

NÅR DET IKKE ER LYKKEN AT BLIVE MOR

Tekst: **Susanne Rose Brønnum**
Foto: **Susanne van Deurs**

Om efterfødselsreaktioner som følge af traumatiske oplevelser under graviditet, fødsel og barsel

At blive mor er i sig selv udfordrende, og mange kvinder udvikler psykiske og fysiske reaktioner med store konsekvenser for dem selv, for parforholdet og deres børn. I klassisk kriseteori skelnes mellem livskrise og traumatisk krise (Cullberg 2007). Siden 1980'erne er efterfødselsreaktioner overvejende blevet forstået som tegn på livskrise, der kunne føre til læring og udvikling, men også med risiko for et lavere funktionsniveau end før. Behandlingen var med psykodynamisk udgangspunkt ofte langvarig og involverede terapi på egne barndomsoplevelser og særligt forholdet til mor. Traumeaspektet blev dermed sekundært, selvom graviditet, fødsel og barsel ofte indebærer akutte hændelser, som kan opleves traumatiske og forårsage langvarig angst og depression.

Frekvensen af kvinders efterfødselsreaktioner i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel angives så forskelligt som 5-25 %. Højest, når kvinderne selv vurderer graden af reaktioner, og lavest, når der kun medtages reaktioner, som opfylder gældende diagnosekriterier for fødselsdepression og PTSD.

Forskere hævder at det i praksis er svært at skelne mellem, hvornår efterfødselsreaktioner er tegn på udviklingskrise og hvornår tegn på psykisk sygdom. Det kritiseres, at diagnoser som fødselsdepression og PTSD gives på baggrund af meget uens kriterier, og at en del kvinder gives diagnoser uden fx at være klinisk syge (O'Hara og McCabe 2013). Siden indførelsen af begrebet efterfødselsreaktioner 1980'erne er der kommet ny viden om og øget fokus på betydningen af traumatiske hændelser gennem graviditet, fødsel og barsel. Mødet med liv og død kan igangsætte eksistentielle overvejelser, men kan også føre til forskellige grader af angst og depression.

Begrebet efterfødselsreaktioner blev 'opfundet' af GAIA-instituttet i Danmark i 1980'erne som betegnelse for både lette og mere alvorlige fysiske, psykiske og tankemæssige forstyrrelser i forbindelse med at blive mor. På trods af navnet optræder efterfødselsreaktioner allerede i tidsrummet fra graviditetens indtræden og til ca. et år efter fødslen, og begrebet betegner såvel udviklingskrise som psykisk sygdom (Lindved, K i Am-

mitzbøl 2012). Begrebet kritiseres af nogle for at være upræcist og ikke at skelne nok mellem udviklingskrise og psykisk sygdom (Ammitzbøl 2012).

Mange faktorer disponerer tilsammen for udvikling af efterfødselsreaktioner. I praksis ses ofte en blanding af genetisk sårbarhed, egen familiebaggrund, identitetsforandring, tab af frihed, eksistentielle overvejelser, traumatisk fødselsoplevelse, usikkerhed på hvordan et spædbarn passes og stor afstand mellem forventning og virkelighed (Modh et al 2011; O'Hara og McCabe, 2013; Brønnum 2013).

I nyere tid har traumeaspektet fået en mere fremtrædende rolle i forståelse og behandling af kvindernes ef-

terfødselsreaktioner. Diagnosen PTSD anvendes i stigende grad i forbindelse med fødsler. Hermed lægges fokus på at bearbejde selve den traumatiske hændelse, behandlingen er ofte af kort varighed og har ikke fokus på læring og personlig udvikling (Sundhedsstyrelsen 2009). I artiklen gøres rede for, hvorfor behandling af evt. traumatiske oplevelser giver mening, når en kvinde henvender sig med tegn på efterfødselsreaktion, vel

vidende at korttidsterapien har begrænsninger i forhold til dyberegående terapiforløb.

Efterfødselsreaktioner befinder sig i et krydsfelt mellem sundhedsfaglige og psykiatriske problemstillinger og personlig vækst og udvikling. Fagfolk strides om, hvad reaktionerne skal kaldes, og hvorvidt de er forårsaget af udviklingskrise eller psykisk sygdom (Ammitzbøll 2012).

Eftersom det almindeligvis antages, at årsagerne til efterfødselsreaktioner er multifaktorielle, og at det har stor betydning for kvinden, familien og ikke mindst spædbarnet, at hun hurtigt genvinder de nødvendige ressourcer til at være en tilstrækkeligt god mor, er der grund til at se nærmere på, hvilken behandling der bedst møder kvindernes behov.

