graviditet konstateras. Om det inte är kvinnans första depression måste man se allvarigare på saken. Det finns data som tyder på att omkring 70% av gravida som upphör med SSRI återfaller i depression (15). Uppföljningen skall vara tät och om inte depressionen förbättras på några veckor bör farmakologisk behandling övervägas.

*Vid djup depression* bör antidepressiv medicin sättas in så snart diagnosen ställts. I svåra fall är elbehandling (ECT) ett bra alternativ med snabb och säkra effekt kan vägas mot riskerna för biverkningar hos modern med kortvariga och i vissa fall även bestående minnesbortfall som förefaller vara relaterade till antalet givna behandlingar. Det finns evidens för att även depressioner utlösta av yttre händelser kan svara väl på farmakologisk behandling (4). Idag delar man inte upp depressioner i endogena och exogena.

### *Psykoterapi*

Samtalsbehandling kan vara en lika effektiv behandling som farmaka vid lätta och medelsvåra depressioner. Den terapeutiska alliansen mellan terapeut och patient har ofta visat sig vara viktigare än själva terapi metoden. Med reservation för att terapier är svåra att jämföra och att olika terapeutiska skolor kan vara lättare att mäta än andra, så finns det stöd i studier för att strukturerade psykoterapier,

speciellt inriktade på depression är verksamma (exempelvis Kognitiv Beteende Terapi (KBT), Kognitiv Terapi (KT) och Inter Personell Terapi (IPT)). Empirisk dokumentation om effekter av psykodynamisk korttids-terapi och psykoanalys vid depression saknas, vilket inte betyder att dessa terapiformer är verkningslösa, men väl att de inte kunnat utvärderas i detta hänseende. Det finns påvisad effekt av psykodynamisk långtidsterapi vid depression (16). Den gravida kvinnan bör, om tidsramen tillåter, ges valmöjlighet och förtur om hon önskar terapeutisk behandling. Psykoterapi kan utöver positiva effekter med tanke på kommande förlossning och moderskap också vara återfallsförebyggande för framtida graviditeter. Om psykoterapi inte har givit klinisk förbättring efter sex veckors behandling bör tilläggsbehandling med antidepressiva övervägas. Vid djupa depressioner bör psykoterapi inte ges enbart utan kompletteras med läkemedelsbehandling (3,4).

### *Antidepressiva farmaka*

I första hand rekommenderas SSRI läkemedel (selektiva serotoninåterupptagshämmare). Fluoxetin (Fontex), sertralin (Zoloft) och citalopram (Cipramil) är förstahandspreparat till gravida. Paroxetin (Seroxat) har visat sig ge en antydd ökad risk för hjärtmissbildning hos fostret. Det är dock viktigt att inte byta från ett läkemedel till ett annat utan att fortsätta med ett välfungerande preparat för att inte i onödan utsätta fostret för flera läkemedel. För ammande mammor ger sertralin (Zoloft) lägst överföring från mors bröstmjolk till barnet (se kapitlet Farmakologi).

På gruppnivå finns det inga säkerställda skillnader mellan olika antidepressiva läkemedels effektivitet för lindriga och måttliga depressioner. Däremot kan ett specifikt läkemedel för den enskilda individen visa sig vara mer effektivt/ge mer biverkningar än likvärdigt preparat. Dosen måste då anpassas efter individen.

Påtaglig förbättring kan inte väntas förrän efter 2-4 veckor och ibland först efter 1-2 månader. Om förväntad effekt uteblir bör i

första hand dosen ökas. I enstaka fall kan bestämning av plasmakoncentrationen bli aktuell vid olika faser under och efter graviditet (6).

Behandlingen bör pågå i minst sex månader och behandling i ett år minskar återfallsrisken ytterligare.

Det är av vikt att informera om att det finns en risk för aktivering/ångestpåslag innan stämningshöjning inträder vilket kan öka risken för suicidalt beteende initialt. Enstaka patienter kan utveckla en manisk bild varvid bipolär sjukdom bör misstänkas.

Övergående biverkningar för SSRI är främst huvudvärk och mag-tarm besvär. Mer ihållande besvär kan vara svettningar, darrighet, minskad sexlust och orgasm svårigheter.

Utsättning måste ta minst en vecka. För selektiva serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) behövs ofta längre utsättning. Symptom som yrsel, huvudvärk, myrkrypningar, elektriska stötar och allmän sjukdomskänsla kan förekomma. Beroende-utveckling finns inte beskriven.

Ett observandum är att kvinnor med svår postpartumdepression kan ha en ännu odiagnostiserad bipolär sjukdom där behandling med enbart SSRI/SNRI och eller tricykliska läkemedel, exempelvis amitriptylin (Saroten, Tryptizol), nortriptylin (Sensaval), klomipramin (Anafranil), kan förvärra tillståndet.

Det finns flera preparat som används som andrahandspreparat vid depressions behandling. Se kapitlet Farmakologi angående dessa.

### *ECT (elektro-konvulsiv behandling)*

ECT kan ges till gravida kvinnor med svårbehandlade depressioner. Se ECT-avsnittet senare i kapitlet.

**FAKTARUTA****Behandlingsrekommendation vid depression i samband med barnsfödande**

Vid lättare depression samtal hos MHV-BHV-psykolog eller barnmorska/BVC-sköterska under handledning

Vid måttlig depression i första hand KBT, interpersonell terapi eller psykodynamisk terapi i andra hand läkemedelsbehandling med SSRI. För gravida alternativt stöd-samtal hos MHV-psykolog

Vid svår depression överväg ECT. Alternativt förlossning om sen graviditet, och därefter läkemedelsbehandling utifrån individuella hänsyn

**Bipolär sjukdom**

Diagnostik och behandlingen av affektiva sjukdomar har utvecklats mycket de senaste tio åren. Kunskapen om bipolär sjukdom – eller bipolära spektrum tillstånd – har här en central plats. Tidigare benämning – manodepressiv sjukdom – används nu sällan, då detta bara är en av de olika symtombilderna inom det bipolära spektrumet.

Inte sällan har någon biologisk släkting behandlats för återkommande depression, episodiskt alkoholmissbruk, postpartumpsykos eller suiciderat av oklara skäl – sjukdomsbilder som är förknippade med den bipolära sårbarheten.

**Diagnostik**

Nomenklaturen för bipolära spektrum sjukdomar skiljer sig en del mellan USA och Europa och mellan vissa centrala forskare. Det viktigaste är dock att upptäcka tillståndet och behandla rätt, något som får avgörande betydelse för den drabbades framtid. Bipolär sjukdom debuterar oftast tidigt, vid 18-20 års ålder. Vid depressionsinsjuknande före 30 år, bör därför noggrann utfrågning på hypomana episoder eller stämningsinstabilitet göras (17).

***Bipolär I***

Återkommande manier med psykotiska symptom eller så uttalad upprymdhet eller distanslöshet att sjukhusvård krävs, tillsammans med depressionsperioder som kan vara svåra med psykotiska inslag och stor självmordsrisk eller mildare symptom i form av nedstämdhet och bristande självtillit.

***Bipolär II***

Återkommande, ofta långvariga depressioner. Överaktivitets tillstånd på några dagar/veckor där individen kan bli distanslös i relationer eller i ekonomiska utsvävningar, ha minskat sömnbehov och bete sig "utöver det normala" dock utan att psykotiska symptom föreligger. Den sjuke berättar oftast inte spontant om de hypomana tillstånden då de ofta betraktas som något normalt "sådan har jag alltid varit" utan måste aktivt tillfrågas.

Problemet är återkommande depressioner, inte sällan på våren, som svarat ofullständigt på antidepressiva läkemedel eller i vissa fall blivit sämre, med ökad irritabilitet och svängande labilt stämningsläge som följd av behandlingen. Ångestsymtom – inte sällan panikångest – finns ofta i sjukdomsbilden. Så kallade "atypiska" depressiva symptom, med ökat sömnbehov, initiativlöshet och trötthet, ökad aptit och viktuppgång och irritabilitet anses vara vanligare vid bipolär II sjukdom.

Vid bipolär I är fördelningen lika mellan män och kvinnor. Vid bipolär II är fler kvinnor drabbade och samsjukligheten med ångest-syndrom, missbruk och tvångssymtom är tydligare.

Ytterligare indelningar i olika bipolära symtombilder finns, men det väsentliga är att diagnostisera genom aktiv utfrågning och därmed oftast ändra behandlingen så att ytterligare insjuknanden, så långt det går, undviks.

**Behandling**

När det gäller farmakologisk rådgivning inför planerad graviditet, se avsnittet handläggning och samverkan i detta kapitel. Patientutbildning i grupp, kognitiva terapimetoder och

familjestöd är icke farmakologiska behandlingsmetoder som påvisat effekt i form av förlängd tid till återinsjuknande.

Antidepressiva läkemedel skall inte användas i monoterapi vid bipolär sjukdom typ I, då de kan bidra till ökad stämningsinstabilitet eller överslag i hypomani/mani. (Vid bipolär sjukdom typ II kan SSRI användas, men om patienten försämras i sin depression eller får mer uttalade hypomana episoder ska man byta till annan behandling. SNRI bör undvikas.) Behandlingen utgörs av stämningsstabiliserande medicin, där lamotrigin (Lamictal) och liti-umsulfat (Lithionit) idag ofta är förstahandsmedel med eventuellt tillägg av atypiska anti-psykotika eller i vissa fall antidepressiva under kortare perioder. Quetiapin (Seroquel) är ett atypiskt anti-psykotikum som nyligen fått indikationen att både behandla och förebygga depression och mani i monoterapi. Vad gäller risker för barnet under graviditet/amning, se kapitlet Farmakologi.

## Postpartumpsykos

Psykosutveckling efter förlossning – postpartumpsykos – är ett mycket allvarligt tillstånd som inte får förbises. Även om det inte är så vanligt, betyder ett missat fall att utgången snabbt kan bli katastrofal. Den tidigare benämningen amningspsykos används inte längre, eftersom psykosutvecklingen inte har något med amningen att göra.

Postpartumpsykosens symtombild liknar det man i dag kallar "Psykos vid affektiv sjukdom", dvs psykosinsjuknanden vid *bipolär sjukdom* eller vid svår *depression* (17).

Longitudinella studier talar för att kvinnor som utvecklat postpartumpsykos ofta har en sårbarhet för just bipolär sjukdom (18).

Vid bipolär sjukdom finns en betydande ärftlighetsfaktor. Risken för postpartumpsykos är minst trefaldigt ökad, om någon nära släkting – mor, mormor – insjuknat efter sina förlossningar (19). Äldre förstföderskor löper större risk att nyinsjukna i psykos under de första 90 dagarna post partum enligt en registerstudie (20).

Det är mycket ovanligt att andra psykosjukdomar, som schizofreni, debuterar post partum. (Hallucinationer kan förekomma både vid mani och vid djup depression.)

## Diagnostik

Insjuknandet vid postpartumpsykos är oftast dramatiskt. En majoritet insjuknar inom 48-72 timmar efter partus, övriga inom de första två veckorna (även om insjuknande efter 5-6 veckor kan inträffa, vilket gör att personal på MVC måste ha kunskap om tillståndet).

Symtombilden liknar den man ser vid mani eller blandtillstånd (blandad episod) vid bipolär sjukdom, dvs;

- rastlöshet
- irritabilitet och agitation
- insomnia
- snabba svängningar i stämningsläget (inom samma timme från gråtmildhet till lyckorus till agitation etc.)
- desorganiserat beteende
- förvirring/konfusion
- vanföreställningar om barnet (att det håller på att dö, att det har gudomliga krafter)
- hörselhallucination kan förekomma (med uppmaningar till modern att skada sig själv eller barnet)
- självmordstankar (och handlingar)
- tvångsmässiga tankar på att skada barnet

## Behandling

En postpartumpsykos är ett urakut tillstånd som obehandlat innebär en stor fara för mor och barn varför mor och barn ofta tillfälligt måste skiljas åt. En kvinna i psykotiskt tillstånd kan inte heller relatera till eller knyta an till barnet på normalt sätt. Kvinnan skall utan dröjsmål föras till psykiatrisk vård. Tillståndet kan innebära stor fara för både mor och barn.

Klinikern, som skall behandla en nyförlöst kvinna i ett akut psykotiskt tillstånd, har att göra en del svåra överväganden. Sjukdomssymptomen skall så fort som möjligt neutraliseras och stabiliseras. Mor och barn kan behöva hjälp med anknytningen om den inte kommer igång av sig självt.

Medicinsk behandling skall avvägas mot biverkningsrisken för mor och barn. Problemet i det senare fallet är att vi länge saknat studier på tillräckligt stora patientgrupper. Därför finns det en diskrepans mellan "evidens" och klinisk praxis. Se kapitlet Farmakologi angående den evidens som finns. I den kliniska riskanalysen måste man väga in risken att anknytningsfasen mellan moder och barn störs. En kvinna som insjuknat i postpartumpsykos behöver en stabil dygnsrytm med sammanhängande sömn under natten. Det är viktigt att tidigt ta upp detta och låta någon annan ta nattpassen för att ge barnet utpumpad mjölk eller mjölkersättning. Tillfällig medicinering med sömnmedicin kan behövas.

Det är av avgörande betydelse att behandlingen fullföljs och att kvinnan behandlas till full remission av den affektiva symtombilden. Uppföljningen skall ske via öppenvårdspsykiatri, helst i samarbete med MVC/BVC.

#### *Farmaka*

Litium och atypiska neuroleptika är sedvanlig behandling. ECT kan övervägas med beaktande av biverkningar.

**Atypiska neuroleptika**, tex risperidon (Risperdal), olanzapin (Zyprexa), quetiapin (Seroquel), ziprasidon (Zeldox), aripiprazol (Abilify), har en antipsykotisk och stämningsstabiliserande effekt och kan användas i relativt låga doser så att biverkningsrisken minimeras. Erfarenheten är störst för risperidon, olanzapin och quietapin. Vid längre tids behandling med olanzapin måste dock risken för viktuppgång och diabetesutveckling beaktas. Risperidon kan bidra till prolaktinstegring, dock främst i högre doser.

Om ECT givits och avslutats, kan behandlingen med atypiska neuroleptika pågå i någon/några månader. I klinisk praxis får i dag oftast de fåtal kvinnor som ammar fortsätta amningen, då doserna kan hållas låga (0,5-1 mg x 2 för risperidon och 5-10 mg x 1 för olanzapin) och påverkan på barnet, i dessa dosintervall, får anses som mycket ovanligt.

**Anxiolytiska medel**, främst bensodiazepiner, är effektiva för att lindra akut ångest (tänk på att effektiv ångestbehandling är bästa sättet att förhindra impulsiva självmordsförsök).

Dessa medel skall användas kortvarigt i första hand under sjukhusvård. Amning är möjlig vid tillfällig bensodiazepinbehandling i normala doser, oxazepam (Oxascand, Sobril) 5-10 mg x 1-3. Vid högre doser, eller mer kontinuerlig behandling, är det viktigt att observera barnet och diskutera med barnläkare. Vid trötthet och slöhet hos barnet bör amningen avbrytas.

**Stämningsstabiliserande medel**, främst litium. Indikationen för att behandla med stämningsstabiliserande medel efter ett förstagångsinsjuknade i postpartumpsykos är beroende av tidigare eventuella insjuknanden i depression eller mani/hypomani (lindrigare grad av mani) samt om det föreligger *ärftlighet* för bipolär sjukdom. I dag accepteras litium i ökad utsträckning vid amning under samtidig observation av barnet. Studier har påvisat att barnet vid amning har högst 25% av moderns serumkoncentration (icke viktjusterad dos). Man fann inga negativa effekter av litium hos 10 studerade spädbarn som exponerats 8-27 veckor post partum (21).

**Antiepileptiska läkemedel** används också som stämningsstabiliserande medicin vid bipolär sjukdom och kan bli aktuella vid postpartumpsykos, även om inga studier finns på denna indikation. (Se kapitlet Farmakologi.)

**Antidepressiva läkemedel** hjälper inte akut, men kan bli aktuella för att behandla efterföljande depression. Om misstanke finns för bipolär sjukdom – eller om ärftlighet för detta finns - bör man noga överväga hur behandlingen skall ges, t.ex. i kombination med stämningsstabiliserare. Annars kan det antidepressiva medlet riskera att förvärra symtombilden med ökade emotionella svängningar och instabilitet av stämningsläget som följd. Antidepressiva läkemedel och amning är numera allmänt accepterat



## ECT (elektro-konvulsiv behandling) vid affektiv sjukdom

ECT är en evidensbaserad behandling med hög effektivitet. Risken för övergående och ibland bestående minnesstörningar som tycks relaterade till antalet behandlingar får nog beaktas och vägas mot nyttan. Vid postpartumpsykos hävs symtomen i de flesta fall på 1-3 behandlingar. Vid djupa depressioner svarar nästan 90% på behandlingen som också ger en snabbare effekt jämfört med farmaka. Behandlingen används vanligen som ett andrahandsalternativ vid svåra depressioner, när farmakologisk behandling inte visat sig fungera (4). ECT sker under kortvarig narkos. Behandlingen ges vanligen tre gånger per vecka och oftast krävs minst 6-8 behandlingar i en serie. Om kvinnan är höggravid kan man överväga att förlösa henne och behandla med ECT i puerperiet.

Om ECT ges under den senare delen av graviditeten bör det äga rum på sjukhus med obstetrisk kompetens (22,23) och kvinnan kan behöva intuberas. Fostrets vitalitet bör kontrolleras före och efter behandling (men inte under eller genast efter själva behandlingen). Om fostret är tillväxthämmat eller på annat sätt sjukt, eller vid annan patologisk graviditet, som hotande förtidsbörd, bör man avstå från ECT.

## Sammanfattning av handläggning i samverkan vid affektiv sjukdom i samband med barnafödande

### Före graviditet

Rådgivning och handläggning av affektiv sjukdom under graviditet bör som regel skötas av psykiatrisk specialist i samråd med specialistläkare på kvinnoklinik, barnläkare och eventuellt allmänläkare (4). Det är viktigt att alla läkare och annan sjukvårdspersonal har kunskaper om detta så att kvinnor som är eller

planerar att bli gravida inte möts av motsägan- de budskap från olika delar av sjukvården.

En utgångspunkt för rådgivning är att ompröva all medicinering vid planerad eller konstaterad graviditet. En annan utgångspunkt är att okontrollerad affektiv sjukdom under graviditet och nyföddhetsperiod innebär större risker än medicinering. Det innebär att utsättning av farmaka inte alltid är det säkraste alternativet.

Det finns data för att omkring 70% av gravida som upphör med SSRI återfaller i depression. En nygjord studie visade att utsättning av litium hos gravida med bipolär sjukdom resulterade i att hälften fick återfall (5). Kvinnor som tidigare insjuknat i postpartumpsykos löper 20-40% risk att återinsjukna vid kommande graviditeter.

Behandlingen bör anpassas till sjukdomens svårighetsgrad:

### Lågrisk

Hos patient med tidigare depression som varit stabil under lång tid och som inte tidigare uppvisat snabba eller allvarliga återinsjuknanden vid utsättning av farmaka rekommenderas vanligen att göra ett försök att sätta ut SSRI eller andra psykofarmaka innan graviditet planeras. Utsättningen ska ske långsamt och under noggrann klinisk övervakning.

### Mellanrisk

Överväg utsättande av farmaka före graviditet, återinsätt vid behov efter första trimestern.

### Högrisk

Patient med instabil affektiv sjukdom, anamnes på svåra affektiva skov eller snabba återinsjuknande vid tidigare utsättningsförsök, rekommenderas som regel att fortsätta med litium, lamotrigin, antidepressiva läkemedel och atypiska neuroleptika. Valproinsyra (Absenor, Ergenyl, Orfiril) bör undvikas pga risken för missbildningar hos fostret.

