

# Sårbare gravide

Godkendt på Sandbjerg 2014. Erstatte ”Særligt udsatte gravide – godkendt på Sandbjergmødet 2006”

## Gruppens medlemmer

1. DSOG: Anette Kjørbye-Thygesen, Anne Munk, Anne Høyen Munch, Birgit Bødker, Bjarke Sørensen, Inge Ibsen, Kirsten Schjøtt, Margrethe Møller, Merete Hein, Mette Høltzermann, Nini Møller, Niels Uldbjerg (tovholder)
2. Dansk Psykiatrisk Selskab: Ulla Klänning, Poul Videbek, Fransisco Alberdi, Rene Ernst Kondrup, Marianne Hertz
3. Psykoterapeutisk center, Stolpegarden: Ida Holdbaard-Tomsen
4. Børne og ungdomspsykiatrisk selskab: Mala Moskovitz
5. Jordemoderforeningen: Charlotte Sollid, Janni Ammitzbøll
6. Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi: Anton Pottegård, Per Damkier

## Indhold

Afgrænsning	2
Kodning	3
Anbefalinger vedrørende sårbare gravide	4
Overordnede betragtninger og anbefalinger	6
Underretning	11
§ 50 undersøgelsen – den børnefaglige undersøgelse	14
Mor/far/barn observationer	17
Ultralydundersøgelse af sårbare gravide mhp på bonding	18
Farmakologi	19
Prævention og cervixcytologi	24
ADHD	25
Spiseforstyrrelser	29
Unipolar depression	39
Bipolar lidelse	53
Angst	60
Obsessiv-kompulsiv tilstand	65
Skizofreni	73
Bordeline personlighedsforstyrrelse	81

## Afgrensning

Denne guideline beskriver sårbare gravid på niveau 3 og 4 (Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorgen 2013, Kapitel 3(1)) mht.

1. generelle problemstillinger som underretning, mor-barn observation, børnefaglig undersøgelse, forældrekompetenceundersøgelse, prævention
2. specifikke psykiatriske diagnosegrupper som ADHD, spiseforstyrrelser, depression, angst, OCD, bipolare lidelser, borderline personlighedsforstyrrelse og skizofreni.

Denne guideline beskriver ikke i særskilte afsnit følgende emner, om end de berøres, hvor det skønnes relevant

1. Familieambulatoriernes målgruppe
2. Gravide udsat for seksuelle overgreb
3. Fødselsangst
4. Organisatoriske forhold, herunder kendt jordemoderordning, idet det kan håndteres forskelligt lokalt
5. Personalets uddannelse, kompetencer, supervision mm
6. Unge gravide
7. Svært socialt udsatte
8. Udviklingshæmmede
9. Pludselig uventet livstruende sygdom hos den gravide eller partner
10. Screening for mor-barn relation
11. Autisme spekteret
12. Gravide med anden etnisk baggrund, asylansøgere mm.

## Kodning

I henhold til DSOG kodevejledning sættes diagnosen O993B kun på, når en patient er i medicinsk behandling eller har en diagnose stillet af psykiater eller psykolog.

O993B + DF 209	Skizofreni
O993B + DF 319	Bipolar lidelse UNS
O993B + DF 329	Depressiv tilstand UNS
O993B + D339	Periodisk depression UNS
O993B + DF 419	Angsttilstand UNS
O993B + DF 509	Spiseforstyrrelse
O993B + DF 500	Anoreksi
O993B + DF 502	Bulimi
O993B + DF 889	ADHD

