



## POSTTRAUMATISK STRESS EFTER FÖRLOSSNING

Helen Edfalk

### Sammanfattning

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSS) drabbar mellan 1 och 7% av alla förlösta kvinnor. Detta "dokument" redogör för symtom och presenterar forskning kring förekomst, riskfaktorer och behandling.

### Inledning

Som psykolog inom mödra- och barnhälsovården möter jag bland annat gravida kvinnor samt nyblivna mammor som söker psykolog på grund av diverse problem. Något som den senaste tiden fångat mitt intresse är de kvinnor som kan diagnostiseras med posttraumatiskt stressyndrom (PTSS) efter förlossning. Det är inte en stor grupp kvinnor, mellan 1 och 7% av alla förlösta drabbas men långt ifrån alla av dessa upptäcks och får behandling (Wijma et al, 1997, Czarnocka & Slade, 2000, Söderqvist, 2002). Dessa kvinnor upplever ett stort lidande både på grund av sina symtom men också på grund av upplevelsen av minskat socialt stöd som ofta följer på detta (Söderqvist, Wijma & Wijma, 2002). Vi är inom mödra- och barnhälsovården relativt bra på att fånga upp och behandla kvinnor med postpartum depression där vi använder oss av EPDS (Edinburgh postnatal depression scale) för screening samt stödjande samtal för behandling. Hur kan vi bli bättre att hitta och bemöta kvinnorna med PTSS inom Mödra- och barnhälsovården? Min kunskap i diagnostisering samt behandling av dessa kvinnor känns viktig att bygga på och det är glädjande att det under senare år publicerats en hel del forskning inom området och att flertalet studier är gjorda i Sverige.

Mitt "dokument" är en liten introduktion i ämnet för mina nya kollegor och kan kanske användas som ett stöd i den vidareutbildning för barnmorskor och bvc-sköterskor som vi psykologer är delaktiga i.

### Posttraumatiskt stressyndrom

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSS) är något man vanligtvis kopplar samman med krig och katastrofer. Vietnamveteranerna var de första att få diagnosen. PTSS är idag ett väl studerat fenomen och de flesta studierna är gjorda på människor som varit utsatta för extremt stressande händelser så som krig, katastrofer, olyckor och sexuella övergrepp. Vissa kritiker vill nog hävda att förlossning ej är en potentiell stressor som kan utlösa PTSS på grund av att förloppet är förutsägbart (graviditet följs av förlossning) samt att den generellt associeras med glädje och ses på som en positiv livserfarenhet (Söderqvist, 2002). Men vi som arbetar i mödra- och barnhälsovården möts ständigt av människor som mår psykiskt dåligt i detta skede av livet och erfarenheten säger oss att just dessa förväntningar gör det extra svårt att våga erkänna att man mår dåligt och att söka hjälp.

Att förlossningen är förutsägbart i det att den kommer att inträffa men att man inte vet dess förlopp och utgång gör att den skiljer sig från andra traumatiska händelser. Just den osäkerhet som en förlossning innebär är det många kvinnor som fruktar och ser som ett hot. Det finns starka samband mellan förlossningsrädsla och PTSS efter förlossning (Wijma, Söderqvist & Wijma, 1997). Jag har valt att beskriva symtomen vid PTSS enligt DSM IVs diagnoskriterier (APA, 1998). DSM är

ständigt under revidering och något som kan komma att ändras är kriterium A, att personen varit med om en traumatisk händelse. I senare forskning har man sett att symtom på PTSS kan förekomma hos personer där det föreligger ett reellt hot om att något traumatiskt kommer att hända (Söderqvist et al, 2004, Kaiser, Heston, Hickerson, Millsap, Nunn & Pruitt, 1993, refererad i Söderqvist et al, 2004).

### **Symtom vid PTSS**

Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:

personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet

personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck.

Den traumatiska händelsen återupplevs om och om igen på ett eller flera av följande sätt:

återkommande, påträngande och plågsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner relaterade till händelsen.