Bäst dokumenterat för att profylaktiskt behandla postpartumpsykos är litium (21). För

en kvinna som tidigare insjuknat i postpartumpsykos, kan indikation finnas för att behandla med litium från 2:a eller 3:e trimestern t o m ca tre månader efter partus. Om inte tidigare insjuknande visat på behov av högre koncentration så bör litiumkoncentrationen hållas under 0,7 mmol/l. Litium dosen behöver ofta ökas mot slutet av graviditeten pga ökad vätskevolym hos modern. Om Litium utsätts 1-2 dygn före partus, sjunker moderns serum koncentration till ca 1/3 av den ursprungliga, vilket förefaller att minska riskerna för biverkningar hos barnet. Moderns njurar skyddas på så sätt också (24). Se även kapitel PM: Litium i samband med graviditet.

## Under graviditet

Se kapitlet Förslag till handläggning sid 79. Oavsett organisationsform måste det ske en samordning mellan psykiatri och kvinnoklinik inför förlossningen innefattande beslut om medicinering under graviditet, förlossning och tiden därefter. Frågan om kvinnan ska amma och eventuell medicinering under amning ska vara klarlagd i god tid före förlossningen. Kontakt mellan ansvarig psykiater och läkare på kvinnokliniken är att rekommendera. Svårt sjuka kvinnor kan ibland behöva insatser från kommunen i form av boendestöd eller stöd-familj. Kontakt med barnhälsovården bör etableras redan under graviditeten. Ett skriftligt behandlingsprogram bör upprättas. Om kvinnan skulle motsätta sig att kontakt tas mellan mödravård och psykiatri är det viktigt att veta att sekretesslagen inte hindrar utlämnande av uppgifter om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet (sekretesslagen 14:2).

## Efter förlossning

Eftersom postpartumperioden är en högriskperiod för insjuknande i depression är optimal handläggning i samband med partus av vikt för att minska denna risk.

Det är viktigt för kvinnor med affektiv sjukdom och deras anhöriga att vara väl förberedda för förlossning och sitt kommande

föräldraskap. Det kan minska oro och påfrestningar och främja stabilitet och goda rutiner. Exempelvis kan ett eget rum på BB främja sömn och lugn och ro. Tillfälliga doser av oxazepam (Oxascand, Sobril) eller zolpidem (Stilnoct) kan ges för att trygga sömnen post partum. Avstå från tidig hemgång och ge möjlighet att kvarstanna 3-7 dagar på BB efter förlossning. Om mamman medicinerat skall barnläkare informeras före partus. Barnläkare ska informeras om mammans sjukdom och medicinering. Det är önskvärt att en nybliven mamma med psykisk sjukdom får kontakt med behandlande psykiater före hemgång och att det görs en planering för uppföljning.

Vid en *postpartumpsykos* är självmordsrisken stor. Barnamord, ibland i form av utvidgat suicid, tidigt efter förlossningen är vanligen en följd av postpartumpsykos. Därför skall tillståndet alltid vara föremål för psykiatrisk intensivvård.

Omhändertagandet blir bäst om det finns ett utvecklat samarbete och mellan obstetrik, mödrhälsovård, barnhälsovård och psykiatri.

Vid en tydlig och akut postpartumpsykos är i princip alltid vård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) indicerad. Här gäller det att inte tveka, utan handla snabbt och tillkalla psykiatrisk konsult. Det viktiga är att *ingen tid går till spillo* på kollegiala diskussioner om vem som skall skriva vårdintyget.

I det tumult som ibland kan uppstå i samband med ett akut insjuknande är det viktigt att övriga familjemedlemmar, inte minst den nyblivne pappan och eventuellt andra barn i familjen, inte glöms bort. Tidigt insatt familjestöd, som sedan fortsätter efter att modern tillfrisknat, är av stor vikt för en lyckad behandlingsutgång, där paret - eller kvinnan om hon är ensamstående - får möjligheter att förstå och bearbeta det som inträffat och erbjuds pedagogiskt uppbyggd information och tillfälle att ställa frågor t.ex. inför kommande graviditeter.

Efter att psykossjukdomen är helt i remission kan kvinnan behöva stöd att återknyta kontakten med barnet. MVC/BVC har psykologer knutna till sin verksamhet och

barnmorskan eller BVC sköterskan kan vid behov förmedla kontakt. Samspelsbehandling kan vara ett sätt att hjälpa mamma och barn att utveckla sin relation. Ett uppföljande möte med familjen (glöm inte eventuellt övriga barn) barnmorska, gynekolog, barnhälsovård och psykiater är värdefullt, om det går att arrangera. Man kan då sakligt gå igenom händelseförloppet och neutralisera skuld och skamkänslor inför insjuknandet och hjälpa kvinna – och familjen – att blicka framåt.

## **Suicid den vanligaste dödsorsaken hos mödrar under första året post partum**

Det finns i Sverige inga säkra data angående suicid i samband med barnafödande.

Risken för suicid vid unipolär depression är 20 ggr förhöjd jämfört med befolkningen i sin helhet och den psykiatriska diagnos som utgör högst suicidrisk (17). Tidigare suicidförsök förhöjer risken ytterligare, då särskilt om suicidförsök gjorts det senaste året.

I England har man i olika omgångar kartlagt alla maternella dödsfall 1 år efter förlossning med enkäter till vårdgivare för att ta reda på varför mödrar dör. Mellan 1979 och 2002 har suicid visat sig vara den största enskilda dödsorsaken, vanligare än blodproppar och havandeskapsförgiftning, infektioner eller operationskomplikationer (25,26).

Vidare framkommer att självmord hos mödrar oftare än vid suicid hos kvinnor i allmänhet tar sig mer våldsamma uttryck som hängning, hopp från hög höjd, eller skjutning.

En av mödra- och barnhälsovårdens uppgift är att identifiera kvinnor med tidigare samt aktuella depressiva symtom. Det är viktigt att under graviditeten fråga om aktuell eller tidigare psykisk sjukdom samt om hereditet för psykisk sjukdom. Specialistläkare i psykiatri bör vid behov konsulteras för att göra en bedömning av suicidrisk. Risken bör fortlöpande beaktas i kontakten med den deprimerade patienten. Samarbete med den sjukes anhöriga eller närstående är ofta av stor vikt.

## Referenser

1. Mattisson C, Bogren M, Nettelblad P och medarbetare. First incidence depression in the Lundby Study: a comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. *J Affect Disord.* 2005;87:151-60.
2. Angst J. Epidemiology of depression. *Psychofarmacology.* 1992;106:71-74.
3. Cohen LS, Nonacs RM. Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005:24.
4. Regionalt vårdprogram. Depression och bipolär sjukdom. Stockholms Läns Landsting 2007;17.
5. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry.* 2000;157:179-184.
6. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6.
7. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* 1979;134:382-9.
8. Humble M. D-vitaminbrist kanske vanligare än vi tror. *Läkartidningen.* 2007;104:853-7.
9. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE och medarbetare. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31:403-413.
10. Hwang P & Wickberg B. Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa. Statens Folkhälsoinstitut, 2001.
11. Risholm-Mothander, P. Samspel och utveckling. I B, Wrangsjö (red.). Barn som märks. Stockholm: Natur & Kultur, 1998.
12. Farmakoterapi vid unipolär depression hos vuxna och äldre - Behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2004:5.
13. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;17:CD006116.
14. Dennis CL, Ross LE, Grigoriadis S. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;18:CD006309.
15. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Jama.* 2006;295:499-507.
16. Miller MC. The value of long-term psychodynamic psychotherapy. *Harv Ment Health Lett.* 2008;25:8.
17. Angst J. The course of affective disorders psychopathology. 1986;19:47-52.
18. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between post-partum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psych.* 2003;64:1284-92.
19. Craddock N, Jones I. Genetics of bipolar disorder. *J Med Genet* 1999;36:585-94.
20. Valdimarsdóttir U, Hultman CM, Harlow B, Cnattingius S, Sparén P. Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study. *PLoS Med.* 2009;6:e13.
21. Viguera AC, Newport DJ, Ritchie JC och medarbetare. Lithium in breast milk and nursing infants. Clinical implications. *Am J Psychiatry.* 2007;164:342-5.
22. Miller LJ. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. *Hosp Community Psychiatry.* 1994;45:444-50.
23. Ferril MJ, Kehoc WA, Jacisin JJ. ECT during pregnancy: physiologic and pharmacologic considerations. *Convuls Ther* 1992;8:186-200.
24. Newport DJ, Viguera AC, Beach AJ, Ritchie JC, Cohen LS, Stowe ZN. Lithium passage and obstetrical outcome: implications for management during late pregnancy. *Am J Psychiatry.* 2005;162:2162-70.
25. Lewis G (ed). Why mothers die 2000-2002. Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. Dpt of Health, 2004.
26. Lewis G (ed). Why mothers die 1994-1996. Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. Dpt of Health, 2001.



# Ångestsjukdomar och barnafödande

*Elsa Lena Ryding*

Ångestsjukdomar (ångestsyndrom) är vanligt i befolkningen. I samband med graviditet och förlossning är ångestsjukdomar lika vanligt som annars (se kapitlet Epidemiologi). Vid en given tidpunkt lider 7-17% av befolkningen av en ångestsjukdom (1,2). Dessutom plågas ännu fler kvinnor och män av oro och ångest utan att fylla kriterierna för någon av de sex ångestsjukdomarna som beskrivs nedan.

Å ena sidan innehåller livet alltid oro och stress, som vi alla måste lära oss att handskas med. Oro och ibland t.o.m. ångest, är ett reaktionsmönster som skyddar oss och våra små barn för fara. Att tänka på möjliga faror i förväg, och t.ex. undvika att köra bil i svår halka, eller låta bli att röka och dricka alkohol under graviditeten, är bra för vår hälsa och överlevnad. Att kunna reagera med stresspåslag är nödvändigt om vi ska kunna sätta oss i säkerhet vid en verklig fara. En mamma måste kunna mobilisera alla sina krafter för att rycka undan barnet som springer ut framför en bil.

Å andra sidan kan ångest vara en svår plåga och begränsa livet oerhört för den människa som av olika anledningar drabbats av en ångestsjukdom. Man oroar sig för mycket för småsaker eller osannolika händelser. Stresspåslaget kör igång när det inte alls behövs, och skrämmer och tröttar ut den drabbade. Svår ångest är en stark riskfaktor för depression, men också ett vanligt symtom vid en primär depression. Suicid sker ofta under outhärdlig ångest med samtidig depression. Suicidrisken är troligen inte förhöjd vid ett ångestsyndrom utan depression.

Att förstå och kunna skilja på vad som är den gravida eller nyförlösta kvinnans normala oro, och vad som kan vara en potentiellt

farlig men behandlingsbar ångestsjukdom, är en viktig uppgift för mödra- och barnhälsovården och förlossningsvården. American College of Obstetricians and Gynecologists visade nyligen att obstetrikerna i USA var duktiga i att diagnosticera depression, men betydligt sämre på att hitta kvinnor med panikångestsyndrom eller generaliserat ångestsyndrom (3). Nedan följer en beskrivning av igenkännbara ångestsjukdomar och av vad som är känt beträffande graviditet och postnatalperioden.

Vid misstanke om ångestsyndrom bör den gravida kvinnan få ett läkarbesök på MVC med ställningstagande till remiss till psykiatrisk mottagning. Man bör markera vilken sjukdom som misstänks och symtomatologi, samt att kvinnan är gravid och bör få förtur till specialistbedömning. Om kvinnan redan behandlas eller relativt nyligen har behandlats för en ångestsjukdom bör (med hennes godkännande) kontakt etableras med behandlande läkare för gemensam bedömning angående ev. medicinering, om och var stödkontakt eller psykoterapi ska planeras. Se i övrigt kapitlet Förslag till handläggning sid 79.

Vid specifik fobi utan annan psykiatrisk diagnos kan man se lättare på saken och behöver inte koppla in psykiatrin. Ett undantag är stickfobi (se nedan) som kan vara ett stort problem under graviditet och även hindra kvinnan från att våga bli gravid. Vid ångestproblem av lindrigare grad kan kvinnan erbjudas stöd inom ramen för mödrahälsovården. Vid stark rädsla för förlossningen, med eller utan ångestsyndrom, kan man remittera till mottagning för förlossningsrädsla på den klinik där hon ska föda.

**FAKTARUTA**

Ångestsjukdomarna är

- paniksyndrom
- tvångssyndrom
- social fobi
- posttraumatiskt stressyndrom
- generaliserat ångestsyndrom
- specifika fobier

## Paniksyndrom med och utan agorafobi

En panikattack kommer plötsligt och oväntat och kännetecknas av ett intensivt obehag i kroppen som t.ex. hjärtklappning, andnöd eller yrsel. Många har upplevt en eller flera panikattacker i sitt liv. Paniksyndrom innebär återkommande panikattacker, samt ständig oro för att drabbas av fler panikattacker och/eller för konsekvenserna av attacken och/eller förändring av beteendet med anledning av panikattackerna. Agorafobi (torgskräck) innebär rädsla för och oftast undvikande av att komma i en situation som inte går att lämna vid en panikattack, t.ex. rädsla för att åka tunnelbana eller tåg. Ungefär hälften av alla människor med paniksyndrom fyller också kriterierna för depression.

Retrospektiva data tyder på att nyinsjuknande i paniksyndrom kan vara något vanligare under de första 12 veckorna post partum än annars. Mindre studier tyder även på att gravida kvinnor med paniksyndrom mår förändrat eller bättre än innan. Man har rapporterat både försämring och förbättring post partum (5,6). Även om det inte finns någon större prospektiv studie tyder tillgängliga data på en risk för återfall hos kvinnor som förbättrats under graviditeten (7). I en klinisk studie av 40 kvinnor visade Cohen att de som fått medicinsk behandling under tredje trimestern hade mindre risk för försämring i puerperiet (8).

Inom mödrahälsovården möter man ofta kvinnor som säger sin ha "panikångest". Ibland har de eller har haft paniksyndrom, ibland rör

det sig om lättare eller enstaka ångestattacker. Graviditeten kan i sig ge symptom som liknar panikattackens. En gravid kvinna besväras t.ex. inte sällan av hjärtklappning, yrsel eller illamående eller svårt att få luft i en uppförbacke. En tidigare erfarenhet av panikattacker kan göra kvinnan extremt känslig för de symptom hon upplevt under paniken, och en förklarlig hjärtklappning kan tolkas som paniksymtom och utlösa en attack. Första tiden efter förlossningen svettas kvinnan ofta, eller känner sig svag och darrig och detta kan också tolkas som återfall i paniken. Debut av panikattacker i samband med barnafödande bör föranleda en enkel thyroideautredning, då sköldkörtelsjukdomar är relativt vanliga under denna period. Somatisk anamnes och status är viktigt vid symptomdebut, men överdriven somatisk utredning gagnar inte den panikdrabbade kvinnan.

Inför födseln känner kvinnan som har eller har haft paniksyndrom ofta ångest för att få panik under själva förlossningen. Ofta tänker hon att förlossningen i så fall kan gå illa och barnet skadas, och att det kommer att vara hennes fel. Ångest för ångesten är inget ovanligt skäl till att kvinnor begär kejsarsnitt. Visserligen kan en stor operation också väcka ångest, men kvinnan tänker att proceduren går fortare (och det gör den) samt att det är operatören som har ansvaret, inte hon själv.

## Behandling av paniksyndrom

Behandling av paniksyndrom (1,2) börjar med grundlig information om att ångest och panikattacker kan ta sig kroppsliga uttryck. Förmedla eventuellt kontakt med Svenska Ångestsyndromsällskapet, [www.angestsyndrom.se](http://www.angestsyndrom.se).

Psykologisk behandling har studerats mest när det gäller kognitiv beteendeterapi (KBT) som hjälper i 65-80%. Man arbetar då med information, med att identifiera katastroftankar och undvikanden, samt med att finna nya sätt att tänka och att utsätta sig för de fruktade situationerna (exponering) under lämpliga former. Avspänning och andra övningar i att hantera en uppseglade ångestattack hjälper

också många. Andra har bäst hjälp av att lära sig utstå attacken utan att fly från ångesten. Psykodynamisk psykoterapi har inte studerats lika extensivt, men rapporteras kunna hjälpa enligt okontrollerade studier (1). I en mindre randomiserad studie var psykodynamisk panikinriktad korttidsterapi mer effektivt än avslappningsövningar, vilket utgjorde interventionen i kontrollgruppen (9).

Läkemedel som används är framför allt SSRI-preparat, som hjälper i 50-70% vid behandling i 1-2 år. Benzodiazepiner kan behövas i initialfasen, men i det långa loppet bör de sällan användas pga risk för beroende. Klomipramin (Anafranil) är också effektivt mot paniksyndrom, men har mer biverkningar (1,2).

## Handläggning i samband med barnafödande

Det finns inga behandlingsstudier angående paniksyndrom under graviditet eller post partum. Enligt fallbeskrivningar kan tricykliska medel hjälpa, liksom KBT. Om kvinnan vill undvika farmaka rekommenderas att dra ner på koffein, avlastning så att den nyblivna mamman får sova på nätterna, och avspänning (4). Eftersom frekventa svåra panikattacker kan antas påverka fostret negativt (se kapitlet Hur psykisk ohälsa påverkar barnet) kan det vara bäst att medicinera med SSRI-preparat i lägsta effektiva dos även under graviditet. En risk-nyttoanalys måste göras i varje enskilt fall. Om man redan prövat att sätta ut medicinering och fått återfall talar det för att återuppta läkemedelsbehandling under graviditeten. Vid nyinsättning rekommenderas sertralin (10).

KBT har av Socialstyrelsen utsetts till förstahandsbehandling för paniksyndrom (10). Detta måste tas på allvar särskilt under graviditet! Det finns en oro för att den ångest som under kontrollerade former väcks vid exponering skulle kunna skada graviditeten, men någon negativ av effekt av KBT under graviditet har inte beskrivits (11,12).

Benzodiazepiner bör endast användas tillfälligt vid extremt svår ångest när kvinnan är

på sjukhus (4). Som lugnande medel rekommenderas annars prometazin (Lergigan). Efter förlossningen kan SSRI-preparat användas utan större tvekan, medan psykoterapi under amningstiden ibland kan vara besvärligt ur en rent praktisk synvinkel.

Inför förlossningen kan man lugna de blivande föräldrarna med att typiska panikattacker förvånansvärt sällan uppkommer under pågående värkarbete. Vi ser oftare panikattacker på förlossningsmottagningen vid akutbesök eller innan värkarbetet etablerats. Kvinnan kan lära sig att känna igen de första tecknen på en möjlig uppseglande panik och signalera till sin partner och till personal, som då kan hjälpa henne att t.ex. andas lugnt med mellangärdet, eller annars göra det som hon vet kan hjälpa henne bäst. Många har hört att ångest kan slå ut värkarbetet. Det är visserligen sant att extremt akut stresspåslag kan få värkarna att tillfälligt stoppa upp (för att kvinna ska kunna sätta sig i säkerhet vid en verklig fara) men de startar igen kan man förklara. Även en normal förlossning går med höga nivåer av stresshormoner hos en helt frisk kvinna.

Inom s.k. Auroraverksamhet kan paret få enskild förlossningsförberedelse, besöka förlossningsavdelningen och gå igenom vad som kan hända och hur man bäst kan hjälpa (13).

## Tvångssyndrom

Tvångssyndrom (OCD=obsessive-compulsive disorder) innebär ofrivilliga ångestväckande tankar eller bilder (tvångstankar) och/eller beteenden eller mentala ritualer som måste upprepas för att tillfälligt minska ångest. Till skillnad från de andra ångestsyndromen ter sig tvångssyndrom som en neuropsykiatrisk åkomma, som knappast kan utlösas av psykologiska trauman. Det finns ofta samsjuklighet med depression och även med personlighetsstörningar.