Foruden kvindernes reaktioner er der hensynet til det nyfødte barns fysiske og psykiske trivsel og udvikling.

Et stigende antal nyfødte indlægges med trivselsproblemer, og det har, sammenholdt med nyere forskning i hjernens udvikling og tidlig tilknytning, betydet, at sundhedssektoren de sidste år har øget sit fokus på mødres og fædres trivsel i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.

Chok og traumer udgør kun del af efterfødselsreaktioner. I denne artikel prioriteres traumespektet, ligesom artiklen hovedsageligt tager udgangspunkt i kvindernes reaktioner. Fædre rammes også af efterfødselsreaktioner, men de afviger på væsentlige punkter fra kvindernes med hensyn til disponerende faktorer og reaktionernes udtryk. Jeg har derfor i denne artikel fravalgt at beskrive deres problemstillinger.

UTRYGGE OG KRISEPRÆGEDE

For mange kvinder er fødslen af eget barn hendes første erfaring med spædbørn overhovedet, hvilket ofte kan betyde en grundlæggende utryghed i forhold til helt elementære spørgsmål vedrørende barnets behov. I behandlingen af kvinder med efterfødselsreaktioner vil der derfor ikke sjældent være behov for rådgivning om amning eller andre emner vedrørende spædbarnets pasning. Kvinden vil desuden ofte have spørgsmål vedrørende fødslen og de fysiske forandringer, hun oplever. Samtidig med de sundhedsfaglige problematikker er graviditet, fødsel og barsel også en tid med store personlige forandringer og en gunstig periode for individuel vækst og udvikling.

I klinikken er kvinderne triste, trætte og usikre. De oplever det som umenneskeligt hårdt at være blevet forældre. På trods af massiv træthed har de svært ved at sove, og de beskriver, at de aldrig er blevet sig selv igen efter en fødsel, der godt kan ligge måneder og år før den første konsultation. De kan have svært ved at tale om eller tænke på fødslen uden igen at blive følelsesmæs-



Modelfoto: S. van Deurs

sigt overvældet, og de undgår veninder, der får børn. De beskriver, hvordan det bringer gråd eller irrationelt raseri frem, når de passerer det hospital, de fødte på. De forstår ikke selv deres adfærd og er ofte skamfulde over den manglende selvkontrol.

På trods af, at de fleste passer deres børn godt, mangler de selvtillid i deres nye rolle som mor. Mange anfører uopfordret, at de ikke føler kærlighed til deres børn, hvilket de har svært ved at tale om, og de kan have svært ved at rumme barnets skrig og gråd. Alligevel har de svært ved at overlade barnet til andre, og selv få lidt aflastning. I parforholdet er konfliktniveauet højt, og mange hævder, at de aldrig ville have fået børn, hvis de havde vidst, hvor svær en tid det ville blive. Mange er, inden de bliver mødre, vant til stor selvstændighed og frihed. De er opvokset i en tid med mange valgmuligheder og har ofte oplevet succes i forbindelse med studier og karriere. De er målrettede og vant til at tage ansvar og at have medindflydelse på de fleste forhold.

Mange er overraskede over, hvor hårdt ramt de er blevet. De ved ikke, hvad der skal til for at få det bedre, og de føler sig i forbindelse med graviditeten magtesløse i forhold til naturens kræfter.

CHOK OG TRAUMER

Siden indførelsen af begrebet efterfødselsreaktioner 1980'erne er der kommet ny viden om og øget fokus på betydningen af traumatiske hændelser gennem graviditet, fødsel og barsel. Mødet med liv og død kan igangsætte eksistentielle overvejelser, men kan også føre til forskellige grader af angst og depression.

Min erfaring er, at når kvinder er traumatiseret i et efterfødselsforløb, er fødslen kun én mulig årsag. Barselsperioden kendetegnes ved fraværet af faste rutiner samt måneders usikkerhed og søvnunderskud. Summen af hændelser, længden af den overvældende periode og hvor meget støtte, kvinden får, spiller ligeledes en stor rolle.

Med min jordemoderbaggrund har jeg altid haft fødslen og den tidlige barselstid i fokus, når kvinderne henvendte sig med efterfødselsreaktioner. At få barn er en

langvarig kropslig udfordring, hvor rationelle betragtninger ofte kommer til kort. Jeg har erfaret, at mange finder det skræmmende og overvældende at opleve styrken af naturens kræfter under en fødsel og måske for første gang i livet stifte bekendtskab med liv og død. I akutte situationer er der, trods kvaliteten af moderne svangreomsorg, ind imellem stadig livsfare

for mor og/eller barn, og selvom situationen ikke objektivt indebærer livsfare, kan nervesystemet alligevel reagere på, at hun selv oplever det sådan.