återkommande mardrömmar om händelsen.

handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt

intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen

fysiologiska reaktioner på inre och yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen

Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig vitalitet (som inte funnits före traumat) enligt tre eller flera av följande kriterier:

aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat

aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat

oförmåga att minnas någon viktig del av traumat

klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter

känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor

begränsade affekter

känsla av att sakna framtid

Ihållande symtom på överspändhet (som inte funnits före traumat), vilket indikeras av två eller fler av följande kriterier:

svårt att somna eller orolig sömn

irritabilitet eller vredesutbrott

koncentrationssvårigheter

överdriven vaksamhet

lättskrämhet

Störningen (enligt kriterium B, C och D) har varat i mer än en månad.

Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

Ur DSM IV (APA, 1998).

### **Förekomst av PTSS i samband med förlossning**

Ett antal studier är gjorda på området och mellan 1 och 7% av alla kvinnor drabbas efter förlossningen (Wijma et al, 1997, Czarnocka & Slade, 2000, Söderqvist, 2002). Det är vanligare bland förstagångsfödorskor. Symtomen kan uppkomma direkt efter traumat men det är inte ovanligt att PTSS uppkommer lång tid efter traumat, det kan ibland handla om flera år senare (Söderqvist, 2002). Debuten kan ske efter en ny upplevelse som på något sätt påminner om traumat tex ett våldtäktsoffer som utvecklar PTSS efter förlossning (Zoellner, Feeny, Cochran & Pruitt, 2003).

Söderqvist et al (2004) har också studerat förekomsten av PTSS hos gravida kvinnor så kallad "pre"-traumatisk stress. 2.3% uppfyllde alla DSM IV kriterier och så många som 5.8% uppfyllde kriterierna B, C och D. Många av de som lider av "pre"-traumatisk stress kommer efter förlossningen att utveckla PTSS.

PTSS förekommer ofta i samband med andra problem så som depression, någon form av

ångeststörning eller missbruk (McFarlane, 2000, refererad i Söderqvist, 2002).

### **Vem drabbas**

Alla som utsätts för trauma drabbas ej av PTSS. Många kan uppleva några av de symtom som ingår i PTSS (Akut stressyndrom) men symtomen avtar med tiden. Det har visat sig att det snarare är vissa variabler hos individen snarare än hos själva händelsen/traumat som avgör vem som drabbas av PTSS (Söderqvist, 2002, Ehlers & Clark, 2000).

Riskfaktorer före traumat:

I Söderqvist avhandling från 2002 framkommer flera riskfaktorer, depression, svår förlossningsrädsla, "pre"-traumatisk stress, kontakt med psykolog under graviditeten samt psykiska problem tidigare i livet. Andra studier har visat att hög generell ångestnivå (trait anxiety), dåliga copingstrategier för att hantera stress samt upplevt låg socialt stöd är andra riskfaktorer (Czarnocka & Slade, 2000).

Riskfaktorer under/efter traumat:

Kvinnor som genomgått en instrumentell vaginal förlossning eller ett akut kejsarsnitt löper större risk att utveckla PTSS men den stora gruppen kvinnor med PTSS återfinns i gruppen med normala vaginala förlossningar (Söderqvist, 2002). Känslor av kraftlöshet, brist på information, upplevelsen av fysisk smärta, upplevelsen av osympatisk attityd hos personalen, avsaknad av samtycke från patientens sida gällande tillvägagångssätt är andra riskfaktorer under förlossningen (Menage, 1993 refererad i Söderqvist, 2002). I Söderqvist studie från 2002 skattar kvinnorna med PTSS kontakten med personalen på förlossningen som mera negativ.