Att hålla på med tvång känns skamligt och den drabbade berättar inte gärna spontant om det. Den drabbade måste t.ex. tvätta sig så fort hon rört vid något och det kan bli extremt många gånger om dagen, eller kontrollera



många gånger att spisen och lamporna är släckta när hon går ut, eller röra sig på ett speciellt sätt i en viss ordning, annars måste hon gå tillbaka och göra om rörelsen. Barn som vuxit upp med föräldrar med OCD kan berätta om en anpassning till mycket speciella levnadsbetingelser.

OCD är antagligen mindre vanligt under graviditet (0,2-1,2%) än under postpartumperioden (2,7-4%) (4,14). Det är vanligt med debut av OCD i samband med barnafödande. Symtomatologin domineras oftare än annars av aggressiva tvångstankar (14). Att ibland ha ovälkomna tankar om att skada sitt barn är dock mycket vanligt och rapporteras av 30-65% av nyblivna föräldrar (4). Kanske avspeglar detta en skyddsmekanism, något som får oss att bli extra vaksamma på att undvika att ofrivilligt skada våra barn. Mera frekventa tvångstankar om att skada barnet är vanligt vid postpartumdepression. Att lida av tvångssyndrom och vara gravid eller nybliven mamma är förutom en svår plåga och skam också en stor risk för störningar i relationen till barnet.

Vi bör alltså aktivt fråga efter tvångssymptom hos kvinnor som mår psykiskt dåligt i samband med barnafödande. Man kan berätta för mamman med tvångstankar att den som är rädd för att skada sitt barn inte kommer att göra det! En kvinna med tvångstankar om barnet vet mycket väl att hennes tankar är "fel" och att hon aldrig skulle vilja göra barnet något illa, till skillnad från den psykotiska nyblivna mamman.

Män kan också insjukna i OCD i samband med barnafödande enligt en fallbeskrivning. De fyra blivande eller nyblivna fäderna hade tvångstankar om att skada eller inte kunna skydda sin fru och/eller sitt barn (15).

## Behandling av tvångssyndrom

Behandling av tvångssyndrom (1,2) börjar med grundläggande information. Det finns en aktiv patientförening Svenska OCD-förbundet Ananke, [www.ananke.org](http://www.ananke.org), som också har en självbehandlingsmanual. I kontakt med

läkare eller annan behandlare uppmuntras den drabbade först att kartlägga sina tvångstankar och tvångshandlingar. Därefter kan hon gradvis förändra sitt beteende i önskvärd riktning.

Psykoterapi bör ske i form av KBT enskilt eller i grupp vilket är effektivt i 55%, även om svåra tvångssyndrom ofta inte helt går över. Det är osäkert om kognitiv psykoterapi utan beteende träning hjälper. Andra typer av psykoterapi synes inte hjälpa.

Vid svåra tillstånd och vid tvångstankar rekommenderas läkemedel som klomipramin (Anafranil) eller i andra hand SSRI-preparat, eller kombination av KBT och läkemedel. Högst 60% får hjälp på detta sätt. Behandlingen måste ofta pågå under lång tid.

## Handläggning i samband med barnafödande

Inga kontrollerade studier finns om behandling av OCD under graviditet eller post partum. Fallbeskrivningar visar på effekt av KBT, SSRI-preparat eller kombination av båda (4). Vid svår OCD post partum bör amningen läggas ner om preparat med okänd koncentration i bröstmjolk behöver läggas till. En kvinna med svårt tvångssyndrom kan knappast fungera väl i sin mammaroll, varken för ett spädbarn eller större barn. Därför bör behandling av småbarnsföräldrar med OCD prioriteras.

## Social fobi

Social fobi innebär en sjuklig blyghet, en rädsla för att dra till sig uppmärksamhet, göra bort sig eller misslyckas i prestationssituationer. Ofta är den drabbade rädd för att rodna, stamma, svettas eller tappa målföret. Hon undviker allt mer de kritiska situationerna och får ett begränsat liv. Depression och allmän oro är vanligt hos personer med social fobi, och en del dövar sin prestationsångest med alkohol.

Socialfobi är vanligt (13-17%) (2). Det är möjligen mera ovanligt hos gravida kvinnor (se kapitlet Epidemiologi), men förekommer. En gravid kvinna med social fobi kan ha svårt att ta plats och ställa frågor och svårt att delta

i föräldrautbildning. Det kan därmed vara svårt för personal att hjälpa henne vid förlossningen på bästa sätt. Under BB-vistelsen kan hon plågas mer än andra av de ständiga personalbytena. I allvarliga fall av social fobi kan kvinnan ha svårt att över huvud taget gå ut och möta andra människor. Barn till mammor med social fobi visade tidigt tecken på nedsatt social interaktion jämfört med barn till friska kontroller eller mammor med generaliserat ångestsyndrom enligt en engelsk studie (16). Det kan vara viktigt att dessa barn får stor tillgång till andra vuxna förutom modern. Social fobi går i familjer, men man har inte ansett att arvet har lika stor betydelse som miljön.

### Behandling av social fobi

Behandling med KBT och kognitiv psykoterapi är effektivt (1,2). Man bör arbeta både med negativa tankar om sig själv och med beteendeträning för bästa möjliga hjälp. Gruppterapi kan vara särskilt bra för personer som har svårt att vara i grupp och ständigt tänker på vad andra tror om deras utseende och beteende.

Läkemedelsbehandling är också effektivt (1,2). Det finns måttlig evidens för att SSRI- och SNRI-preparat hjälper; mer än hälften av patienterna är mycket eller radikalt förbättrade efter 12 veckor, men man bör fortsätta i minst ett år. För personer med endast situationsbetingade besvär kan betablockerare vara bra inför en prestationssituation, men det hjälper inte för personer med generaliserad social fobi.

Ingenting finns beskrivet om behandling av social fobi i samband med barnafödande. KBT eller kognitiv psykoterapi kan säkert fungera även under graviditet. Om svår social fobi hos kvinnan förstör hennes möjlighet till ett normalt moderskap bör SSRI-preparat kunna användas, efter samma risk-nyttö-analys som vid andra ångestsyndrom. Stödåtgärder som kan underlätta under och efter förlossningen kan planeras redan under graviditeten.

## Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) innebär att en person, som varit med om en traumatisk händelse med upplevd livsfara eller kränkning av den fysiska integriteten, återupplever traumat på ett mycket obehagligt sätt i t.ex. mardrömmar, oönskade minnesbilder. Samtidigt försöker personen medvetet och omedvetet skydda sig från dessa upplevelser vilket kan ge ett aktivt undvikande och en avskärmning, ett depressionsliknande tillstånd. Symtom på överspändhet och ofta nedsatt funktion hör också till syndromet. Först en månad efter traumat kan man sätta diagnosen PTSD. Tillståndet kan debutera med fördröjning. Akut stressyndrom eller, i lindrigare fall, anpassningsstörning, är beteckningen på ett plågsamt posttraumatiskt tillstånd under första tiden efter traumat. Dissociation, ett förändrat medvetandetillstånd, spelar stor roll under och efter traumat. Personer med omfattande och/eller tidig traumatisering kan förete omfattande psykiska symptom utöver de ovan nämnda; komplex PTSD. Partiell PTSD betecknar ett tillstånd då personen inte fyller alla kriterierna för PTSD, men ändå lider och fungerar sämre i vardagen (17).

Risken för om PTSD ska utvecklas efter en traumatisk händelse anses bero på

- traumats art och svårighet
- den drabbades personlighet och historia
- den drabbades kön (dubbelt så vanligt hos kvinnor)
- förekomst av stöd från omgivningen (stöd kan skydda)

Samsjuklighet med depression är vanligt, och missbruk kan utvecklas sekundärt. Personer med primär psykisk skörhet är mera känsliga för trauma och utvecklar oftare PTSD (2).

### PTSD och barnafödande

Kvinnor med PTSD som följd av sexuella övergrepp kan få flashbacks av övergreppen under förlossning, dissocierar, kanske betar sig oväntat aggressivt, kan ha svårt att våga krysta (18).

För 15 år sedan ifrågasattes att PTSD kunde utvecklas till följd av förlossning, en så vanlig händelse i kvinnors liv. Forskning har visat att en traumatisk förlossning räcker väl för att ge posttraumatisk stress hos kvinnan, och i mera sällsynta fall hos mannen/partnern (17,19). Förlossningsupplevelsen är ofta blandad – smärta, skräck och lycka förekommer omväxlande och samtidigt. Efter förlossning uppger ca 30% av alla kvinnor att upplevelsen varit traumatisk under någon del (20). Ca hälften av kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt fyller traumakriteriet för PTSD, framför allt genom att de upplevt intensiv skräck för att förlora barnet (21). Samtidigt anger endast 7% av alla födande att förlossningen varit "en mycket negativ upplevelse" enligt en stor svensk studie (22). Oplanerade operativa förlossningar, tidigare trauman, svår förlossningsrädsla, tidigare psykiatrisk sjuklighet samt depression under graviditeten är riskfaktorer för att utveckla posttraumatisk stress efteråt (17). PTSD (eller allvarliga posttraumatiska symptom) efter akut kejsarsnitt tycks förekomma i 6-8% (17,23). PTSD hos modern kan allvarligt störa anknytningen till barnet (24).

## Behandling av PTSD

Kognitiva och beteendeterapeutiska metoder har starkast stöd enligt behandlingsforskning (1,2). Exponering bör ingå i behandlingen. Andra tekniker som EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) har också måttlig effekt. Hypnos liksom EMDR måste bedrivas inom ramen för en psykoterapeutisk eller psykiatrisk kontakt. Effekten av hypnos är dåligt utvärderad. Om psykodynamisk terapi används vid PTSD bör det ske i form av traumafokuserad terapi med pedagogiska och jagstödande inslag. Andra former av psykoterapi som prövats har svagt evidensstöd. Över huvud taget synes PTSD vara ett tillstånd som kan vara svårt att behandla, varför många tekniker har prövats.

Läkemedel användes även med framgång (1,2), och rekommenderas särskilt vid samtidig depression. SSRI-preparaten sertralin

(Zolofit) och paroxetin (Seroxat) har starkast vetenskapligt stöd. Bearbetning av trauman kan ofta inte ske förrän tillståndet stabiliserats och den drabbade fått förtroende för behandlaren.

## Handläggning i samband med barnafödande

PTSD till följd av sexuella övergrepp kan ibland vara indikation för elektivt sectio. Vård i samråd med psykiatrin rekommenderas under graviditeten. En vårdplan för förlossningen bör upprättas tillsammans med kvinnan, som t.ex. kan ha önskemål om att hennes underliv inte blottas mer än nödvändigt, att man låter henne så vitt möjligt styra vaginalundersökningar eller att manlig personal tar särskild hänsyn till hennes situation. När man misstänker att tidigare trauma påverkar en kvinna mitt under pågående förlossning kan man knappast utreda den saken där och då. Behandla kvinnan som om hon vore ett offer för övergrepp! Ta kontakt när förlossningen är över och tala om vad som hände i den mån den nyförlösta vill och kan det. Föreslå lämplig uppföljning (24).

Behandling av PTSD som följd av förlossning har inte utvärderats vetenskapligt (17,19).

Förebyggande samtal efter förlossning (s.k. single-session intervention) har prövats, men man har inte kunnat påvisa någon preventiv effekt på incidensen av PTSD (17). Det tycks inte hjälpa att erbjuda alla nyförlösta samtal med syfte att förebygga PTSD. En mindre randomiserad studie med ett samtal på BB för de nyblivna mödrar, som enligt en kort enkät rapporterade en traumatisk upplevelse av förlossningen, samt en uppföljning per telefon visade lovande resultat (25), och följs upp med en stor studie.

Att ta reda på om en kvinna (och eller hennes man/partner) upplevt förlossningen som ett allvarligt trauma ter sig som en viktig uppgift för förlossnings- och BB-personal. Kvinnan ska få bra information om vad som hänt, och om "normala" symtom på akut stress, och någon form av uppföljning bör ordnas. Vid

akut stressyndrom – symtom som vid PTSD inom en månad efter förlossningen samt dissociation (overklighetskänslor, "nära-döden-upplevelser", stora minnesluckor) i samband med förlossningen finns evidens för att KBT kan reducera risken för PTSD (10).

Återbesök/efterkontroll på MVC erbjuds i de flesta fall inom 2-3 månader. En kvinna som plågas av traumatiska minnen av förlossningen orkar kanske inte ringa och beställa tid. Barnmorskan bör därför höra av sig tidigare om hon har misstanke om att en viss kvinna är i riskzonen pga. kännedom om kvinnan och hennes förhållanden eller pga. en oväntat komplicerad förlossning. Tid måste avsättas för att ta reda på hur förlossningen var och hur kvinnan mår, och preventivmedel kan diskuteras vid ett andra tillfälle. När kvinnan kommer med en ny graviditet är det bra om en sekundär förlossningskräck identifieras tidigt i graviditeten för att bästa hjälp ska hinna erbjudas. PTSD (diagnos se faktaruta ) bör behandlas av specialist. Vid partiell PTSD kan Kvinnoklinikens resurser ibland räcka bra.

### FAKTARUTA

#### Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

##### Diagnoskriterier

- A En genomgången händelse som väckt stark skräck för egen eller annans död eller svår skada eller en upplevd svår kränkning av kroppslig integritet
- B Oönskade, obehagliga minnen, bilder, mardrömmar tränger sig på ofta eller starkt obehaglig i kroppen när man påminns om händelsen
- C Undvikande av allt som påminner om händelsen och/eller ett stumt känsloliv
- D Ständig oro, överkänslighet för stimuli, sömn- och koncentrationssvårigheter
- E Det har gått minst en månad efter traumat
- F Väsentligt illabefinnande eller dålig funktion pga symtomen

## Generaliserat ångestsyndrom

Generaliserat ångestsyndrom (GAD=generalized anxiety disorder) innebär kronisk oro (minst 6 månader) med symtom som koncentrationssvårigheter, rastlöshet, trötthet, muskelspänning. Om ångestillståndet uppstår till följd påfrestande händelser (för vissa kvinnor och män en graviditet eller att bli förälder) är diagnosen inte GAD utan anpassningsstörning (ICD 10: F43.2).

Prevalensen av GAD i befolkningen är ca 3%, men under graviditet har man funnit en frekvens av diagnosen i 8,5% och under postpartumperioden 4,45-8,2% (4). Det tycks alltså som om GAD är vanligare i samband med barnafödande än annars. Hur ofta symptomen debuterar i samband med barnafödande vet man inte. Diagnosen är svår därför att gravida kvinnor ofta oroar sig en del över graviditeten och förlossningen, utan att vara sjuka. Om emellertid oron väsentligen stör vardagen, rör även andra delar av livet än graviditeten, och kommer hela tiden utan att något särskilt hänt, kan man misstänka GAD. Tidigare psykiska problem hos kvinnan eller i familjen samt låg socioekonomisk status är de faktorer som bäst predicerar ångest hos gravida kvinnor. Att skilja mellan lätt till måttlig depression och GAD är inte så lätt. Uttalad nedstämdhet eller leda och obefogade skuld-känslor är dock inte typiskt för GAD. Samsjuklighet med de andra ångestsyndromen och med missbruk är vanligt.

## Behandling av generaliserat ångestsyndrom

Förutom stöd och information har man använt KBT (starkast evidens), kognitiv och psykodynamisk psykoterapi med framgång (1,2).

Läkemedelsbehandling är måttligt effektivt framför allt med paroxetin (Seroxat), sertralinen (Zoloft), escitalopram (Ciprallex), venlafaxin (Effexor), duloxetin (Cymbalta), pregabalinen (Lyrica), hydroxizinen (Atarax). Benzodiazepiner hjälper mycket bra, men rekommenderas inte pga risk för toleransutveckling, missbruk och

negativ påverkan på reaktionsförmåga. Läkemedel hjälper snabbare, men psykoterapi tycks ha varaktigare effekt (1,2).

Behandling under graviditet och post partum finns inte dokumenterat. Förstahandrekommendation bör vara KBT och i andra hand sertralin (10). Dessa kvinnor behöver mycket trygghet och bör få tillgång till en stöd-kontakt inför och efter förlossningen (4). När det gäller att möta deras ofta uttalade hälso-ångest bör man erbjuda lugnande åtgärder med måtta. En tät kontakt med MVC och BVC kan vara viktigare än medicinska åtgärder. En del kvinnor som söker för förlossningsråds-la har GAD. De har svårare än andra att ta till sig barnmorskans råd, då det alltid kommer något nytt att oroa sig för. Förlossningen bör planeras med största möjliga trygghet, och ibland kommer det innebära ett elektivt kejsarsnitt för den här patientgruppen. Det finns dock ingen evidens för hur väl våra åtgärder hjälper kvinnan och hennes familj. Psykoterapi bör startas så tidigt som möjligt i graviditeten om tillgång finns, och gärna med kognitiva inslag för att arbeta med hur kvinnan tolkar sin omgivning och sin kropp så att vanliga händelser och känslor inte ter sig farliga.

Prometazin rekommenderas av Läkemedelsverket vid sömnstörning hos gravida och kan vara till hjälp för kvinnan med GAD. I svåra fall kan SSRI-preparat och även då venlafaxin användas efter specialistbedömning.

## Specifika fobier

Specifika fobier är mycket vanligt (2). Ca 10% av oss beräknas lida av skräck för något som andra inte tar så allvarligt. Ibland kan man identifiera en traumatisk situation som utlöst fobin, ibland inte. När personen utsätts för det hon har skräck för råkar hon ut för ett stresspåslag som ofta är lika starkt som vid en panik-attack med hjärtklappning etc. Hon undviker därför ofta det som hon är rädd för. Vid blodstick-skada-fobi följs den initiala skräckreaktionen snabbt av fall i blodtryck och hjärtfrekvens och personen känner sig kallsvettig och svimfärdig. Många svimmar verkligen.

Specifika fobier indelas i

- Naturföreteelser (åska, höjder m.m.)
- Djurfobier (ofta spindlar, ormar)
- Blod-stick-skada (injektioner, att se blod m.m.)
- Situationer (flyg, trånga utrymmen = klaustrofobi, tandvårdsskräck, gynundersökningsfobi, förlossningsfobi, sjukhuskräck)

Många människor har skräck för och undviker något utan att lida av det i sin vardag. Man kan t.ex. låta bli att flyga om man inte är intresserad av resor. Den dag då man får ett arbete som kräver resor blir det ett problem och flygrädslan en behandlingskrävande flygfobi.

Specifika fobier som påverkar en gravid kvinna är stick- och blodfobi, sjukhusfobi, gynundersökningsfobi, förlossningsfobi, kräkfobi och i viss mån klaustrofobi. De flesta kvinnor med stick- och blodfobi lyckas ändå med att lämna nödvändiga blodprov i samband med graviditeten, men gör det under stark ångest. Enligt en svensk studie fyller 7% av en gravid population kriterierna för stick- och blodfobi (26).

En del fall av svår förlossningsråds-la går att rubricera som en specifik fobi för (oftast vaginal) förlossning (27). En kvinna med förlossningsfobi undviker att bli gravid och får kanske aldrig något barn. Om hon ändå blir gravid händer det att hon avbryter graviditeten både en och flera gånger. Om önskan om barn är stark söker hon idag ofta i förväg hjälp för att få en försäkran om att elektivt kejsarsnitt är möjligt. Om hon inte kan få kejsarsnitt blir graviditeten och förlossningen en oerhört skräckfylld tid som kan omöjliggöra anknytning till fostret (24).

