

Stadig flere kvinner ønsker keisersnitt på grunn av angst for fødselen. Ved de fleste fødeavdelinger påvirker dette oppfølgingen av de fødende og forløsningspraksisen

Vi vet for lite om fødselsangst

Internasjonale studier tyder på at inntil 20 % av alle gravide har sterk uro eller frykt for å føde, og antallet som ønsker å få keisersnitt, har økt markant i de senere år (1). Å føle utrygghet, frykt eller redsel forut for forløsningen er normalt, men hos noen kan frykten for å føde bli urimelig sterk i forhold til den objektive faren. I ekstreme tilfeller kan det utvikles en fobisk tilstand hvor kvinnen unngår å bli gravid eller krever abort selv om hun egentlig ønsker seg barn. Det kan av og til være vanskelig å trekke grensen mellom frykt og patologisk angst. Ved patologisk eller sykkelig angst har angsten mistet sin vanlige signalfunksjon. Den utløses da i objektivt ufarlige sammenhenger, er for sterk og langvarig i forhold til den objektive faren eller er rettet mot en fare som ligger urimelig langt inn i fremtiden. Når flere ulike symptomer (kriterier) er til stede og med en viss varighet, har kvinnen en angstlidelse, ifølge gjeldende diagnostiske systemer. Angsten er da av en slik alvorlighetsgrad at den fører til store begrensninger i dagliglivet eller til andre funksjonsnedsettelse. Vi vet også at det er sterk samvariasjon mellom angst og depresjon.

I dette nummer av Tidsskriftet presenteres en studie fra Kvinneklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, om fødselsangst (2). Kvinner med angst for å føde ble henvist fra primærhelsetjenesten til samtaler med to jordmødre med spesialutdanning i psykisk helse. Ikke overraskende hadde 80 % av disse kvinnene også tidligere hatt problemer med angst/depresjon. De ble delt inn i to grupper som ble sammenliknet – de som ønsket å bli forløst med keisersnitt og de som ikke ønsket det. I gruppen som ønsket å få keisersnitt, var det flere med alvorlig angst for å føde enn i gruppen av dem som ikke ønsket keisersnitt.

Også tidligere studier har vist at en stor andel av kvinner med angst for å føde ønsker keisersnitt (3), og i Oslo-området gjøres om lag 20 % av alle planlagte keisersnitt på indikasjonen fødselsangst. Dette er uheldig, dels fordi keisersnitt er forbundet med større risiko for den fødende enn vaginal fødsel, dels fordi det opptar store ressurser. Fødselsangst er imidlertid ikke noe entydig begrep, og det er viktig å prøve å finne ut mer om de bakenforliggende faktorer. Det er godt dokumentert at angst for å føde er assosiert med tidligere depresjon og/eller angst (4). Andre faktorer kan også være av betydning, så som tidligere traumatiske fødsler (5) eller seksuelle overgrep (6). Det finnes imidlertid fortsatt for lite forskningsbasert kunnskap om i hvilken grad de ulike komponentene bidrar og samspiller. Det er også liten kunnskap om betydningen av sosiodemografiske variabler, som for eksempel helserelatert atferd knyttet til utdanningsnivå. Naturligvis har ikke alle som ønsker seg keisersnitt nødvendigvis angst. Forskjellen mellom selvbestemt keisersnitt og keisersnitt på grunn av alvorlig fødselsangst vet vi per i dag for lite om. For å kunne studere dette på en tilfredsstillende måte trengs det store populasjonsbaserte undersøkelser som avspeiler den generelle befolkningen. En slik studie er på trappene i Norge nå.

Angst under svangerskapet er blitt relatert til en rekke negative følger, slik som for tidlig fødsel, økt behov for smertestillende, langvarig fødsel og økt risiko for akutt keisersnitt. Veksthemming hos fosteret og oksygenmangel hos den nyfødte forekommer oftere ved angst hos moren, muligens på grunn av økt resistens i livmorens arterier (7). Angst hos moren er også forbundet med problemer med ammingen, negativ påvirkning av tilknytningen

mellom mor og barn samt postpartumdepresjon (8). Til tross for at patologisk angst for fødselen kan ha alvorlige konsekvenser, vet vi fortsatt svært lite om årsaksforholdene.

Det har vært reist tvil om fødselsangst er en egen og spesiell type angst eller om den kan knyttes til en veldefinert angstlidelse. Det mangler imidlertid studier hvor man har relatert fødselsangst til diagnosebaserte kriterier for ulike typer av angstlidelser. På mange måter kan fødselsangst minne om tannlege- eller legeskrekk, som er spesifikke fobier. Unngåelsesatferd er karakteristisk for slike tilstander. Det er også blitt påpekt at psykometriske instrumenter konstruert for å måle generelle angstsymptomer ikke er egnet til å måle angst for å føde. En forskergruppe i Sverige har derfor konstruert en egen skala for å måle fødselsangst (9). Hvorvidt denne skalaen samvarierer med diagnosebaserte kriterier for angst er ikke undersøkt. Ved flere norske sykehus er det opprettet behandlingstiltak med det formål å bearbeide fødselsangsten. 5–10 % av de fødende i Oslo-området har vært i kontakt med slike behandlingstilbud. Vi har imidlertid ingen kunnskap om hvorvidt slik intervensjon har noen effekt på kvinnens angstsymptomer eller velbefinnende.

Mange kvinner med fødselsangst blir forløst med planlagt keisersnitt. Vi vet ikke om det gir dem en bedre fødselsopplevelse eller mindre angst. For å kunne optimalisere svangerskaps- og barselomsorgen trengs det mer kunnskap om hva fødselsangst egentlig er og om hvilke bakenforliggende faktorer som er de mest sentrale i den generelle befolkningen. Økt kunnskap vil kunne gi bedre muligheter for forebygging og behandling.

Malin Eberhard-Gran
malin.eberhard-gran@fhi.no

Malin Eberhard-Gran (f. 1961) er lege, dr.med. og forsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helse Øst Kompetansesenter for helsetjenesteforskning. Vitenskapelig hovedinteresse er svangerskapsrelatert psykisk helse og psykometri.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Sjøgren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 948–52.
2. Halvorsen L, Nerum L, Øian P et al. Er det sammenheng mellom psykiske belastninger og ønske om keisersnitt? *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1388–91.
3. Kolås T, Hofoss D, Daltveit AK et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 864–70.
4. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M et al. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 148–54.
5. Sjøgren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997; 18: 266–72.
6. Eberhard-Gran M, Slinning K, Eskild A. Fear during labor: the impact of sexual abuse in adult life. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008; DOI:10.1080/01674820802075998.
7. Teixeira J, Fisk N, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 1999; 318: 153–7.
8. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K et al. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 426–33.
9. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998; 19: 84–97.