Ehlers & Clark (2000) presenterar i en artikel en kognitiv modell av hur PTSS uppstår och vidmakthålls. De menar att de personer som utvecklat PTSS kognitivt hanterar traumat på ett sätt som leder till en känsla av allvarligt hot. Denna känsla kommer som en konsekvens av: överdrivna negativa värderingar av traumat och/eller dess följder samt

2) en störning i det autobiografiska minnet som karaktäriseras av dålig genomarbetning och strukturering vid lagrandet av minnet, starkt associativt minne och stark perceptuell priming. Då känslan om hotet väcks följs det av "återupplevande" av traumat. Detta motiverar ett antal beteenden och kognitiva strategier som på kort sikt har för avsikt att reducera den smärtfyllda återupplevelsen men som på lång sikt resulterar i ett vidmakthållande av de ofördelaktiga kognitiva strategierna och därmed vidmakthålls det posttraumatiska stressyndromet.

En viktig faktor som skyddar mot PTSS verkar, som för många andra sjukdomar, vara det sociala stödet (Söderqvist, 2002). Socialt stöd har definierats som "resurser tillhandahållna av andra människor" (Cohen & Syme, 1985, refererad av Währborg, 2002). Släkt och vänner, det sociala stödet, har en skyddande effekt både genom att finnas där som stöd och lyssna samt att som samtalspartners kunna bidra med kognitiva strategier för att hantera det som hänt (Ryden & Stenström, 1994, Währborg, 2002). I otaliga studier har man kunnat visa hur viktigt det sociala stödet är inte minst för nyblivna föräldrar (Ryden & Stenström, 1994).

### **Varför diagnostisering och behandling**

Man har i vissa studier sett att PTSS inte spontant minskar eller försvinner (Söderqvist, 2002, Andrykowski et al, 2000, refererad i Söderqvist, 2002). Däremot minskar antalet posttraumatiska stressymtom hos de kvinnor som inte uppfyller alla kriterier för PTSS efter förlossning (Söderqvist, 2002). Obehandlad PTSS resulterar ofta i långdragna förlopp med svårt stressrelaterade komplikationer som t ex hjärt- och kärlsjukdom (Währborg, 2002) och överkänslighet i HPA-axeln, vilket innebär att kroppen reagerar kraftigt vid varje ökning av kortisolkoncentrationen (Hertting & Samuelsson, 2000). Smärttillstånd är också vanliga hos dessa patienter. En teori är att traumatiska upplevelser kan sätta spår som förändrar smärtfysiologin vilket leder till ökad smärtekänslighet (Währborg, 2002). Dessutom leder PTSS ofta till isolering med ökad risk för depression, självmord och ökad benägenhet att råka ut för olyckor (Währborg, 2002). Symtomen kan leda till påfrestningar både i relationen till barnet, mannen samt andra anhöriga och de drabbade kvinnorna upplever ofta ett försämrat socialt stöd (Söderqvist, 2002).

### **Diagnostisering**

Vissa kvinnor söker psykolog i mödra- och barnhälsovården på grund av sina upplevelser från förlossningen. När vi möter dessa klienter är det självklart med en noggrann genomgång av förlossningsupplevelsen. De allra flesta söker dock psykologen med mycket diffusare problemställningar och symtom. Eftersom undvikandet är ett av huvudsymtomen hos klienter med PTSS är det inte självklart att de självmant berättar om sin förlossningsupplevelse utan lägger vikt på andra problem. Det är viktigt att man alltid frågar ingående kring förlossningen då kvinnor söker hjälp i mödra- och barnhälsovården, även om förlossningen ligger många år bakåt i tiden, eftersom studier visat att patienter med PTSS tenderar att behålla sina problem om de ej får behandling (Söderqvist, 2002).

Efter ett noggrant bedömningsamtal är det inte svårt för en psykolog att använda sig av DSM IVs kriterier för PTSS för att kunna ställa diagnos. Wijma, Söderqvist och Wijma (1997) har utarbetat ett frågeformulär kallat Traumatic Event Scale (TES) för att kunna undersöka förekomst av PTSS efter förlossning i stora populationer, samt för att kunna kvantifiera frekvens och svårighetsgrad av PTSS i enskilda fall. TES bygger på de olika kriterierna i DSM IV och består av 22 påståenden som skall skattas i flergradiga skalor utifrån påståendets natur. TES har använts i ett antal studier och upphovsmakarna är intresserade av att den utprövas ytterligare. Detta är kanske ett hjälpmedel som psykologer skulle kunna använda sig av i framtiden.