En svensk undersökning på 90-talet visade att 2,4% av en gravid population led av förlossningsfobi (28). Precis som vid andra fobier kan man ibland, men inte alltid identifiera ett trauma, som gör fobin begriplig. Ur evolutionsteoretisk synvinkel är det inte konstigt att förlossning kan skrämna, precis som t.ex. ormar, spindlar eller höjder, vilket var mycket farligt i våra urmödrars värld. Fobier för helt moderna men ganska farliga företeelser som bilar eller stickkontakter

utvecklas däremot sällan. Ibland kan man misstänka att en primär förlossningsfobi har utvecklats pga historier om barnafödande som berättas i hemmen när barn är närvarande. Sexuella övergrepp är associerat med stark förlossningsrädsla (29,30).

## Behandling av specifika fobier

Vid isolerad specifik fobi är KBT med gradvis exponering för det som patienten fruktar den evidensbaserade behandlingen (1,2). Resultaten är mycket goda, men eftersom behandling innebär obehag är det långt ifrån alla som vill genomgå en sådan. Endast vid samsjuklighet med andra ångestsyndrom kan läkemedelsbehandling komma ifråga.

## Handläggning i s m barnafödande

En gravid kvinna med en för barnafödandet problematisk fobi har mycket att vinna på att tidigt i graviditeten få möjlighet till psyko-terapeutisk intervention. Att läsa en populär-vetenskaplig bok om fobier kan få drabbade att förstå hur mycket hon har att vinna på behandling (31). En motiverad patient kan snabbt botas från stick-och-blod-fobi. Gruppbehandling i två sessioner för gravida med injektionsfobi har prövats med lovande resultat (32). Fobi för sjukhusmiljöer man tränas bort med några besök på lämplig plats. Fobi för gynekologisk undersökning är inte studerat vetenskapligt, men det finns praktiskt erfarenhet av gradvis exponering har utmärkt effekt, ibland i kombination med hypnos eller avspänning. Behandling av primär förlossningsfobi är inte helt lätt eftersom man inte kan föda barn gradvis i förväg. Det som används är olika tekniker för att föreställa sig en förlossning i fantasin eller med hjälp av förlossningsfilm som kan stängas av och på efter behov, samt exponering för miljön på en förlossningsavdelning. Angående behandling av förlossningsrädsla, se f.ö. ARG-rapport "Förlossningsrädsla" (33)!

*Kapitlet har faktagranskats av psykiatern Sergej Andréwitch.*

### FAKTARUTA

#### Behandlingsrekommendationer vid ångestsjukdomar i samband med barnafödande

I första hand KBT. Snabb remiss till psykiatrisk enhet för psykoterapibedömning!

I andra hand läkemedelsbehandling med SSRI enligt risk-nytta-analys

Vid tvångssyndrom kan tricykliska anti-depressiva övervägas

Vid generaliserat ångestsyndrom kan även avslappning/avspänning rekommenderas

Vid lättare ångestillstånd samtal hos barnmorska, BVC-sköterska eller MHV-BHV-psykolog Vid måttlig-svår förlossningsrädsla samtal vid förlossningsklinikens "Aurora" mottagning

## Referenser

1. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturoversikt. 2005.
2. Stockholms läns landsting, medicinskt programarbete. Ångestsjukdomar. Regionalt vårdprogram. 2003. [www.hsn.sll.se/mpa](http://www.hsn.sll.se/mpa).
3. Coleman VH, Carter MM, Morgan MA, Schulkin J. United States obstetrician-gynecologists' accuracy in the simulation of diagnosing anxiety disorders and depression during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2008;8:1-12.
4. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:1285-97.
5. Wisner KL, Peindl KS, Hanusa BH. Effects of childbearing on the natural history of panic disorder with comorbid mood disorder. *J affect Disord* 1996;41:173-80.
6. Guler O, Koken GN, Emul M och medarbetare. course of panic disorder during the early postpartum period: a prospective analysis. *Compr Psychiatry.* 2008;49:30-4.

7. Levine RE, Oandason A, Primeau LA, Berenson AB. Anxiety disorders during pregnancy and postpartum. *Amer J Perinatol.* 2003;20:239-48.
8. Cohen LS, Sichel DA, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Postpartum course in women with preexisting panic disorder. *J Clin Psychiatry.* 1994;55:289-92.
9. Milrod B, Leon AC, Busch F och medarbetare. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry.* 2007;164:265-72.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för depressions-sjukdom och ångestsyndrom – beslutsstöd för prioriteringar. Preliminär version, 2009. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/15BAB4CD-3170-4786-AFCB-BDE1CC6C733F/13392/200912685.pdf>
11. Abramovitz JS, Larsen K, Moore KM. Treatment of anxiety disorders in pregnancy and the postpartum. In: Hendrick V (ed.). *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum. Principles and treatment.* Totowa, New Jersey: Humana Press, 2006:83-108.
12. Robinson L, Walker JR, Anderson D. Cognitive-behavioral treatment of panic disorder during pregnancy and lactation. *Can J Psychiatry.* 1992;37:623-6.
13. Ryding EL. Förlossningsrädsla och ångestsyndrom. I: Sjögren B (red.). *Förlossningsrädsla.* Lund: Studentlitteratur, 1998:74-87.
14. Uguz F, Akman C, Kaya N, Cilli AS. Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features, and related factors. *J Clin Psychiatry.* 2007;68:132-8.
15. Abramowitz J, Moore K, Carmin C, Wiegartz PS, Purdon C. Acute onset of obsessive-compulsive disorder in males following childbirth. *Psychosomatics.* 2001;42:429-31.
16. Murray L, Cooper P, Creswell C, Schofield E, Sack C. The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Child Psychol Psychiatry.* 2007;48:45-52.
17. Wijma K. Post-traumatic stress disorder and childbirth. I: O'Keane V, Marsch M, Seneviratne G (red.). *Psychiatric disorders and Pregnancy.* London: Taylor and Francis, 2006:161-196.
18. Rhodes N, Hurchison S. Labor experiences of childhood sexual abuse survivors. *Birth.* 1994;21:213-20.
19. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008;28:1-11.
20. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth.* 2003;30:36-46.
21. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth.* 1998;25:246-51.
22. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004;31:17-27
23. Tham V, Christensson K, Ryding EL. Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86:1090-6.
24. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008;28:1-11.
25. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster D, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth.* 2005;32:11-9.
26. Lilliecreutz C, Josefsson A. Prevalence of blood and injection phobia among pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87:1276-9.
27. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasonable dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry.* 2000;176:83-5.
28. Zar M, Wijma K, Wijma B. Relation between anxiety disorders and fear of childbirth in late pregnancy. *Clin Psychol Psychother.* 2002;9:122-30.
29. Heimstad R, Dahloe R, Laake I, Skogvoll E, Schei B. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85:435-40.
30. Eberhard-Gran M, Slinning K, Eskild A. Fear during labor: the impact of sexual abuse in adult life. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008;28:1-4.
31. Hellström K, Hanell Å. *Fobier.* Stockholm: Bokförlaget Prisma, 2000.
32. Lilliecreutz C, Josefsson A, Sydsjö G. An open trial with cognitive behavioral therapy for blood and injection phobia in pregnant women – a group intervention program. *Arch Womens Ment Health.* 2009 Oct 27. (Epub ahead of print)
33. Förlossningsrädsla. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi Arbets- och Referensgruppers (ARG) rapporter Nr 51, 2004.

# Kronisk psykossjukdom och barnafödande

*Eva Lyssarides*

## Allmänt

Kroniska psykossjukdomar som schizofreni, schizoaftaktiv sjukdom, cykloid psykos samt vanförställningssjukdomar är alla sjukdomar som debuterar i fertil ålder. Vanligaste debutåldern är för kvinnor 25 - 30 år, vilket också sammanfaller med genomsnittsåldern för förstföderskor. Sjukdomen är kronisk och innebär en sänkt funktionsförmåga och upprepade återfall i psykoser.

När psykos sjukdomen har diagnostiserats är prognosen vanligen svår att förutsäga då sjukdomen har ett varierat förlopp med alltifrån gravt invalidiserande tillstånd för vissa patienter till dem som kan yrkesarbeta och har ett fungerande socialt liv. Rekommendationer gällande graviditet är därför svåra. Däremot bör behandlare påminnas om att kvinnor med psykossjukdomar generellt har sexuella kontakter och riskerar graviditet, och bör få stöd och hjälp att skaffa preventivmedel som ger fullgott skydd fram till önskad graviditet.

Lämpliga preventivmedel för kvinnor som behandlas med neuroleptika är Depo-Provera, hormon/kopparspiral eller p-stavar. Kombinerade p-piller bör däremot undvikas då vissa neuroleptika försämrar effekten av p-piller (1).

En del av dessa kvinnor får illa och lever ett utsatt socialt liv och bör informeras och påminnas upprepade gånger om lätt tillgängliga preventivmedel som kondom. Genom att väcka frågan om tankar och önskan om graviditet kan man komma långt. Lämplig tidpunkt är ofta då sjukdomen är i stabilt tillstånd, och en

mer planerad graviditet kan underlätta för kvinnan att ta hand om sitt barn på ett bra sätt.

## Risker i samband med graviditet och förlossning

Kvinnor med schizofreni är en riskgrupp för komplikationer under graviditet, förlossning och neonatalperioden. Epidemiologiska studier har visat en ökad risk för tillväxthämning, prematuritet, intrauterin fosterdöd och ökad neonatal mortalitet (2,3,4,5). Den kognitiva funktionsnedsättningen försvårar för kvinnan att ta hand om sitt barn och kan leda till stora brister i omsorgsförmågan (6, 7). Dessa kvinnor röker, dricker alkohol och använder droger i högre grad än andra kvinnor och har sämre fysisk hälsa med ökad risk för graviditetsdiabetes (9). De har också ofta sociala och ekonomiska svårigheter och bristande nätverk (7, 8). Att upptäcka och stödja kvinnor med schizofreni tidigt i graviditeten är av stort värde (10).

## Medicinering under graviditeten

Se kapitlet Farmakologi. I varje enskilt fall måste behandlaren väga vinsterna med farmakologisk behandling mot riskerna (11). Rekommendation generellt för den kroniskt psykossjuka kvinnan är att fortsätta medicinera under graviditeten (12). Neuroleptika har en klart skyddande effekt vilket gäller även under graviditeten. En uppblossande psykos



under en graviditet kan innebära stor fara för kvinnan och fostret och den fortsatta förmågan att ta hand om barnet, däremot bör medicineringen generellt hållas nere. Många kvinnor med psykosjukdom har även antidepressiv behandling med SSRI och andra psykofarmaka.

Bäst dokumentation finns för haloperidol (Haldol) (13), perfenazin (Trilafon) och olanzapin (Zyprexa) (14). Om kvinnan exponerats för neuroleptika i tidig graviditet finns inte skäl att av denna anledning diskutera avbrytande av graviditeten. Detta gäller samtliga neuroleptika, även klopazapin (Leponex). Haloperidol, perfenazin och olanzapin har inte satts i samband med ökad frekvens av missbildningar. Det har dock konstaterats ett par fall av extremitetsmissbildningar hos gravida kvinnor som medicinerat med haloperidol under tidig graviditet och riktat ultraljud är att rekommendera.

Behandling med neuroleptika under andra och tredje trimestern kan teoretiskt sett påverka fostrets hjärnutveckling. Inga säkra hållpunkter för bestående skador finns, men doseringen bör hållas så låg som möjligt. Första prioritet är dock att hålla kvinnan i stabilt psykiskt skick.

Förändringar av blodflöden och plasma-volym under slutet av graviditeten kan innebära sjunkande serumkoncentration av läkemedel och därmed motivera dosökning. Dessa förändringar återgår till det normala inom ett par dygn efter förlossningen.

Höga doser neuroleptika givna under den sista trimestern har associerats med långvariga, men övergående extrapyramidala störningar hos det nyfödda barnet. Detta har gällt preparat ur fentiazingruppen, men torde även gälla andra neuroleptika. Teoretiskt sett borde denna risk vara mindre för olanzapin, men inga studier finns som verifierar detta.

## Handläggning under graviditeten

Kvinnan bör följas extra noggrant under graviditeten med tätare besök och samverkan mellan vårdgivare inom MVC – psykiatri – kvinnoklinik – BVC samt socialtjänst måste komma till stånd. Se kapitel Förslag till handläggning sid 79. Ansvaret för att samordningen sker vilar både på MVC och på psykiatrin. Den instans som först blir medveten om situationen ska ta initiativ till kontakt. Om det inte skulle gå att övertyga den blivande mamman om nödvändigheten av samverkan måste denna ske ändå. Sekretess gäller inte inom sjukvården när det gäller nödvändig insats för ett väntat barn (15).

En individuell vårdplanering för själva graviditeten är det bästa. Man bör dock redan före vecka 15 väcka frågan om ett riktat ultraljud bör ske då ju detta måste ske i vecka 16-18.

Ett nätverksmöte med de olika vårdgivarna kan äga rum mellan graviditetsvecka 20 och 30 där vårdplan för graviditeten, förlossning och BB-tid upprättas. Före förlossningen ska vederbörande BVC-sjuksköterska kontaktas av MVC för information i samråd med patienten. Enskild visning av förlossningsavdelningen och förberedande förlossningssamtal kan bidra till att kvinnan och den blivande barnafadern känner sig trygga med miljön och minska risken för vanföreställningar.

Socialtjänsten bör kontaktas så snart som möjligt, i princip blir detta alltid aktuellt när det gäller så svårt sjuka kvinnor som de med en kronisk psykosjukdom. Det är stora fördelar om de så tidigt som möjligt under en graviditet kan vara med. Grundregeln för kontakt med socialtjänsten är som alltid att vi bör kontakta dem om vi har en oro för det kommande barnet. Oron kan handla om hur patienten ska klara tiden direkt efter förlossningen och/eller hur patienten kan komma att klara föräldraskapet på lång sikt. Socialtjänsten kan bidra och stötta på en mängd olika sätt och framfört på detta sätt kan de flesta patienter, även de riktigt sjuka, förstå att det handlar om stöd och inte automatiskt om ett omhändertagande.

## Vårdplanen

Vårdplanen bör innehålla svar på följande frågor:

- Hur ser det ut under graviditeten gällande riskfaktorer såsom rökning, alkohol, följsamhet vid medicinering, socialt nätverk?
- Är riktat ultraljud gjort?
- Hur är patientens omsorgsförmåga? Finns behov av utredning?
- Hur har patienten planerat inför förlossningen?
- Hur är patientens inställning till amning?
- Behövs alternativ vårdnadshavare av barnet?
- Hur klarar patienten tiden efter förlossningen (socialt nätverk, stöd, kvarstanna längre på BB, nattvila hemma)?

## Handläggning i samband med förlossningen

Omvårdnaden på BB är av stor vikt då dessa kvinnor är extra sköra och känsliga för sömnbrist. Under BB-tiden bör patienten ha enskilt rum med möjlighet för barnafader och/eller BB-personal att avlasta mamman under natten. Tidig hemgång är inte att rekommendera för dessa kvinnor utan de bör snarare kvarstanna uppemot en vecka på BB, eller till dess att de känner sig redo att åka hem. Nattvila efter utskrivningen

Vid minsta tecken till psykos ska kvinnan övervakas och bedömas om hon är i behov av LPT vård med extravak. Neuroleptika bör insättas snabbt, t.ex. olanzapin eller haloperidol om kvinnan börjar bli psykotisk.

Barnet ska observeras på BB och bedömas av barnläkare vid två tillfällen. Inför hemgång från BB bör ev. psykiatrisk bedömning göras helst av patientens egen psykiater, och om detta inte är möjligt av psykiaterkonsult.

## Amningen

Amningen bör ha diskuterats innan då vissa neuroleptika lämpar sig mindre väl vid amning. Om nedläggning av amningen ska ske bör detta ha klargjorts innan förlossningen. Det ska föras in i kvinnoklinikens journal att kvinnan ej bör ges bromokriptin (Pravidel) eller kabergolin (Dostinex) som båda är dopaminstimulerande och inte heller cortison som också ökar psykosrisken.

## Uppföljning

Risken för ett psykosrecidiv är ökad tiden efter en förlossning och kvarstår hela första året. Det är därför viktigt att följa kvinnan inom psykiatrien relativt tätt hela året. Det kan vara aktuellt med sjukskrivning av kvinnan så att barnafadern kan ta ut föräldrapenning under kortare eller längre tid.

### FAKTARUTA

Diskutera igenom och informera om risker vid ev. graviditet.

Generellt rekommenderas den kroniskt psykiskt sjuka att fortsätta med medicin under graviditeten.

Diskutera preventivmedel, gärna p-spruta, hormon/kopparspiral eller p-stav.

Kontakta socialtjänsten i god tid då kvinnan blir gravid. Sekretess gäller inte vid nödvändig insats för ett väntat barn.

Planera möte med alla vårdgrannar.

Planera noggrant för förlossningen, tiden på BB och postpartumperioden i samråd mellan kvinnokliniken och psykiatrien.

Planera för att kvinnan får sova på nätterna, om möjligt med hjälp av barnafadern.

Följ kvinnan tätt inom psykiatrien en längre tid efter graviditeten, den förhöjda risken för återinsjuknande kvarstår!

## Referenser

1. Antikonception – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 7:2005.
2. Bennedsen BE, Mortensen PB, Olesen AV, Henriksen TB. Congenital malformations, stillbirths and infant deaths among children of women with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:674-9.
3. Webb R, Abel K, Pickles A och medarbetare. Mortality in offspring of parents with psychotic disorders: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1045-56.
4. Nilsson E, Lichtenstein P, Cnattingius S, Murray R.B, Hultman C.M. Women with schizophrenia: pregnancy outcome and infant death among their offspring. *Schizophr Res*. 2002;58:221-229.
4. Howard L. Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;119:3-10.
6. Oates M. Patients as parents: the risk to children. *Br J Psychiatry*. 1997;170:22-7.
7. Barn till psykiskt sjuka föräldrar. SoS-rapport 1999:11. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
8. Späda barn och sårbara mödrar. FoU 04-03. Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting, 2004.
9. Howard L, Kumar R, Thornicroft G. Psychosocial characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *Br J Psychiatry*. 2001;178:427-32.
10. Seeman MV. Schizofrenia during pregnancy and the postpartum period. In: Hendrick V (ed.). *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum. Principles and treatment*. Totawa, New Jersey: Humana Press, 2006:139-52.
11. Patton SW, Misri S, Corral MR, Perry KF, Kuan AJ. Antipsychotic medication during pregnancy and lactation in women with schizophrenia: evaluating the risk. *Evid Based Ment Health*. 2003;6:89.
12. Cott A, Wisner K. Psychiatric disorders during pregnancy. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15:217-30.
13. Diav-Citrin O, Shechtman S, Ornoy S och medarbetare. Safety of haloperidol and penfluridol in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:317-22.
14. McKenna K, Koren G, Tetelbaum M och medarbetare. Pregnancy outcome of women using atypical antipsychotic drugs: A prospective comparative study. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:444-9.
15. Författningshandbok/socialtjänstlag 2002. Lag 1994:86.

# Personlighetsstörning och barnafödande

Karin Monsen Börjesson

Vår personlighet har en bestående grundstruktur som kan spåras från barndomen och under hela livet. Den har ett relativt stabilt mönster i olika interpersonella och sociala sammanhang och omfattar fyra dimensioner: kognitioner – hur vi tänker, våra uppfattningar och tolkningar om oss själva och andra, affekter – våra känslors intensitet, rörlighet och uttrycksätt, våra relationer till andra människor och impuls kontroll.