Enhver fødsel indebærer forhold, der vides at indebære risiko for udvikling af PTSD:

- Der sker ofte akutte, ikke forudsigelige hændelser, som kan være overvældende og hvor kvinden føler sig hjælpeløs eller magtesløs og handlingslammet.
- Forløbet kan indebære faktisk eller forestillet trussel om død, og hele forløbet er langvarigt og uden mange muligheder for at holde pause eller ligefrem stikke af undervejs, hvis det bliver for meget.
- Komplicerede fødselsforløb af alle slags, men i særdeleshed hvor kvinden har blødt meget, født for tidligt, oplevet store smerte eller følt sig svigtet og magtesløs, når der blev foretaget akut kejsersnit, eller hvor den nyfødte indlægges på børneafdeling, indebærer høj risiko for udvikling af PTSD

eller PTSD-lignende tilstande med høj *arousal* og dissociering. (Andersen et al; Hart, S.)

Opholdet på barselsgangen skulle gerne bidrage med tilstrækkelig støtte, ro og empati til, at kvinden kan fordøje de traumatiske oplevelser, og nervesystemet kan falde til ro. Virkeligheden i sundhedsvæsenet er dog alt for ofte en så presset hverdag, at kvinderne overlades alt for meget til sig selv. Et barselsforløb indebærer sjældnere akutte situationer. Men når det kompliceres af fx ammeproblemer eller en syg nyfødt, kan det i kombination med udmattelse, usikkerhed og smerter være helt uoverskueligt for kvinden. Mange finder det meget sværere at være konstant til rådighed for et andet menneske, end de havde troet. De er ikke forberedt på, hvor hårde de første måneder kan være, og hvor lidt anerkendelse de får ud af anstrengelserne. Ved ubehandlede traumer kan det være særdeles svært for kvinden at have ressourcer til at håndtere situationen på en tilfredsstillende måde, og hun klager ofte over, at hun ikke føler sig som mor.

TRAUMEBEHANDLING VED EFTERFØDSELSREAKTIONER

Når klienten henvender sig til mig, er nervesystemet ofte fastlåst i høj *arousal*, og regulering af nervesystemet og gradvis tilbagevenden til kroppen er derfor det primære fokus. Sammen lægger vi en overordnet plan for forløbet, herunder hvilke succeskriterier hun evt. selv har for forløbet. Det kan være så enkelt som at blive lidt gladere, eller hun gerne vil kunne se en venindes nyfødte barn. Måske ønsker hun at kunne blive klar til en ny graviditet.

Derefter begynder det traumeterapeutiske arbejde. Når kvinden indledningsvis fortæller om forløbet, sker det ofte i form af en fortælling, hun har lært sig udenad. Det lyder mekanisk og kan i første omgang se ud, som om hun er uberørt. Det er ofte nødvendigt at bede hende sænke tempoet og fortælle i korte sætninger, som jeg både verbalt og kropsligt spejler indholdet af. At høre og opleve sine egne ord gentaget er en stærk oplevelse, men ofte nødvendigt for at kvinden på ny kan integrere fraspaltede sansninger, tanker og følelser.

Når en nybagt mor rammes af en efterfødselsreaktion, påvirker det lysten og overskuddet til at være mor. Det kan få alvorlige konsekvenser for barnet, hvis hjerne de første år er i rivende udvikling og afhængig af kontaktfuld samvær for at udvikles normalt (Andersen et al 2006; Hart 2006).

Når mor oplever traumatiske hændelser, kommer det autonome nervesystem ud af balance, med øget *arousal* (alarmberedskab) og påvirkning af emotionelle, relationelle og kognitive funktioner (Hart 2006).

Det lille barn kan ikke vente på et langt terapeutisk forløb, hvorfor terapi med nybagte mødre må have en anden karakter end ved mange andre former for krise og udvikling (Stern 2000; Sundhedsstyrelsen 2009).

Undervejs anvendes alle former for aktive- og beroligende kroparbejde, som støtter tilbagevenden til kroppen: groundende øvelser, åndedrætsøvelser og mindfulness-teknikker som kropsscanning og nærværøvelser. På den måde gennemgås forløbet – sjældent kronologisk, men i det tempo klienten er klar til at tale om det, se billeder

fra fødslen og læse det nedskrevne fødselsforløb, som kvinden kan få fra fødestedet.