PTSS har flera symtom gemensamt med postpartum depression (PPD): känslor av försämrade framtidsutsikter, sömnstörningar, koncentrationssvårigheter, minskat intresse för olika slags aktiviteter, känslor av minskad samhörighet med andra i omgivningen, en minskad förekomst av känslor. Det finns ett samband mellan PTSS och PPD efter förlossning och det verkar som de båda sjukdomarna delar många riskfaktorer (Söderqvist, 2002). Förekomsten av PTSS och PPD överlappar varandra till viss del. I Söderqvists studie från 2002 visade det sig att 65% av de med PTSS också hade PPD. Motsvarande hade 24% av de kvinnor med PPD också PTSS. Detta kan vara bra att ha i åtanke på de platser där man använder sig av Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) för screening av PPD att man där också ser till att utreda vidare för att utesluta PTSS. Eftersom behandlingen av PTSS och PPD skiljer sig åt, vilket jag kommer att återkomma till, så är det viktigt att det ställs en riktig diagnos.

#### Behandling

Ett antal möjliga behandlingsformer finns för kronisk PTSS. Jag har funnit studier om behandling men ej lyckats hitta studier om just behandling av PTSS efter förlossning. De behandlingsmetoder som är mest dokumenterade är de med beteendeterapeutiska och kognitiva inslag.

Kognitiv beteendeterapi använder sig av många tekniker för att behandla PTSS. Exponeringsterapi är den mest studerade av dessa men man använder sig också av kognitiv terapi, stresshanteringsträning, systematisk desensitisering, biofeedback och avslappningsträning (Foa, Keane & Friedman, 2000).

Ehlers & Clarke (2000) som presenterat den kognitiva modellen över hur PTSS uppstår och vidmakthålls menar att behandlingen skall gå ut på tre saker:

Minnet av traumat behöver arbetas igenom och därmed integreras i individens förflutna för att minska "återupplevandet".

Problematiska värderingar av traumat och/eller dess följder som vidmakthåller känslan av allvarligt hot måste modifieras.

Att individen skall sluta med de dysfunktionella beteenden och kognitiva strategier som förhindrar genomarbetandet av minnet, förvärrar symtomen eller hindrar återställandet av de problematiska värderingarna.

Ehlers & Clarkes kognitiva behandling inleds med en grundlig intervju som kompletteras med ett formulär "Post-traumatic Cognitions Inventory" bland annat för att identifiera de kognitiva teman samt problematiska värderingar som kommer att tas itu med i terapin. Detta följs sedan av att terapeuten redogör för fakta om PTSS, dess uppkomst och vidmakthållande. Man går igenom hur patienten fram till nu gjort för att hantera traumat. Sedan konstaterar man att detta är strategier som kan ha fungerat bra vid tidigare motgångar i livet men att dessa strategier nu istället hjälper till att vidmakthålla de posttraumatiska stresssymtomen. Efter detta börjar man att bearbeta

traumat och omformulera de upprätthållande faktorerna. Detta sker genom samtal, att klienten skriver ner händelseförloppet och de känslor som väcktes, man kan arbeta med hemläxor, exponering in vivo av det som återuppväcker traumat, olika imaginära tekniker etcetera.

EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) går ut på att patienten fokuserar på en upprörande bild, en negativ tanke och en somatisk sensation associerad till traumat under tiden som han/hon fokuserar på terapeutens finger som förs fram och tillbaka i det visuella fältet. Detta upprepas tills att patientens oro är reducerad och han/hon utvecklat mera bearbetade tankar om traumat. EMDR rekommenderas för bearbetande av svåra förlösningar men det krävs mera forskning på området för att säkerställa detta (Davidson & Parker, 2001 refererad i Miller & Wiegartz, 2003).