Personlighetsstörning föreligger när personlighetsdrag och beteendemönster är så avvikande och dysfunktionella att de skapar ett personligt lidande och stora sociala svårigheter framför allt i relationen till andra människor (1). De är jagsyntona, dvs individen uppfattar sina personlighetsdrag som en normal del av personligheten, trots alla problem som uppstår för individen. Personlighetsstörningar kan betraktas dimensionellt dvs att det är en glidande skala från lätt avvikande personlighetsdrag till psykopatologi, eller som avgränsade kategorier (2,3). Den kliniska erfarenheten är att uttrycken för personlighetsstörningar varierar med stressande händelser i livet och vid sjukdom (4), då våra psykologiska försvarsmekanismer aktiveras och förstärks. De två diagnosystemen ICD-10 (5) och DSM-IV (6) är dock kategoriska i sin indelning för att underlätta diagnostik och överensstämmen i stort sett med varandra. Det är vanligt att en individ uppfyller kriterierna för flera olika personlighetsstörningar. Diagnos ställs efter noggrann anamnes, strukturerad intervju och frågeformulär. Definitionen på personlighets-

störning enligt DSM-IV är kortfattat:

*"Ett varaktigt mönster sedan tidiga ungdoms-år, av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociala och kulturella miljö. Detta mönster förorsakar påtagliga problem för individen, personligt lidande eller sociala svårigheter. Störningen omfattar minst två av följande faktorer: kognitioner, affekter, mellanmännsliga samspel eller impuls kontroll. Personlighetsstörning ska ej diagnostiseras före 18 års ålder".*

Personlighetsstörningar är en särskild grupp skild från psykiska sjukdomar och för att kunna beskrivas och diagnostiseras indelas de i tre olika kluster (A, B och C). Kortfattat utmärks de olika klustren enligt följande:

**Kluster A** – omfattar psykotiska drag. *Paranoid* - misstänksam, försvarsinställd, kritiska mot andra men tål ej kritik, och är överdrivet ifrågasättande. *Schizoid* - likgiltighet för andra, förefaller sakna känslor och bristande förmåga att uttrycka känslor är ofta enstöringar. *Schizotypal* - bisarra och egendomliga tankar utan samtidigt psykos. Individer som har mycket svårt att relatera till andra.

**Kluster B** – omfattar störningar som rör affekter. I kluster B finns: *Antisocial (Psykopati)* - saknar socialt ansvar, gränsar till kriminalitet i sitt beteende. Individer med hänsynslöst och egoistiskt beteende och oförmåga att känna skuld. *Borderline* - instabil självbild, svart/vit värld och värderingar, impulsiva och utagerande. Det är vanligt med självskadebeteende.

*Histrionisk* - ytligt charmerande, pockande på uppmärksamhet, vidlyftiga och dramatiska. *Narcissistisk* - grandiosa, självöverskattande men bristande inlevelseförmåga och sårbarhet för kritik.

Även *kluster C* omfattar störningar som rör affekter: *Fobisk* - generell räddhågsenhet, sociala rädslor, uttalad rädsla och känslighet för kritik. *Osjälvständig* - beroende och underdåniga, saknar förmåga att fatta beslut har svårt att vara ensamma. *Tvångsmässig* - perfektionism, bristande flexibilitet, regler viktigt, moraliserande. *Passivt-aggressiv* - passivt motstånd mot allt och alla, skyller ifrån sig, arbetar avsiktligt långsamt, "glömmer" sådant som uppfattas som oviktigt.

Det är vanligt med både personlighetsstörning och psykisk sjukdom (7, 8). Vanföreställningar, schizofreni och andra psykosjukdomar ligger nära kluster A. Affektiva sjukdomar som depression, bipolär sjukdom och ångestsyndrom ligger nära kluster B och C. Tvångssyndrom, som fobier ligger nära kluster C. Personlighetsstörda individer har också ofta många olika psykiska problem som missbruk, somatiseringssyndrom och ätstörningar (9). Vid samtidig personlighetsstörning och sjukdom försvåras behandlingen på grund av dålig compliance, patienten kommer ofta i konflikt med vårdgivare, är allmänt missnöjd och känner sig missförstådd.

## Etiologi

Etiologin till personlighetsstörning är troligen en kombination av sårbarhet, genetik och utvecklingspsykologiska orsaker som står att finna i individens tidiga relationer och sociala miljö (1).

## Graviditet och förlossning

Att vänta och föda barn är en period i livet som utmärks av stora fysiska, psykiska och sociala förändringar. För kvinnan är det uppenbart att graviditeten innebär kroppsliga förändringar som kulminerar i samband med

förlossningen. Detta kan vara mycket svårt för kvinnor där självbilden och självförtroendet är beroende av upplevd fysisk attraktion som vid histrionisk personlighetsstörning. Det är också en process som obevekligen fortgår och som till stora delar är oförutsägbar och okontrollerbar vilket kan vara oerhört ångestskapande för en kvinna med tvångsmässig personlighetsstörning.

Den nya föräldrarollen innebär också krav på anpassning till en ny och ofta okänd livssituation. Relationer förändras mellan kvinna och man, inom familjen, med vänner och i arbetet. Detta medför ett behov av att skapa nya och förändrade relationer även till de personer som tidigare varit nära. Att ta hand om barn innebär att man behöver sätta sina egna behov i bakgrunden. Kvinnor med histrionisk eller narcissistisk personlighetsstörning kan uppleva detta direkt hotfullt.

Att vårda små barn kräver att man kan kontrollera sina impulser även då man befinner sig i en stressande och ibland en okänd livssituation. I synnerhet vid borderlinestörning är bristande impuls kontroll utmärkande vilket lätt leder till utagerande med aggressivt beteende mot sig själv och andra.

Blivande och nyblivna föräldrar är beroende av vårdgivare inom mödra- och barnhälsovården och sjukvården vid förlossning och under BB-tiden. Det är viktigt att både kunna be om råd och att acceptera och ta emot råd som rör den egna hälsan och barnets omvårdnad. Kring individer med borderlinestörning uppstår ofta konflikter mellan olika personalgrupper. Detta som en följd av "splitting", dvs individen visar upp helt olika sidor av sig själv för olika personer, skapar positiva och nära band till vissa och svartmålar andra. I borderlinestörningen finns en oförmåga att på ett realistiskt sätt förhålla sig till andra människors positiva och negativa egenskaper, allt och alla blir "svart eller vitt". Utspel och manipulation av andra är vanligt vilket är problematiskt då i synnerhet nyblivna mammor är i behov av råd och stöd av olika vårdgivare.

Sammanfattningsvis är detta en period i livet med ständiga växlingar mellan beroende av stöd och hjälp av andra, samtidigt som man måste kunna lita till sig själv och sina egna resurser. Den centrala problematiken för individer med en personlighetsstörning omfattar just dessa områden dvs. relationer till andra, anpassningsförmåga, förmåga att se och bekräfta andras behov, att kunna sätta sina egna behov i bakgrunden och impuls kontroll.

## Tidigare studier

Det finns bara ett fåtal studier publicerade om betydelsen av personlighetsstörning hos modern för barns utveckling och hälsa (9,10). En av de första genomfördes av Rutter M. och Quinton D. (1984). Det var en 4-årig prospektiv studie av barn i familjer med psykiskt sjuka föräldrar. Risken för känslomässiga och beteendemässiga störningar var allvarligast hos de barn där någon förälder också hade en personlighetsstörning förutom sin psykiska sjukdom. Barnen utsattes också oftare för direkt fientligt beteende från föräldrarna.

En senare studie av mödrar med borderlinestörning till 2-månader gamla barn visade en bristande känslighet för barnens psykologiska behov hos mödrarna och störd mor-barn interaktion (11). Barnen var också direkt undvikande i kontakten med mamman.

I en svensk studie av förekomsten och betydelsen av personlighetsstörningar hos förstföderskor (12) visade det sig att kvinnor med personlighetsstörning (6,4%) hade en signifikant mer negativ upplevelse av att vara mamma då barnen var tre månader än kvinnor utan psykiska störningar. Kvinnorna hade också en signifikant mer negativ attityd till sitt barn. Då barnen var 18 månader gamla var upplevelsen av moderskap och attityden till barnen ännu sämre. Kvinnor med personlighetsstörning hade i större utsträckning blivit ensamstående då barnen var 18 månader, de var också i högre grad lågutbildade och långtidsarbetslösa än kvinnor utan psykiska störningar. Förlossningsupplevelsen och komplikationer i samband med förlossningen skiljde sig dock

inte mellan kvinnor med personlighetsstörning och andra kvinnor (13).

## "Patientfall"

Anna är en 39-årig I-gravida med planerad och önskad graviditet, det föreligger ingen infertilitetsproblematik. Barnmorskan på MVC har remitterat Anna till kvinnoklinikens psykiaterkonsult i graviditetsvecka 33 då hon är nedstämd och har svårigheter att klara okända miljöer och inte har någon kontakt med psykiatrin. Anna har själv uttryckt önskemål om psykologisk/psykiatrisk hjälp då hon mår psykiskt dåligt och vill ha stöd och hjälp att förbereda sig inför förlossningen. Under graviditeten har Anna bytt mödravårdscentral två gånger då hon inte upplevt sig som sedd. Den tredje barnmorskan/mödravårdscentralen är hon nöjd med. Anna har också varit hos psykolog inom MHV/BUP tidigare under graviditeten men tyckte det var meningslöst.

Anna har vuxit upp med mamma och pappa, har två yngre syskon. Tycker inte att hon har så bra kontakt med familjen, lämnar inte så mycket mer information om familjen och sin uppväxt. Anna är sammanboende med barnafadern och det är bådats första barn. Anna är utbildad damfrisör men arbetar med korttidsvikariat inom kommunen och läser enstaka kurser i psykologi på universitetet.

Anna uppger att hon haft återkommande depressionsperioder med långvariga sjukskrivningar och har tidigare medicinerat med SSRI och gått i gruppterapi. Anna har också stora problem med panikångest då hon är i okända miljöer, träffar nya människor och då hon ska åka buss. Anna har för närvarande ingen psykiatrisk kontakt då hon inte tycker att psykiatrin tar något ansvar för hennes psykiska hälsa. Uteblir från första besöket hos psykiatern och vid telefonkontakt uppger Anna att det är meningslöst att komma och "vika ut sig". Anna vill dock ha en ny tid och vid besöket är Anna till en början mycket avvaktande och avvisande, har sänkt grundstämning men inga andra psykiatriska symtom. Anna får tid till barnmorska för samtal inför förlossningen och BB-tiden, får också träffa en förlossningsbarnmorska från Animaverksamheten och återbesök till psykiater före förlossningen. Vid besöken framför Anna detaljerade önskemål om hur hon ska bemötas under förlossningen och om vad och hur hon ska informeras på BB. Även vid dessa besök är Anna mycket avvaktande i början av besöket och därefter är det svårt att

avsluta besöket då hon "häftar fast". Uttrycker även vid barnmorskebesöken att hon ständigt skickas runt av alla. Då hon informeras om amning tycker hon att känslor kring amningen är psykiskt jobbiga då närhet och beroende är svårt och hon är också rädd att förlora sitt barn. Hon vågar inte glädja sig åt graviditeten och barnet. Vid samtalen före förlossningen deltar inte den blivande barnafadern.

Anna inkommer tillsammans med barnafadern till förlossningen i grav.v. 38 på grund av misstänkt vattenavgång och värkar, modermunnen är öppen 1 cm och vattenavgång konstateras. Drygt en timme efter inkomsten så önskar hon byta barnmorska. Anna får pröva flera olika smärtlindringsmetoder före EDA. Efter sex timmars värkarbete avslutas förlossningen med akut sectio pga hotande fosterasfyxi. Operationen är komplikationsfri och barnet hämtar sig snabbt. Dagen efter går ansvarig förlossningsbarnmorska igenom förlossningen i detalj med paret. Ytterligare en dag senare önskar Anna kontakt med kurator och förlossningsläkare för att diskutera sina känslor efter operationen och vad som hänt, vilket hon får. På eget önskemål får Anna stanna extra dagar på BB. Enligt journalanteckningar har Anna fått mycket hjälp med och information om amning. En månad efter hemkomsten så kontaktar Anna återigen förlossningsbarnmorskan för samtal tillsammans med barnafadern, samtalet pågår i fyra timmar. Anna hävdar att hon under graviditeten försökt få hjälp att prata med någon men av olika anledningar inte fått det. Rekommenderas återigen att kontakta BVC-psykolog. Anna får ytterligare tre samtal efter förlossningen för att bearbeta sina upplevelser, kontaktas av BVC-psykolog och kommer på återbesök till psykiaterkonsult på kvinnoklinken. Psykiatern remitterar Anna till en namngiven psykiater på grund av inre oro, ångest, depressioner och troligen paranoid, osjälvständig och tvångsmässig personlighetsstörning. Anna har stort stöd av barnafadern och fin kontakt med sitt barn.

Sammanfattningsvis så har Anna haft många olika kontakter före graviditeten och förlossningen som hon initierat själv men också avslutar då hon inte känner sig förstådd. Det är också svårt att få någon anamnes då hon är mycket förtegen om sin bakgrund och sina upplevelser. Efter förlossningen har hon haft fyra långa barnmorskesamtal, två specialistläkarbesök och kuratorskontakt, dessutom kontaktats av BVC-psykolog och remitterats till psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Dessutom

har hon själv fått önska hur länge hon och barnafadern skulle få stanna på BB. Vid det sista besöket hos barnmorskan på BB diskuteras eventuell framtida graviditet och då framför Anna önskemål om att samma personal som vid denna graviditet och förlossning ska medverka.

## Behandling

Behandling av personlighetsstörning omfattar både psykoterapeutisk och vid behov farmakologisk behandling beroende på symtom (9). Såväl dialektisk beteendeterapi (DBT) (14) som psykodynamisk insiktsterapi har visat sig användbart enligt mindre studier, fram för allt kohortstudier. Fler randomiserad kontrollerade studier behövs (1, 9). Vid samsjuklighet med psykiska störningar som depressioner, ångesttillstånd och olika psykossjukdomar behandlas dessa. Om tveksamhet råder till farmakologisk behandling under graviditet är det viktigt att komma ihåg att självmedicinering med alkohol och droger är vanligt vid ångest och depression. Då compliance med behandling är bekymmersam vid personlighetsstörning så behöver behandlingen vara välstrukturerad med klart mål och syfte. Behandlingen är långvarig och bör också ofta ske i samarbete med andra vårdgivare i samhället som exempelvis "Barn och familjegrupper" inom socialtjänsten. För att undvika negativa konsekvenser av manipulativt beteende hos patienter är det också viktigt med öppen och tydlig kommunikation mellan olika vårdgivare.

## Referenser

1. Perris C, Perris H. Personlighetsstörningar, uppkomst och behandling i ett utvecklingspsykopatologiskt perspektiv. Stockholm: Natur och Kultur, 1998.
2. Gunderson J.G, Links P.S, Reich J.H. Competing models of personality disorders. *J Personal Disord.* 1991;5(1), 60-68.
3. Oldham J.M, Skodol A.E. Charting the future of Axis II. *J Personal Disord.* 2000;14(1), 17-29.
4. Ruocco A.C. Reevaluating the distinction between Axis I and Axis II disorders: The case of borderline personality disorders. *J Clin Psychol.* 2005;61(12), 1509-23.
5. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organisation; 1993.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). 4th edition, Washington, DC: APA; 1994.
7. Börjesson K, Ruppert S, Bågedahl-Strindlund M. A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors. *Arch Women Ment Health.* 2005;8(4):232-42.
8. Hirschfeld RM. Personality disorders and depression: comorbidity. *Depress Anxiety.* 1999;10(4): 142-6.
9. Conroy S, Moran P. Management of personality disorders in pregnancy and the puerperium. In Marsh M.S, O'Keane V, Seneviratne T. eds, *Psychiatric Disorders and Pregnancy*, 2dn. London: Taylor and Francis group, 2005.
10. Norton K, Dolan B. Personality disorder and parenting. In: *Parental Psychiatric Disorder – distressed parents and their families.* Göpfert M, Webster J, Seeman M.V. eds. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
11. Crandell L.E, Patrick M.P.H, Hobson P. 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *Br J Psychol.* 1997;70:47-57.
12. Börjesson K. Mental illness: relation to childbirth and experience of motherhood. Thesis, Karolinska Institutet, Stockholm, 2005.
13. Börjesson K, Ruppert S, Wager J, Bågedahl-Strindlund M. Personality disorder, psychiatric symptoms and experience of childbirth among children in Sweden. *Midwifery* 2007.;23:260-8.
14. Kåver A, Nilsson Å. Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Stockholm: Natur och Kultur, 2002.





# Ätstörningar och barnafödande

*Elsa Lena Ryding & Angelica Lindén Hirschberg*

Ätstörningar drabbar framförallt unga kvinnor. Typiskt för alla typer av ätstörningar är en överdriven rädsla för att gå upp i vikt och en låg självkänsla som är kopplad till vikt, kroppsform och utseende. Anorexia nervosa som karakteriseras av självsvält, låg kroppsvikt, störd kroppsuppfattning och amenorré har en prevalens av cirka 1% hos unga kvinnor. Bulimia nervosa med kardinalsymtomen hetsätning och kompensationsbeteende i form av självförvållade kräkningar, användning av laxermedel eller diuretika och överdriven fysisk aktivitet förekommer hos 1-3% av unga kvinnor (1). Om man inkluderar överätande utan kompensatoriskt beteende samt tillstånd av ospecificerad ätstörning (eating disorder not otherwise specified, EDNOS) kan man räkna med att 5-7% av alla yngre kvinnor i västvärlden lider av en bekymmersam ätstörning (2).

Den reproduktiva förmågan hos kvinnor med ätstörningar är nedsatt och det finns flera orsaker till detta (3). Vid anorexia nervosa ingår amenorré i diagnoskriterierna och beror på hypothalamisk hämning av gonadaxeln som följd av svälttillståndet. På grund av anovulation blir dessa kvinnor sällan spontant gravida även om sådana fall finns rapporterade. Vidare har anorexia samband med nedsatt sexuell lust och minskad sexuell aktivitet. Kvinnor med bulimia nervosa har också menstruationsstörningar i ökad frekvens trots att de oftast är normalviktiga. Mekanismerna bakom oligomenorré och amenorré hos bulimiker är ofullständigt utredda. Kraftig viktpendling kan ha etiologisk betydelse. Det finns också rapporter om en ökad förekomst av polycystiskt ovariesyndrom hos bulimiker (4).

Ätstörningar behandlas med olika typer av psykoterapi och med antidepressiv medicinering. Kognitiv beteendeterapi i olika former visar god effekt på det ogynnsamma beteendet. Beteendeträning med hjälp av dator kan också vara effektiv. Vid svår anorexi med livshotande viktnedgång måste man få upp vikten innan det går att arbeta med t.ex. självkänslan och föreställningar om kroppen. I vissa fall krävs tvångsåtgärder inom psykiatri.

## Ätstörningar under graviditet

Ätstörningar utesluter inte spontan graviditet. Kvinnor med ätstörningar kan också bli gravida med assisterad befruktning. Vidare finns ökad risk för återfall av ätstörningar under graviditet. Det är osäkert hur vanligt det är med ätstörningar hos gravida men sannolikt är förekomsten högre än vad som diagnostiseras eftersom det är känt att många patienter döljer sin ätstörning. Ätstörningar har en stark koppling till skamkänslor. Att ändra beteendet kan innebära svår ångest. Ändå är många gravida kvinnor motiverade till behandling för barnets skull (5).

Mindre longitudinella studier tyder på att kvinnor med bulimi kan förbättras spontant vid en inträffad graviditet. Det bulimiska beteendet minskar ofta, men försvinner inte helt. Post partum finns en stor recidivrisk. Kvinnor med anorexia nervosa blir mera sällan gravida och tycks mera sällan förbättras under graviditet (6).