Fra mit synspunkt er traumebehandlingen forløbet tilfredsstillende, når hun kan tale sammenhængende om sit forløb, eller når hun fx igen kan køre forbi hospitalet, hvor hun fødte, uden at dissociere eller blive overvældet undervejs. Jeg lægger vægt på, at hun bliver i stand til at læse fødselsforløbet igennem og se de billeder, der blev taget undervejs. Jeg har mange gange oplevet, hvordan hun ændrer syn på billederne fra at være hæslige og skræmmende, til at de hjælper hende til at få øje på, at der trods alt var positive elementer undervejs. Det kan være en person, der mødte hende i øjenhøjde midt i alt det svære, eller det gode samarbejde med partneren undervejs.

At blive i stand til at se, hvordan andre mennesker ønskede at hjælpe hende undervejs, kan have stor be-

tydning for, at hun kan genskabe tillid til andre og se realiteterne i øjnene for bedre at kunne rumme og forstå, hvad der faktisk skete, uden hverken at overdrive eller negligere hændelsen.

Det er ofte meget skamfuldt for hende, når hun ikke synes, hun 'klarede det'. På baggrund af den mere realistiske tilgang drøftes forskellen på forventninger og faktisk virkelighed. Det er ofte muligt at få øje på nye succeskriterier, som kan ændre hendes fokus fra nederlag til stolthed.

FAR OG BARN MED

Behandling af traumatiske fødselsoplevelser hos kvinder med efterfødselsreaktioner adskiller sig fra behandling af andre traumereaktioner, fordi det kan være svært at holde fokus alene på behandlingen af traumat. Sessionernes forløb afhænger af, hvilke problemstillinger der trænger sig på den pågældende dag, fx amme problemer eller ny adfærd hos barnet, som vækker bekymring. Problemer i parforholdet er ofte på dagsordenen. At få barn er på mange måder en stor belastning for nybagte forældre, og når mor eller far har det skidt, eskaleres konflikterne ofte.

Jeg tilbyder derfor at supplere de individuelle sessioner med sessioner, hvor både mor og far er til stede, og hvor de samlede ressourcer og problemstillinger samt min vurdering af forløb og varighed afdækkes og gøres åben for begge parter. Hensigten med dette er, at parret bliver klogere på de udfordringer, de står overfor, hvordan de henholdsvis nedtrapper og eskaleres konflikter, og at de støttes til at

finde egne løsninger på såvel praktiske som kommunikative problemstillinger. Det har ofte vist sig at give akut bedring i et belastet parforhold.

Spædbarnet er ofte med i sessionerne, hvilket langt hen ad vejen er uproblematisk og desuden giver god mulighed for at støtte mor/barn relationen, hvor det behøves. Det er åbenbart, at barnet reagerer positivt på, at mors nervesystem begynder at falde til ro. Det kan dog selv sagt være en udfordring, hvis barnet er uroligt, eller når barnet bliver ældre end 3-5 måneder. Her kræver de ofte opmærksomhed på en måde, som besværliggør terapien.

BEHOV FOR BRED FAGLIGHED

Når kvinder (og mænd) rammes af efterfødselsreaktioner, er der sædvanligvis mange faktorer involveret, og der vil ofte være behov for en god blanding af akut traumebehandling, personlig udvikling, parterapi samt sundhedsfaglig og pædagogisk rådgivning. Reaktionen kendetegnes ved befinde sig i et krydsfelt mellem psykodynamiske problemstillinger, eksistentielle overvejelser og akutte traumer. Herudover vil der meget ofte være behov for praktisk støtte og rådgivning mht. at få hverdagen til at fungere med et lille spædbarn og en mor/far, der fysisk og psykisk i en periode har meget få ressourcer.

Bearbejdning af traumatiske hændelser er væsentligt forskellig fra fx en psykodynamisk tilgang. Når man som psykoterapeut behandler kvinder og mænd med efterfødselsreaktioner, er der behov for brede faglige kompetencer og evne til at skelne mellem de forskel-

lige problemstillinger, som dog ofte har fælles overlap. Mødet med liv og død indebærer mange eksistentielle overvejelser, som kan være udviklende, men også kræver overskud at forholde sig til.