Psykodynamisk terapi används för att bearbeta traumatiska händelser och undersöka de psykologiska innebörderna av traumat. Få studier kring PTSS finns publicerade men en studie av Brom, Kleber & Defares från 1989 (refererad i Miller & Wiegartz, 2003) visar på reducerade undvikande symptom vid behandling av PTSS.

Flera studier finns också vad det gäller farmakologisk behandling med SSRI preparat t ex sertraline och paroxetine (Zoellner et al, 2003). Djurstudier pågår för att hitta fler läkemedel mot PTSS. Det är möjligt att hormonetolecystokinin, CCK, kanske spelar en avgörande roll för att skapa långvariga minnen efter traumatisk stress och utvecklandet av blockerare av CCK-receptorer fortgår (Carlsson & Carlsson, 2001).

### ***Några avslutande kommentarer***

Jag har i detta "dokument" försökt sammanfatta en del av den forskning som idag finns vad gäller PTSS efter förlösning. Det är kvinnorna jag talat om och inte ett ord har ägnats åt männen helt enkelt på grund av att de överhuvudtaget inte omnämns i de studier jag läst. Visst borde männen också kunna drabbas av PTSS efter förlösning och det vore spännande att genomföra en studie omkring detta.

Jag kommer att ta med mig den kunskap jag fått och skall i ett första skede dela med mig av den till de barnmorskor och BVC-sköterskor jag samarbetar med. Vi måste tillsammans bli bättre på att identifiera dessa kvinnor. Jag har blivit påmind om att ställa frågor kring förlösningen även till de kvinnor som söker mig av andra skäl. Hos de kvinnor som får utfall på EPDS-screeningen (för postpartumdepression) bör man utesluta PTSS. TES (Traumatic Event Scale) skulle kunna vara ett bra instrument för diagnostisering.

### ***Referenser***

Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., McGrath, P. C., Sloan, D. A. & Kenady, D. E. (2000). Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1-year follow-up. *Psychooncology*, 9(1), 69-78.

APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.

Brom, D., Kleber, R. J. & Defares, P. B. (1989), Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57, 607-612.

Carlsson, A & Carlsson, L. (2001). *Hjärnans budbärare*. Lund: Studentlitteratur.

Cohen, S. & Syme, S.L. (red.) (1985). *Social Support and Health*. London: Academic Press.

Czarnocka, J. & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms

following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 35-51.

Davidson, P. R & Parker, C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a metaanalysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. 69, 305-316.

Ehlers, A. & Clarke, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.

Foa, E. B, Keane, T. M. & Freidman, M. J. (2000). *Effective treatment for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress studies*. New York: Guilford Publications.

Hertting, A & Samuelsson, J. (red) (2000). *Smärta och trötthet. Ohälsa i tiden*. Lund: Studentlitteratur.

Kaiser, L., Heston, J., Hickerson, S., Millsap, P., Nunn, W. & Pruitt, D. (1993). Anticipatory stress in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 150(1), 87-92.

McFarlane, A. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of riskfactors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(suppl 5), 15-20.

Menage, J. (1993). Posttraumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and or gynecological procedures: a consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11, 221-228.

Ryden, O. & Stenström, U. (1994). *Hälsopsykologi -psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonnier Utbildning.

Söderqvist, J. *Posttraumatic stress after childbirth* (2002) Linköping University Medical Dissertions, no 761 (December 20th 2002).

Söderqvist, J., Wijma, K. & Wijma, B. (2004). Traumatic stress in late pregnancy. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 127-142.

Wijma, K., Söderqvist, J. & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 587-597.

Währborg, P. (2002). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och Kultur.

Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Cochran, B. & Pruitt, L. (2003). Treatment choice for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 879-886.