Första trimestern är ofta svår för en kvinna med pågående eller tidigare ätstörning. Illamående, hunger och trötthet gör att hon

förlorar något av sin starka kontroll över kroppen och t.ex. inte kan vara lika fysiskt aktiv som vanligt? Hon kan föreställa sig att andra, som inte vet om graviditeten, ser att hon ändrat kroppsform och tror att hon börjat bli fet. Framåt mitten av graviditeten blir det ofta lättare, då det är uppenbart att kvinnan är gravid. Hon känner också fosterrörelser och har sett fostret på ultraljudsbilden. Det är lättare att förstå att det är ett barn hon bär på, och att hon måste tänka på barnets hälsa. Under sista trimestern ökar vikten och aptiten på ett för kvinna ofta skrämmande sätt. Hon kan uppleva sin kropp som grotesk och ångesten ökar, liksom risken för ett ökat anorektiskt/bulimiskt beteende (7).

Kvinnor med tidigare eller pågående ätstörning har ökad risk för komplikationer under graviditet. Ätstörningar har samband med hyperemesis (8). Bakomliggande ätstörning bör därför övervägas hos gravida kvinnor med svåra besvär av illamående och kräkningar. Vidare har både anorektiker och bulimiker högre frekvens av missfall och obstetriska komplikationer ledande till kejsarsnitt jämfört med normalpopulationen (9). Hos anorektiker har också rapporterats otillräcklig viktökning under graviditet, ökad risk för intrauterin tillväxthämning samt fördubblad risk för prematurbörd (10).

Perinatale komplikationer och risker är högre hos barn till mödrar med tidigare eller pågående ätstörningar. Ett flertal studier har påvisat lägre födelsevikt, mindre huvudomfång, lägre Apgar-score samt ökad förekomst av diagnosen lätt för tiden (small for gestational age [SGA]) hos barn till mödrar med anamnes på ätstörningar (8,11). Risken för SGA är närmare dubbelt så stor hos barn till kvinnor som vårdats på sjukhus för ätstörning före graviditeten jämfört med barn till friska kvinnor (11). Vidare har man rapporterat hög förekomst av missbildningar hos barn till bulimiker samt ökad perinatal dödlighet hos barn till kvinnor med tidigare anorexia (12). Det finns stöd för att kvinnor som tillfrisknat från anorexi eller bulimi har en mer okomplicerad graviditet och mindre risk för perinatale kom-

plikationer jämfört med kvinnor som har pågående ätstörning under graviditeten (12). En svensk registerstudie visade ingen ökad risk för obstetriska komplikationer för kvinnor som tidigare i livet legat på sjukhus för anorexia nervosa (13). Den norska nationella Morbarn-studien avslöjade att hetsätning utan kompensatoriskt beteende (binge-eating disorder) var betydligt vanligare än andra ätstörningar under graviditet. Hetsätning var associerat med större barnvikt och större risk för kejsarsnitt (14).

Mekanismerna för hur ätstörningar kan ha en negativ inverkan på graviditetsförlopp och utfall är inte kända men det är troligt att stort ätbeteende under graviditeten kan resultera i otillräcklig näringstillförsel till fostret. Vidare kan ätstörningar leda till specifika näringsbrister och elektrolytrubbningar som kan påverka det växande fostret. Andra hypotetiska faktorer kan vara placentainsufficiens eller maternell stress med ökade kortisolnivåer i cirkulationen som kan ha en hämmande inverkan på fostrets tillväxt. Både anorexia och bulimi har samband med förhöjda kortisolnivåer.

Kvinnor med ätstörningar kan få ökade problem efter partus. Det är svårt för kvinnan att stå ut med att kroppen inte genast blir slank och spänstig. Förvärrade sjukdomssymtom efter genomgången graviditet har rapporterats hos bulimiker (6). Vidare är risken för post partum depression ökad hos kvinnor med symtom på bulimi under graviditet (15). Ätstörningar hos modern kan påverka mor-barnrelationen och ge amnings- och uppfödningssproblem av barnet (16).

## Handläggning i samband med barnafödande

Ätstörningar under graviditet är ofta ett dolt problem med stor risk för allvarliga konsekvenser för graviditetsförlopp och utfall. Tidigt i graviditeten bör barnmorskan eller läkaren ställa frågor som t.ex.:

- Har du gått upp eller ner i vikt de senaste åren? Vad vägde du som mest? Som lägst?

- Har du haft matproblem eller ätstörningar – det är ju så vanligt?
- Hur tänker du nu om vikten och graviditeten?

Vid hyperemesis, intrauterin tillväxthämning eller utebliven viktökning hos kvinnan måste man aktualisera frågan om ätstörning. Vid anamnes på tidigare ätstörning bör barnmorskan berätta att det kan vara jobbigt med den normala viktuppgången och kroppsförändringen, och informera om möjlighet till psykologkontakt. Vid misstänkt anorexia nervosa, samt vid bulimisk beteende ska man remittera till psykiatrin, helst direkt till en ätstörningsenhet. Kvinnor med svåra ätstörningar bör remitteras till specialmödravård. Samarbete mellan det psykiatriska teamet, mödrhälsovården, specialistmödravården och dietisten är avgörande för att kvinnan inte ska falla mellan stolarna och kunna fortsätta med sitt störda beteende. I allvarliga fall kan inläggning bli aktuellt. Kvinnosjukvårdens uppgift är att följa barnets tillväxt och diagnostisera och behandla elektrolytrubbningar och bristtillstånd, samt ge stöd i kvinnans försök att värna om sin och barnets hälsa.

Information om risker med svält och bulimiskt beteende måste ges utan att skuldbelägga eller kritisera kvinnan (2). Kom ihåg att det ofta rör sig om kvinnor med mycket låg självkänsla! Man kan fråga t.ex.:

- Vad vet du om riskerna för dig själv och barnet när man har en ätstörning?
- Vill du att jag ska berätta vad jag vet/vad som är känt om det här?
- Vad tänker du om det som jag berättade?

Vägning kan vara starkt ångestframkallande samtidigt som det är en viktig kontrollfunktion. Vägning kan ske på det sätt som kvinnan finner bäst, på MVC eller på ätstörningsenheten, ev. utan att hon ser skalan på vågen. Information om att en underviktig kvinna bör gå upp ca 12 kg under graviditeten kan vara skrämmande. Det kan vara mindre hotande att tala om att fostret behöver ca 350 kcal per dag i andra trimestern och ca 500 kcal i tredje trimestern (2,17,18).

Efter partus skall symtom på depression hos modern samt amnings- och uppfödningssystem hos barnet särskilt beaktas. Man måste komma ihåg att tankarna om kroppen och vikten brukar sitta i under årtal efter det att kvinnan tillfrisknat från sin ätstörning, d.v.s. slutat med sitt avvikande ätbeteende.

### FAKTARUTA

Fertiliteten är nedsatt hos kvinnor med ätstörningar, men graviditet förekommer.

Pågående ätstörning är en kontraindikation för ovulationsstimulering och assisterad befruktning.

Gravida kvinnor med tidigare och pågående ätstörningar har ökad förekomst av hyperemesis och tidiga missfall, föder barn med i genomsnitt lägre födelsevikt och mindre huvudomfång samt har ökad risk att få barn med diagnosen SGA. Kvinnor som hetsäter utan att kräkas eller laxera riskerar att få större barn och fler kejsarsnitt.

Risken för graviditetskomplikationer och perinatale komplikationer är högre hos kvinnor med pågående ätstörning jämfört med kvinnor som tillfrisknat.

Symtom på en pågående ätstörning kan minska under graviditeten, men försvinner inte helt utan behandling, och risken för återfall post partum är stor.

Frågor om ätstörningar bör ställas under tidig graviditet.

Samarbete mellan kvinnosjukvård och psykiatri är väsentligt för att kunna hjälpa gravida kvinnor med ätstörningar.

Viktigt med stöd och observans post partum på grund av ökad risk för postpartumdepression och anknytningsstörning.

## Referenser

1. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2003;34:383-96.
2. Micali N, Schmidt U. Management of eating disorders in pregnancy and the puerperium. I: O'Keane V, Marsch M, Seneviratne G (red). *Psychiatric disorders and pregnancy.* London: Taylor and Francis, 2006:125-42.
3. Wolfe BE. Reproductive health in women with eating disorders. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005;34:255-63.
4. Naessén S, Carlström C, Garoff L, Glant R, Hirschberg AL. Polycystic ovary syndrome in bulimic women – an evaluation based on the new diagnostic criteria. *Gynecol Endocrinol.* 2006;22:388-94.
5. Micali N, Treasure J, Siminoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res.* 2007;63:297-303.
6. Lemberg R, Phillips J. The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord.* 1989;8:285-95.
7. Franko DL. Eating disorders in the pregnancy and the Postpartum. Empirically informed treatment guidelines. I: Hendrick V (red). *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum.* Totowa, New Jersey:Humana Press, 2006:179-96.
8. Koubaa S, Hällström T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol.* 2005;105:255-60.
9. Morrill ES, Nickols-Richardson HN. Bulimia nervosa during pregnancy: A review. *J Am Diet Assoc.* 2001;101:448-54.
10. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, Dawn A, McCullin M. Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: A controlled study. *J Clin Psych.* 1999;60:130-5.
11. Petersen Sollid C, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:206-10.
12. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1461-6.
13. Ekéus C, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *BJOG.* 2006;113:925-9.
14. Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM och medarbetare. Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord.* 2009;42:9-18.
15. Morgan JF, Lacey JH, Sedgwick PM. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *Br J Psychiatry.* 1999;174:135-40.
16. Koubaa S, Hällström T, Hirschberg AL. Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2008;41:405-10.
17. Butte NF, Wong WW, Treuth MS, Ellis KJ, O'Brian SE. Energy requirements during pregnancy based on total energy expenditure and energy deposition. *Am J Clin Nutr.* 2004;79:962-5.
18. Forsum E. Energy requirements during pregnancy: old questions and new findings. *Am J Clin Nutr.* 2004;79:933-4.

# Hur psykisk ohälsa i samband med graviditet och förlossning påverkar det ofödda och nyfödda barnet

*Ann Josefsson & Karin Sjöström*

Folktrons magiska tänkande om den gravida kvinnans psykologiska inverkan på sitt foster/barn har sedan 1930-talet ersatts med vetenskapliga försök för att avgöra om fostret kan reagera på stimuli från sin omgivning. Forskningen inom området har expanderat kraftigt de senaste decennierna och ett flertal översiktsartiklar har publicerats, vilka belyser olika aspekter av den psyko-obstetriska forskningsgrenen (1-4). Tack vare dagens möjligheter att med ultraljudsteknik undersöka fostret har det blivit möjligt att studera olika fostervariabler som blodflöde och fosterbeteende i förhållande till olika psykologiska variabler hos den gravida kvinnan.

Aktuella eller tidigare stressituationer kan ibland ge upphov till ångest och depressionstillstånd hos den gravida kvinnan. Genom biokemiska analyser av hormonella svar på stress har man kunnat påvisa samband mellan kvinnans psykologiska tillstånd och stressreaktioner både hos henne och hos fostret/barnet. Prematur förlossning, tillväxtrubbning och missbildning är olika obstetriska komplikationer och avvikelser som studerats i förhållande till olika psykiska stresstillstånd hos modern.

I stressforskning använder man två begrepp; stressorer dvs. yttre faktorer som påverkar individen negativt och som i sin tur ger upphov till distress, ett ord som används i engelskt språkbruk och som betecknar en subjektivt upplevd negativ emotionalitet och psykiskt

lidande. Således kan ångest och depression både vara symtom på exponering av stressorer och även ge upphov till distress. Stressorer som i litteraturen genomgående visat på negativa effekter för kvinnan och graviditeten är ett negativt förhållande till barnafadern och en svår social situation med missbruk, misshandel och ekonomiska svårigheter.

Det finns ett flertal förklaringsmodeller för hur en kvinnas psykiska tillstånd kan tänkas påverka fostret (5).

- Den gravida kvinnans distress (känslor/upplevelser) kan leda till cirkulatoriska eller hormonella förändringar hos henne själv, och via stresshormoner och neurotransmittorer kan både moderkaka och foster påverkas.
- Den gravida kvinnans distress kan ge upphov till graviditetskomplikationer som i sin tur kan påverka fostret.
- Graviditets- och/eller fosterkomplikationer kan utlösa distress hos den gravida kvinnan och genom detta ytterligare accentuera en negativ påverkan på fostret.
- Den gravida kvinnans distress kan leda till störd perception av graviditeten och bristande anknytning till barnet både under graviditeten och under barnets tidigaste liv.
- Stressorer och distress i form av yttre belastning och sämre psykisk hälsa kan leda till ett riskbeteende som ökat intag av alkohol, droger och tobak, vilket i sin tur påverkar fostret negativt.

Gravida kvinnor med hög stress, kronisk ångest eller egentlig depression under graviditet får en påverkan på hypothalamus-hypofysbinjure-axeln (HPA-axeln) vilket biokemiskt ger högre nivåer av kortisol och noradrenalin och lägre nivåer av serotonin och dopamin (6). Prospektiva studier har påvisat att det finns ett samband mellan maternell ångest och stress under graviditeten samt beteende-, kognitiva och emotionella problem hos barnet senare i livet (7). Huruvida detta enbart beror på s.k. fetal programmering dvs. påverkan under fosterlivet eller om en genetisk predisposition och/eller föräldrarnas påverkan efter förlossningen har en större betydelse vet man ännu inte säkert (8). Studier har visat att maternell kortisol både hos djur och människa stimulerar produktion av CRH (cortisol releasing hormone) i placenta, vilket i sin tur påverkar fostrets HPA-axel med ökad mängd fetalt kortisol till följd (9).

Djurmodeller har tydligt visat att uttalad maternell ångest/stress påverkar utvecklingen av dels fostrets HPA-axel och dels det limbiska systemet och prefrontala cortex som innehåller de neuron som har betydelse för barnets emotionella och kognitiva utveckling (10). Hög stress hos kvinnan i tidig graviditet (organogenesen) har i två stora undersökningar visats ha ett samband med ansiktsmissbildning som läpp-gomspalt (11-12).

Psykisk sjukdom redan tidigt under graviditet innebär sammanfattningsvis ett svårt stresstillstånd för såväl mor som foster, och mammor med obehandlad psykisk sjukdom har dessutom dålig kapacitet att känslomässigt ta hand om sina barn, vilket därmed kan skada den tidiga anknytningsprocessen, liksom barnets övriga utveckling.

De psykologiska tillstånd hos kvinnan som är mest studerade i relation till graviditets- och fosterpåverkan är ångest, depression och psykossjukdomar. I detta kapitel fokuseras följaktligen på dessa.

## Ångestsjukdomar och depression under graviditet

Ångestsymptom har i en metanalys av 50 studier visat sig korrelera signifikant med depression ( $r=0.66$ ), stress ( $r=0.40$ ) och självkänsla ( $r=-0.47$ ), men inte med perinatale komplikationer (13). Den ångestskattningsskala som huvudsakligen användes i dessa studier var Spielberger's "state - trait anxiety inventory; Form Y" (STAI) (14). Dess State-skala anses för närvarande vara den mest specifika för att mäta akut ångest/stress. Trait-skalan mäter kronisk ångestbenägenhet. Några studier har visat samband mellan stress och födelsevikt, SGA (15) samt graviditetslängd (16). En underliggande mekanism för prematurbörd tros vara en aktivering av den maternella HPA-axeln via placenta. Hypotesen stöds av det faktum att det finns ett samband mellan prematuritet och förhöjt corticotrophin-releasing hormone (CRH) i maternell plasma och i placenta (9). I två svenska studier har man funnit ett samband mellan stress respektive depression och kortare graviditetslängd, dock inte prematuritet (17-18). I en studie där man jämförde utfallet avseende graviditetslängd, födelsevikt och neonatal anpassning mellan obehandlade deprimerade kvinnor och deprimerade kvinnor med SSRI behandling fann man samma höga prematuritets frekvens (>20%) i båda grupperna men ingen skillnad i födelsevikt. Den postnatale anpassningen mätt med Apgar vid 5 minuter var sämre för barn till obehandlade deprimerade kvinnor (19).

Hög psykosocial stress har visats orsaka låg födelsevikt (15) men i metaanalysen av Littleton et al (13), fann man inga samband mellan ångest och födelsevikt respektive Apgar score.

## Ökad ångest hos kvinnan och observationer av blodflöde och fosterbeteende

Ångest är det tillstånd som är mest studerat i förhållande till en eventuell direkt påverkan på fostret. Fostrets blodflöde kan indirekt

studeras genom att man med Doppler ultraljud mäter blodflödesmotståndet (resistensen) i blodkärl. Mätning av resistensen i hjärnkärlen kan då sägas avspegla cirkulationen i hjärnbädden och mätning av resistensen i navelsträngskärlen avspegla cirkulationen i moderkakan. En studie har visat på samband mellan kvinnans trait-ångest (STAI) och förändringar i fostrets blodcirkulation där man fann lägre resistens i fostrets hjärnartärer och högre resistens i navelsträngsartären i graviditetsvecka 37 (20). En senare studie fann högre resistens i livmoderartärerna i graviditetsvecka 32 hos kvinnor med hög trait-ångest (21) men ingen påverkan på fostrets cirkulation. I graviditetsvecka 20 har man inte kunnat finna något samband mellan kvinnans ångest och ökad resistens i livmoderns kärl (22).

I andra studier har man sett ökad fosteraktivitet ökad vakenhet och högre hjärtvariabilitet hos foster till kvinnor med höga ångestnivåer i graviditetsvecka 37 (23-24). Huruvida dessa fynd kan medföra en långvarig påverkan på barnets hjärna är oklart då detta kräver longitudinella studier. Åtminstone en känd studie har visat på samband mellan antenatal ångest hos kvinnan och en ökad risk för emotionella och beteendeproblem hos barnen (25-26). Här visades också, vilket djurförsök tidigare styrkt att manligt kön hos fostret förefaller vara mer riskfyllt för en påverkan både av den kognitiva och emotionella utvecklingen hos avkomman (10,26).

## Depression och fosterpåverkan

Stress och depression har som tidigare nämnts en möjlig påverkan på fostrets HPA axel och därigenom även på fostrets stresshormoner som kortisol, serotonin, dopamin och noradrenalin (27). Det nyfödda barnets hormonprofil verkar likna den deprimerade moderns, med höga kortisol- och noradrenalinivåer samt låga serotonin och dopaminnivåer (6). Det nyfödda barnets urin-kortisolnivåer 24 timmar efter partus har hög korrelation med moderns kortisolnivåer (28). Även andra hormoner kan påverkas av kvinnans depression.

Således kan fostrets testosteronnivåer korrelera positivt med moderns kortisolnivåer (29). Även EEG-förändringar hos den nyfödde som högre relativ aktivitet i höger frontallob kan relateras till moderns depression (28).

Obehandlad samt långvarig depression under graviditeten verkar ge långvariga bekymmer för barnen (30). Studier har visat att obehandlad depression hos kvinnan under graviditet ger större negativ påverkan på barnen vid ett till sex års ålder än antidepressiv medicinering (31) och att både obehandlad och behandlad depression likvärdigt ökar risken för prematuritet (19). Detta talar för att depressionen i sig utgör en stressor för kvinnan och fostret. Vid obehandlad ångest eller depression är det svårt att värdera i vilken grad bristande anknytningsförmåga beror på kvinnans psykiska sjukdom. Även om kvinnan behandlats så att anknytningsförmågan normaliserats, kvarstår en påverkan på barnets kognitiva utveckling. Graden av påverkan står i proportion till den tid som modern varit deprimerad (31). Samvarierande riskfaktorer för en negativ utveckling är socioekonomisk status i familjen, eventuella konflikter mellan föräldrarna samt faderns mentala hälsa. Å andra sidan är en välfungerande och trygg familjesituation en skyddande faktor för barnet.