I terapi med kvinder med efterfødselsreaktioner er det nødvendigt at tage hensyn til det spæde barns behov ved om muligt at prioritere relationel støtte og hurtig bedring hos mor højere end et langvarigt og mere traditionelt psykodynamisk terapiforløb med fokus på indsigter og selvudvikling. Det er min erfaring, at bearbejdningen af det aktuelle traume ofte fører til afslutning af terapien, men at enkelte har behov for at fortsætte i et længerevarende terapeutisk forløb. Det lykkes ofte kvinden på forbavsende få sessioner at få bedre jordforbindelse og at genvinde sine ressourcer. Der er således ofte tale om korttidsterapi, hvilket giver stor mening i kvindens aktuelle livssituation.

LITTERATUR

- Ammitzbøll, J (2012). *Fødselsdepression – der er hjælp at få!* Frederiksberg: Frydenlund.
- Andersen, LB, Melvaer, LB, Videbech, P, Lamont, RF, Joergensen, JS (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obst et Gyn Scand*, Vol.91, issue 11, s.1261-1272. November 2012.
- Brinkmann, S (2010). *Det diagnosticerede liv: sygdom uden grænser* s.15-31 og s.273-285. Århus: Klim.
- Brockington, I (2005): A historical perspective on the psychiatry of motherhood (s.1-5) I: Riecher-Rössler, A, Steiner, M *Perinatal stress, mood and anxiety disorder*. Basel: Karger.com.
- Brønnum, Susanne Rose (2010). *Begreber, værdier og pædagogik i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Svangreomsorgen*. Upubliceret opgave. DPU, Aarhus Universitet, modul 1 opgave vinter 2010.
- Brønnum, Susanne Rose (2013). *Er det lykken at blive mor? En undersøgelse af kvinders psykiske reaktioner og mulighed for at udvikle personlige kompetencer i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel*. Upubliceret masterafhandling. DPU, Aarhus Universitet. August 2013.
- Cullberg, J (2007). *Krise og udvikling*. København: Hans Reitzel.
- Elklit, A: PTSD – En afløser for krisebegrebet? I: Sabroe, K-E, Kristensen, H & Hegnsvad, C (1994). *Psykologi i et jubilæumsperspektiv: rapport fra et 25 års-jubilæumseminar* (s.221-243). Ris-
- skov: Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.
- Gamble, J, Creedy, D (2004). *Content and processes of Postpartum Counselling after a Distressing Birth Experience: A review*. *Birth*, 31:3 September 2004.
- Goodmann, JH, Santangelo, G (2011). *Group Treatment for postpartum depression: a systematic review*. *Arch Womens Health*. 2011 Aug; 14(4):277-93 doi: 10-1007/s00737-011-0225-3. Epub 2011 Jul 1.
- Hart, S (2006a). *Hjerne, samhørighed, personlighed: Introduktion til neuroaffektiv udvikling*. (5. oplag 2012). Kbh.: Hans Reitzel.
- Hart, S (2006b). *Betydningen af samhørighed: om neuroaffektiv udviklingspsykologi*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Jacobsen, B (1998). *Eksistensens psykologi: en introduktion*. Kbh.: Hans Reitzel.
- McQueen, K et al (2008). *Evidence-based Recommendations for depressive Symptoms in Postpartum Women*. *JOGNN*, 37, 127-136. DOI: 10.1111/j.1552-6969.2008.0215.x.
- Modh, C (PhD Student), Lundgren, I (PhD, Ass.Prof.) & Bergbom, I (Prof.Dr.Phil) (2011). *First time pregnant womans experiences in early pregnancy*. *Int J Qualitative stud Health Well-being* 2011, 6:5600-DOI: 10.3402/qhw.v6i2.5600.
- O'Hara, Michael W, Jennifer E McCabe (2013). *Postpartum Depression: Current Status and Future Directions*. *Annual Review of Clinical Psychologi* (2013.) 9:6.1-6.30.
- Sjöblom, I, Nordström, B, Edberg, A (2006). *A qualitative study of womens experience of home birth in Sweden*. *Midwifery* 22, s.348-355. Lund University, Sweden.
- Stern, D (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden: et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv* (3. udg. 2005). København: Hans Reitzel.
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Forbrug af antidepressive midler i forbindelse med graviditet og fødsel 1997-2006*. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2007:20. Årgang 11. Nr. 20 (SST, 2007).
- Sundhedsstyrelsen (2009). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København: Center for forebyggelse.



Susanne Rose Brønnum er jordemoder, psykoterapeut MPF, chock-traume terapeut og supervisor for sundhedsprofessionelle, psykoterapeuter, familiterapeuter og psykologer. Master i voksnes læring og kompetenceudvikling 2013. Har mange års klinisk erfaring som jordemoder og psykoterapeut med speciale i efterfødselsreaktioner og traumatiske fødselsoplevelser.