## Postpartumdepression och/eller maternell depression under de första barnåren

Postpartumdepression är ett tillstånd som allvarligt kan störa en god mor-barn anknytning. Tillståndet och dess komplikationer för mor och barn har beskrivits utförligt av bland annat Brockington (32). Josefsson et al har visat att ca 45% av de kvinnor som uppvisade depressiva symptom post partum även varit deprimerade under sista delen av graviditeten (33). Sjukdomen påverkar inte bara den nyblivna mamman utan även det lilla barnet, relationen till barnafadern och övriga familjemedlemmar. Om depressionen blir långvarig eller förblir obehandlad kan detta leda till en emo-



tionell, kognitiv (lägre IQ) och psykomotorisk hämning hos barnet (31). Andra seneffekter på barnet är en negativ inverkan på anknytning, temperament, känslomässig reglering och uppmärksamhet. Dessa effekter kan kvarstå åtminstone upp i tonåren (34).

## Psykosjukdomar och graviditet

Graviditet hos en psykosjuk kvinna är en högriskgraviditet. I denna grupp inräknas både bipolär affektiv psykos och schizofreni. Kvinnor med kronisk psykosjukdom har ofta en oplanerad och oönskad graviditet vilket i sig är riskfaktorer för graviditeten (35-36). Vidare har dessa kvinnor inte sällan tidigare negativa erfarenheter av förlust av tidigare barn pga. omhändertagande och/eller dåligt socialt stöd från barnafadern och familjen (37). Förnekande av graviditeten samt dålig anknytning pga. förväntad förlust av barnet har beskrivits av Miller et al (36). Förutom att minskning eller utsättning av medicin kan orsaka försämring och riskbeteende så kan ett eventuellt psykosgenombrott medföra fysiologiska förändringar som innebär risk för graviditeten (38). Eventuella risker för fostret och det nyfödda barnet orsakat av moderns psykofarmaka måste därför vägas mycket noga mot riskerna för ett psykosgenombrott. Vid vissa typer av antipsykotisk behandling ses ibland nedsatt glukostolerans och en ökad risk för graviditetsdiabetes. Beträffande risken för avvikande förlossningsutfall i denna grupp finns resultat från flera studier och metaanalyser som delvis ger motstridiga fynd. En stor svensk epidemiologisk studie har nyligen visat att gravida med affektiv psykos löper ökad risk att föda prematurt samt att få SGA-barn (38).

Schizofrena kvinnor har fler graviditets- och perinatale komplikationer än kontroller. Barnen har lägre födelsevikt och fler neonatala komplikationer (39). Ofta finns förutom grundsjukdomen flera psykosociala riskfaktorer som t.ex. rökning, drogmissbruk, ett dåligt fungerande eller icke-existerande socialt nätverk vilka i sig kan påverka graviditetsutfallet negativt. Enligt prospektiva studier från 80-

talet löper kvinnor med obehandlad kronisk psykosjukdom en ökad risk att drabbas av akut postpartumpsykos (50% för bipolär sjukdom och 24% för schizofren psykos) (40-41).

## Sammanfattning

Den gravida kvinnans psykiska tillstånd synes påverka fostret fysiologiskt. Det finns också evidens för att moderns psykiska sjukdomar är negativa för det nyfödda och lilla barnet ur psykologisk och social synvinkel. Forskningsfältet som gäller små barns hjärnutveckling kommer förhoppningsvis att göra framsteg under åren som kommer och ge mera vägledning angående omhändertagandet av barnafödande kvinnor med psykisk sjukdom.

## Referenser

1. Ferreira AJ. Emotional factors in prenatal environment. *J Nerv Ment Dis.* 1965;141:108-18.
2. Istvan J. Stress, anxiety and Birth Outcomes: A critical review of the evidence. *Psych Bull.* 1986;100:331-48.
3. Paarlberg KM, Vingerhoets AJJM, Passchier J, Dekker GA, Van Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: A review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res.* 1995;39:563-95.
4. Stotland N, Stewart D. Psychological Aspects of Women's Health Care, The interface between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology. Second Ed. Washington DC: American Psychiatric Press Inc., 2001.
5. Sjöström K. Some effects of maternal anxiety on the fetus and on pregnancy outcome. Dissertation: Lund University, 2002.
6. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M och medarbetare. Prenatal maternal biochemistry predicts neonatal biochemistry. *Int J Neurosci.* 2004;114(8):933-45.
7. Essex MJ, Kraemer HC, Armstrong JM och medarbetare. Exploring risk factors for the emergence of childrens mental health problems. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:1246-56.
8. Van den Bergh BRH, Mulder EJJH, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioral development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A Review. *Neurosci Biobeh Rev.* 2005;29:237-58.
9. Mastorakis G, Ilias I. Maternal and fetal hypothalamic-pituitary-adrenal axes during pregnancy and postpartum. *Ann N Y acad Sci.* 2003;997:136-49.
10. Weinstock M. Does prenatal stress impair coping and regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal axes? *Neurosci Biobehav Rev.* 1997;21:1-10.
11. Blomberg S. Influence of maternal distress during pregnancy on fetal malformation. *Acta Psych Scand.* 1980;62:315-30.
12. Hansen D, Lou HC, Olsen J. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *Lancet.* 2000;356:875-80.
13. Littleton HB, Breitkopf CR, Berenson AB. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196:424-32.
14. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R och medarbetare. The State Trait Anxiety Inventory (STAI) test manual. Palo Alto, CA:Consulting Psychology Press, 1970.
15. Wadhwa PD, Sandman CA, Porte M och medarbetare. The association between prenatal stress and infant birth-weight and gestational age at birth: A prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;169:858-65.
16. Hedegaard M, Brink Henriksen T, Secher NJ och medarbetare. Do stressful life events affect duration of pregnancy and risk of preterm delivery? *Epidem.* 1996;7:339-45.
17. Sjöström K, Thelin T, Valentin L, Marsal K. Do pre-, early, and mid-pregnancy life events influence gestational length? *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1999;20:170-6.
18. Larsson C, Sydsjö G, Josefsson A. Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology.* 2004;104:459-66.
19. Wisner KL, Sit DKY, Hanusa BH och medarbetare. Major depression and antidepressant treatment: impact on pregnancy and neonatal outcomes. *Am J Psychiatry.* 2009;166:557-66.
20. Sjöström K, Valentin L, Thelin T, Marsal K. Maternal anxiety in late pregnancy and fetal hemodynamics. *Europ J Obstet Gynecol Repr Biol.* 1997;74:149-55.
21. Texeira JMA, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *Br Med J.* 1999;318:153-57.
22. Kent A, Hughes E, Ormerod L, Jones G, Thilaganathan B. Uterine artery resistance and anxiety in the second trimester of pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002;19:177-9.
23. Groome LJ, Swiber MJ, Bentz LS och medarbetare. Maternal anxiety during pregnancy: effect on fetal behavior at 38-40 weeks of gestation. *Dev Beh Ped.* 1995;16:391-6.
24. Sjöström K, Valentin L, Thelin T, Marsal K. Maternal anxiety in late pregnancy: effects on fetal movements and fetal heart rate. *Early Hum Dev.* 2002;67:87-100.
25. O'Connor TG, Heron J, Golding J och medarbetare. Maternal antenatal anxiety and childrens behavior/emotional problems at 4 years: report from the Avon longitudinal study of parents and children. *Br J Psych.* 2002;180:502-8.
26. O'Connor TG, Heron J, Glover V. Antenatal anxiety predicts children behavioral/emotional problems independently of post-natal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41:1470-7.
27. Wadhwa PD. Psychoneuroendocrine processes in human pregnancy influence fetal development and health. *Psychoneuroendocrinology.* 2005;30:724-43.
28. Diego MA, Field T, Jones NA, Hernandez-Reif M. Withdrawn and intrusive maternal interaction style and infant frontal EEG asymmetry shifts in infants of depressed and non-depressed mothers. *Infant Behav Dev.* 2006;29:220-9.
29. Gitau R, Adams D, Fisk NM, Glover V. Fetal plasma testosterone correlates positively with cortisol. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2005;90:166-9.

30. Pearson RM, Cooper RM, Penton-Voak IS, Lightman SL, Evans J. Depressive symptoms in early pregnancy disrupt attentional processing of infant emotion. *Psychol Med.* 2009;12:1-11.
31. Nulman I, Rowet J, Stewart DE och medarbetare. Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study. *Am J Psychiatry.* 2001; 159;11:1889-95.
32. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet.* 2004;363:303-310.
33. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:251-255.
34. Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Sharp D. Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on adolescent outcome. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49:1079-88
35. Coverdale JH, Bayer TL, McCullough LB, Chervenak FA. Respecting the autonomy of chronic mentally ill women in decisions about contraception. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44: 671-4.
36. Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv.* 1996;47:502-6.
37. McNeil TF, Kaij L, Malmquist-Larsson A. Pregnant women with nonorganic psychosis: life situation and experience of pregnancy. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;68:445-57.
38. MacCabe JH, Martinsson L, Lichtenstein P och medarbetare. Adverse pregnancy outcomes in mothers with affective psychosis. *Bipolar Disord.* 2007;9:305-9.
39. Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1080-92.
40. McNeil TF. A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group I: Clinical characteristics of the current postpartum episodes. *Acta Psychiatr Scand.* 1986;74:205-216
41. McNeil TF. A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group II: relationships to demographic and psychiatric history characteristics. *Acta Psychiatr Scand.* 1987;75:35-43

# Mödrahälsovårdens roll

*Ulla Björklund*

## Psykosocialt basprogram

De flesta mödrahälsovårdsenheter har förutom ett medicinskt basprogram även ett psykosocialt basprogram. Målsättningen med det psykosociala basprogrammet är att:

- Medverka till en så positiv upplevelse av graviditet, förlossning och spädbarnsperiod som möjligt
- Minska risken för störningar i graviditet och förlossning och för onödiga interventioner
- Medverka till att kvinnan känner tillit till den gravida kroppens förändringar och kommande förlossning
- Medverka till att barnet blir tydliggjort och att anknytningsprocessen i form av tankar och känslor påbörjas
- Stärka de blivande föräldrarnas egna resurser att klara olika påfrestningar och att medverka till att graviditeten blir en tid av mögna och föräldraförberedelse
- Uppmärksamma hereditet för och anamnes på tidigare eller aktuell psykisk sjukdom samt övriga riskfaktorer för postpartum-depression

Det kan beskrivas som ett program för att förebygga och tidigt upptäcka psykisk ohälsa hos mödrar och barn. Konkret handlar det om att barnmorskan i samtal med kvinnan/paret sätter sig in i kvinnans/parets sociala situation och kvinnans psykiska hälsa. Det innebär frågor om arbete, ekonomi, relationer, socialt nätverk, psykisk hälsa och missbruk. För att upptäcka eventuellt alkoholmissbruk används Audit som är ett frågeformulär som ger besked om kvinnans alkoholbruk före graviditeten (1). Med enkäten kan man få en bra bild av både eventuellt riskbruk och missbruk. Vid lämp-

ligt tillfälle ställs också frågor till kvinnan om det förekommer våld i relationen (2). Vidare är det mycket viktigt att fråga om kvinnan har eller har haft psykiska besvär eller psykisk sjukdom. Man bör också fråga om det finns hereditet för psykisk sjukdom på mammans sida. Barnmorskan träffar kvinnan 8 – 10 ggr och kan under graviditetens gång sätta sig in i kvinnans situation och eventuella problem. Det finns tid till att lyssna, bekräfta och samtala för att stärka kvinnans tillit till den normala graviditetens process och uppmärksamma att anknytningsprocessen påbörjas. Se graviditetens anknytningsfaser i kapitlet Graviditetens psykologi. Barnmorskan frågar också om kvinnans förväntningar och känslor inför kommande förlossning. En del av detta arbete görs i samband med föräldrautbildningen.

För att nå upp till målsättningen med det psykosociala basprogrammet behöver barnmorskor och läkare tillgång till handledning och konsultation. Det behövs också ett utvecklat samarbete med psykolog och eller kurator knutna till mödrahälsovården och samverka med förlossningsklinik, barnhälsovård, socialtjänst, missbruksenhet och psykiatri.

Det finns inte några bra utvärderingar av vad mödrahälsovården uppnår med det psykosociala basprogrammet men programmen har utformats utifrån forskningsbaserad kunskap om att psykosocial belastning innebär risker för mamman och barnet och att tidig intervention är viktig (3). Det har också utformats med vetskap om att det är avgörande för barnet att anknytningen till mamman fungerar och att den viktiga anknytningsprocessen startat redan under graviditeten (4,5).

## Att upptäcka psykisk sjukdom och riskfaktorer för postpartumdepression

Som tidigare nämnts bör barnmorskan fråga efter ärftlighet för psykisk sjukdom, anamnes på eller symptom på psykisk sjukdom hos den gravida kvinnan samt uppmärksamma riskfaktorer för postpartumdepression. Läkarmedverkan inom mödrahälsovården är mycket viktig för att bedöma psykisk sjukdom hos den blivande mamman.

Anamnesen kan vara svår att få fram. En del kvinnor kan tveka inför att beskriva tidigare eller aktuella psykiska besvär av rädsla för att bli ifrågasatta som ”bra mammor”. Frågorna bör utformas så att vi visar att vi känner till att det är vanligt förekommande med psykiska besvär/sjukdom och att det finns möjligheter till behandling.

### Förslag till formulering av frågor att ställa i början av graviditeten (6)

- Hur mår du psykiskt nu under din graviditet?
- Har du någon gång haft psykiska besvär?
- Har du haft besvär i samband med tidigare barns födelse eller vid andra tillfällen?

#### *Om kvinnan svarar ja:*

- Hur tedde sig de besvären och hur påverkades du?
- Hur behandlades du i samband med de besvären?
- Är du orolig att de ska komma tillbaka?
- Har någon i din familj eller släkt haft allvarliga psykiska besvär efter ett barns födelse?
- Har någon i din familj eller släkt haft allvarliga psykiska besvär vid andra tillfällen?

Depressionssymtom kan vara svåra att bedöma under graviditet. Kvinnor med depression under graviditeten har i större omfattning somatiska symptom som illamående och trötthet. Förlossningsrädsla är också vanligare bland kvinnor med depression (7).

Det finns för närvarande inget validerat instrument för screening av depression under graviditet. Förhoppningsvis kan en pågående svensk valideringsstudie av Edinburg Depression Scale (EDS) ge tydligare svar på hur EDS kan användas under graviditet. Trots att formuläret hittills inte är validerat för screening kan barnmorskan eller läkaren vid misstanke om depression använda EDS för att få en tydligare uppfattning om kvinnans depressiva symptom. Enkätsvaren kan ge ett bättre underlag för konsultation eller remittering.

Det ingår också i mödrahälsovårdens uppdrag att identifiera riskfaktorer för postpartumdepression (8).

### Riskfaktorer för postpartumdepression:

- Depression i anamnesen
- Problem i relation till partnern
- Ensamtående, svagt socialt nätverk
- Stressande livshändelser
- Svår förlossningsupplevelse

### Förlossningsrädsla

Svår förlossningsrädsla är ett ångestillstånd som förekommer hos ca 6% av gravida kvinnor (9,10). Efter akut sectio beräknas 9% utveckla allvarliga symptom på posttraumatiskt stress (11).

Bland kvinnor med förlossningsrädsla är det vanligare med depressionssjukdom och ångestsjukdom (12). Läkarmedverkan är viktig för att bedöma förlossningsrädda kvinnors eventuella psykiska sjuklighet. Mödrahälsovården har i varierande omfattning program för att handlägga lätt till måttlig förlossningsrädsla. Förlossningsförberedelse syftar till att öka tryggheten i födandet, vanligen är förlossningsförberedelse en del av föräldrautbildningen. Barnmorskan kan också erbjuda enskild förlossningsförberedelse för de kvinnor som behöver det. Vid svår förlossningsrädsla krävs psykologisk behandling och särskild vårdplanering i samråd med förlossningskliniken. Efter akut sectio och instrumentell förlossning

är uppföljning viktigt med tanke på risk för posttraumatiskt stressyndrom. Mödrahälsovården kan erbjuda genomgång av tidigare förlossningsförlopp och i viss mån hjälp till bearbetning av tidigare förlossningsupplevelse. Samverkan mellan mödrahälsovård och förlossningsvård är avgörande för ett gott omhändertagande av förlossningsrädda.

### **Omvårdnad, trygghet i graviditeten**

Kvinnor med psykisk sjukdom upplever ofta ökad oro kring sin graviditet. Vid depressionstillstånd är det vanligt med somatiska symptom.

För psykiskt sjuka kvinnor är det extra viktigt att mödrahälsovården ger ett så tryggt omhändertagande som möjligt. Dessa kvinnor bör erbjudas extra besök utöver basprogram. Det är också särskilt angeläget att barnmorskan uppmärksammar och understödjer anknytningsprocessen. Om kvinnan har pågående psykofarmakabehandling under graviditeten är det viktigt att barnmorskor och läkare känner till eventuella läkemedelseffekter på fostret/barnet för att kunna ge tydliga och vederhäftiga besked till mamman.

### **Samverkan med MHV-psykologer, Förlossningsklinik, Psykiatri, BVC och Soc.tjänst**

I samarbete med MHV-psykologer, kvinno-klinik och psykiatri bör det utformas riktlinjer för gemensam handläggning av gravida kvinnor med aktuell psykisk sjukdom eller hög risk för insjuknande i psykisk sjukdom i anslutning till barnafödande.

Den sjuklighet och de riskfaktorer som upptäcks under graviditeten ska beskrivas i vecka 36-sammanfattningen. I anslutning till den sammanfattningen bör det också finnas en planering för förlossningsvården och närmaste tiden efter barnets födelse.

### **Uppföljning efter förlossningen**

Mödrahälsovården erbjuder vanligen ett återbesök 8 - 12 veckor efter förlossningen. Då finns det utrymme för samtal om graviditet och förlossning. Vid återbesöket kan barnmorskan fånga upp kvinnor med svår förlossningsupplevelse och vid behov remittera dessa kvinnor för hjälp. Det är särskilt viktigt om en svår förlossningsupplevelse lett till symptom på posttraumatisk stress. Se avsnitt om PTSD i kapitlet Ångestsjukdomar och barnafödande. Barnmorskor som har utbildning och träning i att använda EPDS, kan använda det vid återbesöket för att upptäcka postpartum-depression.

## Referenser

1. Magnusson M, Göransson M, Heilig M. Unexpectedly high prevalence of alcohol use among pregnant Swedish women: failed detection by antenatal care and simple tools to improve detection. *J Stud Alcohol*. 2005;66:157-64.
2. Stensson K, Heimer G, Lundh C, Nordström ML, Saarinen H, Wenker A. Lifetime prevalence of sexual abuse in a Swedish pregnant population. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82:529-36.
3. Wadsby M, Sydsjö G, Svedin CG. Evaluation of an intervention programme to support mothers and babies at psychosocial risk: assessment of mother/child interaction and mother's perceptions of benefit. *Health Soc Care Community*. 2001;9:125-33.
4. Rafael-Leff J. Psychological processes of child-bearing. London: Anna Freud Centre, 1991.
5. Berg-Brodén M. *Mor och barn i ingenmansland*. Stockholm: Liber, 1994.
6. Oates MR. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. In: Rodeck C (ed). *Pregnancy: Reducing maternal death and disability*. British Medical Bulletin (University Press) 2003; Vol 67.
7. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol*. 2004;104:467-76.
8. Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ*. 2005;331:15.
9. Areskog B, Kjessler B, Uddenberg N. Identifications of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest*. 1982;13:98-107.
10. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for caesarean section – a crosssectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88:807-13.
11. Tham V, Christensson K, Ryding EL. Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86:1090-6.
12. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Astrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:148-54.

# Förslag till handläggning av psykisk sjukdom i samband med graviditet och barnafödande

## Allmänt

Uppmärksamma psykisk sjukdom och riskfaktorer för psykisk sjukdom genom en noggrann anamnes i början av graviditeten! Kvinnor som söker ofta för symptom som smärta och trötthet kan ha en bakomliggande depression. Barnmorskan kan använda EDS (Edinburgh Depression Scale) vid misstanke om detta. Barnmorskan bör också ha möjlighet till konsultation med MHV-psykolog.

### *Lämpliga frågor att ställa:*

- Hur mår du psykiskt nu under din graviditet?
- Har du någon gång haft psykiska besvär?
- Har du haft det i samband med tidigare barns födelse eller vid andra tillfällen?

### *Om kvinnan svarar ja:*

- Hur tedde sig de besvären och hur påverkades du?
- Hur behandlades du i samband med de besvären?
- Är du orolig att de ska komma tillbaka?
- Har någon i din familj eller släkt haft allvarliga psykiska besvär efter ett barns födelse?
- Har någon i din familj eller släkt haft allvarliga psykiska besvär vid andra tillfällen?

Läkare inom MHV bör involveras i vården om den gravida kvinnan har psykisk sjukdom. Ett möjligt diagnostiskt hjälpmedel är Prime-MD, en primärvårdsbaserad anamnesguide.

Gravida eller nyförlösta kvinnor med bipolär sjukdom, schizofreni eller som behandlas med psykofarmaka på grund av annan psykisk sjukdom ska remitteras till sin psykiater för bedömning och ställningstagande till farmakologisk behandling. De kvinnor som själva satt ut sin behandling i samband med graviditetsbeskedet bör också kontakta sin läkare för bedömning och råd.

Anknytningsprocessen bör särskilt uppmärksammas under graviditeten och barnmorskan/läkaren bör bedöma om det finns behov av extra stödåtgärder under första tiden med barnet.

- Planera i samverkan och förbered för uppföljning inom psykiatri och BVC.
- Dokumentera före förlossningen om kvinnan ska amma eller inte! Amning understöds oftast. Hänsyn tas till mammans tillstånd och till farmakologisk behandling.
- Om mamman har farmakologisk behandling bör barnet observeras med tanke på eventuella utsättningsymtom.
- Erbjud BB-vårdtid minst tre dagar för både mammans och barnets del.
- Uppmärksamma kvinnans förlossningsupplevelse, eftersom det finns en ökad risk för PTSD och depression.



## Lätt depression

- Stöd av barnmorska och/eller MHV-psykolog
- Uppmärksamma depressiva symptom, eventuell försämring och avbrott i kvinnans anknytning till barnet
- Uppmärksamma uttalade sömnsvårigheter
- Uppföljning 6 – 8 veckor post partum via MHV i samarbete med BHV och eventuell psykolog. EPDS kan användas post partum

## Måttlig depression

Om kvinnan har en väl fungerande SSRI-behandling och bedömts ha behov av behandling, bör hon rekommenderas att fortsätta. Under graviditeten bör psykiater ansvara för behandlingen.

Vid nyuppträckt depression under graviditet bör korttidspsykoterapi erbjudas som förstahandsalternativ, t.ex. KBT (kognitiv beteendeterapi), IT (Interpersonell terapi) och PDT (psykodynamisk terapi). I andra hand rekommenderas farmakologisk behandling. Om behov av att påbörja farmakologisk behandling kan väl prövade SSRI-preparat t.ex. sertralin användas i lägsta effektiva dos. Effekten bör noggrant utvärderas.

Insatt behandling behöver vanligen inte sättas ut inför förlossning. Eventuell dosjustering kan ske efter individuell bedömning. Vanligen finns behov av fortsatt behandling post partum då det finns en risk för försämring.

## Svår depression

Viktigt med tidig psykiaterkontakt. Observans på suicidrisk. Oftast behov av läkemedelsbehandling. Andra preparat än SSRI kan komma i fråga. Vid svår djup depression kan även ECT komma i fråga. Behov av utredning om depressionen är en del i en bipolär sjukdom.

## Bipolär sjukdom

Hög risk för postpartumpsykos. Viktigt med adekvat behandling under graviditet och

puerperium för att minimera risken för psykos. Avgörande med psykiaterkontakt redan i början av graviditeten samt tidig uppföljning post partum

Litiumbehandling under graviditet har visat sig minska risken för insjuknande i postpartumpsykos. Högriskpatienter kan stå på litium hela graviditeten för övriga kan det sättas in efter första trimestern. Ange tidig litiumbehandling på ultraljudsremissen på grund av en ökad missbildningsrisk. Vissa anti-epileptika kan också användas som stämningsstabiliserande läkemedel. Valproinsyra och karbamazepin bör dock undvikas i tidig graviditet. Hög stressande arbetsbelastning och sömnsvårigheter kan försämma tillståndet. Därför kan sjukskrivning ibland behövas.

Vid minsta misstanke om psykosutveckling ska psykiater tillkallas. OBS risk för suicid och infanticid.

### *Vid litiumbehandling:*

- Minimera risk för uttorkning och undvik NSAID-preparat.
- Ta litiumprov på mamman vid inkomsten till förlossningen och navelsträngsprov på barnet. Sänk litiumdosen post partum enligt behandlande psykiaters ordination. Litiumbehandling kan även påbörjas inom 24 tim post partum och har då en viss profylaktisk effekt mot puerperalpsykos.
- Fortsatt uppföljning av barnet under 5 – 7 dagars vårdtid, vid utskrivning fortsatt uppföljning på barnklinik, inklusive sköldkörtelfunktion.
- Amning bör inte generellt tillrådas men om mamman har en stark önskan att amma och barnet är fullgånget och friskt kan amning diskuteras. Avråd från nattamning, barnet bör då få tillägg.

Vid behandling med andra stämningsstabiliserare, som t.ex. lamotrigin, bör amning inte generellt tillrådas. Om amning inleds rekommenderas uppföljning av serumkoncentrationer hos barnet t.ex. 2 och 6 veckor post partum.

## Ångestsjukdomar

Vid lindriga symptom rekommenderas stöd hos barnmorska eller MHV-psykolog. Vid mer uttalade symptom rekommenderas i första hand KBT. Vid svåra eller kroniska tillstånd som tvångssyndrom rekommenderas läkemedelsbehandling, exempelvis SSRI.

Vid svår förlossningsrädsla rekommenderas remittering till särskild behandling vid förlossningsklinik.

## Psykossjukdom

Neuroleptika kan användas under graviditet. Oftast fortsatt behov av behandling under graviditet då utsättning kan få allvarliga konsekvenser för kvinnan och barnet. Avgörande med psykiaterkontakt redan i början av graviditet samt tidig uppföljning post partum. Beakta dock att neuroleptikabehandling under senare delen av graviditeten kan ge extrapyramidala biverkningar och övrig CNS-påverkan hos barnet.

Psykossjukdom innebär ofta ett socialt handikapp och kvinnans omsorgsförmåga kan behöva utredas. Patienten bör aktualiseras hos socialförvaltningens familjebarnenhet under graviditeten för att möjliggöra planerade insatser direkt via hemgång från BB.

## Ätstörningar

Tillväxtultraljud rekommenderas. Pedagogisk information om näringsintag och fostertillväxt.

Vid svår anorexi eller bulimi, krävs samarbete med psykiatrisk ätstörningsenhet och dietist.

Observera ökad risk för postpartumdepression

## Samverkan

*Mödrhälsovård, förlossningsvård, barnhälsovård, MHV/BHV-psykologer, psykiatrin och socialtjänst bör samordna stöd och insatser.*

Lokala samrådsgrupper med representanter för instanserna ovan rekommenderas för diskussion av aktuella fall och kunskapsutbyte. I det enskilda fallet kan kvinnan med närstående och berörda vårdgivare och tjänstemän kallas till planeringsmöte redan under graviditeten.

Efter samverkan/samråd och med kvinnans medverkan och samtycke ska vårdplan formuleras och dokumenteras i journalen.

### Vårdplanen bör innehålla:

- Bakgrund
- Stödpersoner under graviditeten
- Förlossningsplanering
- Amning tillstyrks eller avråds
- Medicinering före och efter förlossning
- Sömnbehov
- Vårdtid på BB
- Eventuell särskild observans på barnet
- Hur man når viktiga kontaktpersoner (psykiater, BVC, psykolog, socialsekreterare)
- Planerad uppföljning

*Exempel på vanligt använda läkemedel vid farmakologisk behandling av psykisk sjukdom under graviditet och amning*

OBS se [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se); kunskapsläget föränderligt. Alla läkemedel ska användas efter individuell risk-nyttö-analys. Använd lägsta effektiva dos.

Läkemedel	Graviditet*	Amning*	Relativ överföring till barnet #
Citalopram (Cipramil)	1	1	7.4%
Escitalopram (Cipralax)	2	2	5.3-7.7%
Fluoxetin (Fontex)	1	2	10.5%
Paroxetin (Seroxat)	3	1	2.9%
Sertralin (Zoloft)	1	1	2.3%
Mirtazapin (Remeron)	2	1	1.9%
Venlafaxin (Efexor)	2	1	6.4%
Klomipramin (Anafranil)	3	1	4.4%
Proklorperazin (Stemetil)	2	3	okänt
Perfenazin (Trilafon)	2	2	0.1%
Haloperidol (Haldol)	2	2	9.6%
Olazapin (Zyprexa)	2	2	2.7%
Risperidon (Risperdal)	2	2	4.7%
Klozapin (Leponex)	3	NEJ	
Litium (Lithionit)	3	3	varierar
Valproinsyra (Ergenyl)	NEJ	2	2%
Karbamazepin (Tegretol)	NEJ	2	4%
Lamotrigin (Lamictal)	2	3	11%

\* 1 = OK

2 = Bristande data eller rapporterade problem

3 = I undantagsfall efter noggrann avvägning

# = Data från [janusinfo.se](http://janusinfo.se) januari 2010

# PM: Litium i samband med graviditet

*Mats Adler*

Det finns stor erfarenhet av litiumbehandling under graviditet. Den tidigare höga risk för missbildningar som tillskrevs litium har tonats ner i senare undersökningar. Riskuppskattningen är mycket osäker, och framför allt har en ökad risk för hjärtmissbildningar rapporterats (1-3). Trots detta räknas litium som den troligen säkraste stämningsstabiliseraren under graviditet (4). Rapporter finns också om neonatala komplikationer i form av ”floppy baby syndrome”, kongenital hypotyroidism samt nefrogen diabetes insipidus. Uppföljning av barn som exponerats för litium har ej påvisat sena utvecklingsrubbnings. Om ett foster utsatts för litium under första trimestern finns ej anledning av detta skäl att rekommendera avbrytande av graviditet. Litium går över i bröstmjolk och koncentrationen av litium i barnets blod vid amning är cirka 25% av mammans blodkoncentration (5).

## 1. STÄLLNINGSTAGANDE TILL LITIUMBEHANDLING UNDER GRAVIDITET

En utgångspunkt för rådgivning är att ompröva all medicinering vid planerad eller konstaterad graviditet. En annan är att okontrollerad affektiv sjukdom under graviditet och nyföddhetsperiod innebär större risker än medicinering. Man måste alltså väga riskerna av litiumbehandling för fosterutvecklingen mot riskerna vid utsättning av farmaka. Återinsjuknanden innebär stor risk för både mam-

man och det växande fostret (4,6). Utsättning av litium hos gravida ledde till återfall hos 52% av fallen i en modern studie (7).

Detta är allmänna riktlinjer för rådgivningen:

- **Lågriskpatient.** Hos patient med affektiv sjukdom som varit stabil under lång tid och som inte tidigare uppvisat snabba eller allvarliga återinsjuknanden vid utsättning av farmaka rekommenderas vanligen att man gör ett försök att utsätta litium innan graviditet planeras. Litium måste utsättas långsamt, helst under tre månader (minst en månad), annars ökas risken för ett snabbt återinsjuknande (8).
- **Mellanriskpatient.** Överväg utsättande före graviditet, återinsättande av litium efter första trimestern.
- **Högriskpatient.** Patient med instabil sjukdom och/eller anamnes på snabba återinsjuknanden vid tidigare utsättningsförsök rekommenderas som regel att fortsätta med litium.

## 2. HANDLÄGGNING UNDER GRAVIDITET

- **Monitorering.** Oavsett beslut om medicinering måste den gravida kvinnan följas noggrant under hela graviditeten. Om kvinnan är utan medicinering måste det kliniska tillståndet följas. Vid behov ges nödvändiga farmaka eller ECT. Litium är

ofta förstahandsval vid behov av bipolär behandling under graviditet (valproat bör om möjligt undvikas).

- **Dosering.** Risken för fosterskador är dosberoende, så man bör eftersträva lägsta effektiva s-koncentration av litium. Litiumkoncentrationen sjunker vanligen under slutet av graviditeten och dosering måste oftast justeras uppåt. Vid litiumbehandling föreslås monitorering av s-li vid konstaterad graviditet och sedan varje månad, samt TSH, P-kreatinin och S-Ca vid några tillfällen under graviditeten.
- **Samordning med MVC och BB.** Samordning med MVC och BB måste göras. Ta personlig kontakt med ansvarig läkare och/eller barnmorska. Ett skriftligt behandlingsprogram bör upprättas som skickas både till MVC och förlossningsavdelning. Det bör innefatta praktisk planering för förlossningen och instruktioner för hur medicinering ska ske under och efter förlossningen. Frågan om medicinering under amning bör vara klarlagd i god tid före förlossningen. Om kvinnan skulle motsätta sig att kontakt tas mellan mödravård och psykiatri är det viktigt att veta att sekretesslagen inte hindrar utlämnande av uppgifter om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet (9).
- **Ultraljud under graviditet.** Om fostret exponerats för litium eller antiepileptika under den första trimestern bör ett ultraljud och fetal ekokardiografi göra i vecka 16-18. Som regel ombesörjes detta av MVC eller specialmödravården.

### 3. HANDLÄGGNING I SAMBAND MED FÖRLOSSNING

Postpartumperioden är en högriskperiod för insjuknande i depression, mani eller postpartumpsykos. Mellan 50 och 80% av bipolära insjuknar i någon form av affektiv episod inom 6 månader post partum, och 10-20%

utvecklar allvarlig mani eller psykos, om inte profylax ges (4,7). Risken för postpartumpsykos är som högst dag 2-14 efter förlossningen, men risken kvarstår åtminstone de första 6 månaderna. Patienterna måste få optimal handläggning i samband med partus för att minska denna risk.

- **Omvårdnad på BB.** Kvinnor med bipolär sjukdom bör få eget rum för att ges optimala förhållanden för sömn och omhändertagande. Tillfälliga doser av oxazepam eller zolpidem kan ges för att trygga sömnen post partum. Nyblivna mammor med bipolär sjukdom ska inte gå på tidig hemgång utan kvarstanna 3-7 dagar på BB efter förlossning. Om mamman medicinerat skall barnet undersökas dagligen av barnläkare på BB som också tar ställning till extra uppföljning av barnet efter utskrivning. Den nyblivna mamman ska träffa psykiater innan hemgång med planering för uppföljning.
- **Hydrering vid litiumterapi.** Det finns exempel på litiumbiverkningar hos moder och barn i samband med partus. Detta beror som regel på uttorkning av i samband med förlossningen och/eller alltför höga litiumkoncentrationer hos mamman. Kvinnor som medicinerar med litium bör därför ta prov på s-litium vid inkomsten till BB. Man måste vara uppmärksam hydreringen av kvinnan vid förlossningen. Hydreringen kan i ocomplicerade fall ske oralt, men man bör vid osäkerhet om uttorkning föreligger alltid överväga intravenös hydrering. Det är bra om navelsträngsprov kan tas från barnet vid förlossningen med analys av litiumhalt. S-litium på mamman tas innan utskrivningen från BB.
- **Justering av litiumdos.** I samband med förlossningen återgår kvinnans kroppsvattenvolym till det normala. Dosen av litium ska därför justeras åter till den dos hon hade innan graviditeten.

- *Insättande av litium profylaktiskt.* Litium är det enda preparat som har evidens för att förebygga postpartumpsykos och mani (10). Kvinnor med bipolär sjukdom typ I eller tidigare postpartumpsykos som inte redan är insatta på litium bör rekommenderas att sätta in litium post partum. Hos kvinnor med bipolär typ II eller bipolärt spektrum måste behovet av profylax vägas mot risken för barnet vid amning. Om man ger litium ska dosen vara den ordinarie och behandlingen inledas inom 24 tim efter förlossningen. S-litium tas efter 5-7 dagar. Om litium inte är lämpligt kan valproat eller olanzapin vara alternativa preparat, även om systematisk dokumentation saknas för dessa.

#### 4. LITIUM OCH AMNING

Litium har traditionellt ansetts inkompatibelt med amning men det absoluta litiumförbudet har allt mer luckrats upp. Det amerikanska barnläkarförbundet rekommenderar att amning ska ske med "försiktighet" vid litiumbehandling (11). Fall av komplikationer av litium har främst rapporteras vid litiumöverdosering av modern eller vid intorkning av det ammande barnet, till exempel vid gastroenterit. Som regel avråds dock från amning vid litiumbehandling, men det kan finnas fall då man tvingas välja mellan att tillåta amning eller att kvinnan utsätter en väl fungerande litiumbehandling. I dessa fall kan det vara mest tillrådligt att tillåta amning. Detta kräver dock samarbete mellan barnläkare och psykiater, med monitorering av såväl mamma som barn. Mamman bör alltid ha träffat barnläkare i god tid före förlossningen om detta alternativ övervägs. Om barnet föds prematurt avråds bestämt från amning om mamman är litiumbehandlad. Vid litiumbehandling under amning rekommenderas S-li, P-kreatinin, S-urea och TSH 6 veckor efter partus. Upprepa provtagning var 4-6 vecka utifrån klinisk bild i samråd med barnläkare (12). Vid risk för intorkning hos barnet (gastroenterit, feber) bör amningsfrekvensen minska eller upphöra tills barnet är bättre.

#### Referenser:

1. Källén B, Källen K. Läkemedel och fosterskador. JANUS. Läkemedelsinformation för sjukvården.; 2004.
2. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z et al. Management of Bipolar Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period. *Am J Psychiatry* 2004;161:608-620.
3. Cohen LS, Friedman JM, Jefferson JW, Johnson EM, Weiner ML. A reevaluation of risk of in utero exposure to lithium. *Jama* 1994;271:146-50.
4. Viguera AC, Cohen LS, Nonacs R, Baldessarini R. Management of Bipolar Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period: Weighing the Risks and Benefits. In: Cohen LS, Nonacs R, eds. *Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum*. 24 vol. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.;2005:53-76.
5. Viguera AC, Newport JD, Ritchie JC et al. Lithium and Lactation. Sixth International Conference on Bipolar Disorder. Pittsburgh, USA.;2005.
6. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarsen A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004;49:726-35.
7. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of Recurrence of Bipolar Disorder in Pregnant and Nonpregnant Women After Discontinuing Lithium Maintenance. *Am J Psychiatry* 2000;157:179-184.
8. Baldessarini RJ, Tondo L, Floris G, Rudas N. Reduced morbidity after gradual discontinuation of lithium treatment for bipolar I and II disorders: a replication study. *Am J Psychiatry* 1997;154:551-3.
9. Tryckfrihetsförordning 1949:105 och sekretesslag 1980:100.;1980.
10. Cohen LS, Sichel DA, Robertson LM, Heckscher E, Rosenbaum JF. Postpartum prophylaxis for women with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:1641-5.
11. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA et al. Breast-feeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
12. Viguera AC. Updates on Course and Treatment of Women With Bipolar Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period. Sixth International Conference on Bipolar Disorder. June 16-18, 2005. Pittsburgh, Pennsylvania. USA;2005.