## Anbefalinger vedrørende sårbare gravide

- **Afgrænsning** af begrebet **Sårbare gravide** (SG): Gravide tilhørende niveau 3 og 4, herunder gravide med diagnoserne ADHD, spiseforstyrrelser, depression (herunder velbehandlede med SSRI), angst, OCD, bipolare lidelser, borderline- og andre svære personlighedsforstyrrelser, skizofreni, unge, svært socialt udsatte, autisme spekteret, udviklingshæmmede, gravide med psykiske følger efter svigt eller overgreb, og i et vist omfang gravide med anden etnisk baggrund.
- **Obstetriske risici** er generelt mindre betydende.
- **Medicinering:** fordele og ulemper ved behandling under graviditet og evt. amning bør så vidt muligt afvejes allerede før graviditeten af den gravides psykiatriske behandler, evt. i samarbejde med obstetriker.
- **Tilknytningen mellem mor og barn samt varetagelsen af det kommende barns tarv** er ofte den største og alvorligste udfordring hos mange SG. Det er veldokumenteret, at tidlig indsats planlagt i god tid inden fødslen bedrer prognosen for disse børn. Det kan indebære underretning, § 50-undersøgelse, og ofte en tværfaglig indsats.
- **Barselshvile:** SG anbefales indlæggelse på fuldt bemandedt barselgang (både for første og flergangsfødende) med henblik på støtte og hjælp til opbygning af mor-barn relation, amning, søvn.
- **Amning:** Søvndeprivation øger hos mange risikoen for exacerbation af depression og anden sårbarhed i puerperiet, hvorfor planlægning af amning både skal inddrage dette aspekt og evt. bivirkninger ved evt. medicinering.
- **Afklarende konsultation** bør som udgangspunkt tilbydes alle SG tidligt i graviditeten mhp. 1) psykiske/ psykiatriske anamnese 2) psykofarmaka, 3) afhængighedsskabende medicin (også hos partner), 4) alkohol 5) rusmidler 6) konkurrerende medicinske lidelser, 7) den sociale situation, 8) samlede ressourcer i øvrigt, 9) behov for særlig støtte til familiedannelse, 10) moderevne, 11) evt. diskussion af mulighed for afbrydelse af graviditeten.
- **Skærpet underretningspligt** gælder bl.a., hvis sundhedspersonale har grund til at antage
  1. at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold
  2. at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte
  3. at et barn eller en ung under 18 år har været udsat for overgreb
  4. I de tilfælde, hvor den gravide har et forbrug af alkohol og/eller andre rusmidler, som er en trussel for det kommende barns vækst og trivsel, skal der altid underrettes.
  5. Drejer det sig om en gravid under 15 år, uanset om graviditeten skal fortsættes eller ej.
- **ADHD:**  
60% har samtidigt anden psykisk lidelse og 20% har stof- eller alkoholmisbrug.  
Indikation for fortsat medicinering bør vurderes af psykiater.
- **Spiseforstyrrelser:**  
SCOFF-spørgeskemaet kan evt. benyttes ved mistanke om spiseforstyrrelse.  
Tilknytningsevnen er ofte kompromitteret.

Risiko for depressionsudvikling er ca. 50%

Kvinden bør vejes ved alle konsultationer.

- **Unipolar depression:**

Fokus er forebyggelse af puerperal depression.

Velindiceret SSRI behandling bør sædvanligvis fortsættes. Seponering kan overvejes i ”lette tilfælde” (kun en enkelt let til moderat depressiv episode, responderede hurtigt på behandling, og er blevet behandlet >1år ).

Screening: Ved score  $\geq 12$  points på EPDS iværksættes nærmere udredning.

Stabile gravide (punkt 1 – 3 opfyldt) kan tilbydes basistilbud

1. Anamnese med let/moderat depression
2. Symptomfrihed > ½ år (evt. på SSRI behandling)
3. Ingen psykosociale belastninger aktuelt (stabilt parforhold, økonomi, jobsituation mv.)

- **Bipolar lidelse**

Samarbejde med psykiater er essentielt.

Fokus er høj risiko for exacerbation i puerperiet

- **Angst**

Fokus er forebyggelse af puerperal depression

Medicinkrævende angst bør vurderes af psykiater

- **OCD**

Ofte psykiatrisk komorbiditet.

Differentialdiagnose overfor post partum psykose (risiko for at skade barnet) og post partum depression (suicidalrisiko) kan være vanskelig.

- **Skizofreni**

Fortsættelse af medicinsk antipsykotisk behandling anbefales, da recidiv risiko er overordentlig høj ved seponering. Recidiv påvirker både mor og foster og den senere omsorgsevne for barnet.

En stor del af de skizofrene mødre kan få problemer med moderskab generelt og derved have vanskeligt ved at opfylde barnets behov.

Antallet af anbragte børn er høj.

- **Borderline personlighedsforstyrrelser**

Man må forvente kompromitteret mor-barn relation.

Særlig opmærksomhed på komorbiditet, i særlig grad depression, selvskadende adfærd og selvmordstanker/trusler

## Overordnede betragtninger og anbefalinger

Pennefører: Inge Olga Ibsen

Denne guideline omhandler indsatsen over for gravide med særlige behov, især med fokus på psykologiske/ psykiatriske risikofaktorer, der formodes at have betydning for den vordende mor, graviditeten samt udfaldet af graviditeten og/eller, hvor de kan medføre vanskeligheder i forhold til varetagelse af barnets tarv. Den tidlige mor/barn-relation er ofte påvirket af moderens psykiske belastninger, hvilket kan give risiko for *alvorlig forstyrrelse i relationen og i tilknytningen mellem mor/far / barn*. Dette kan have *alvorlige følger for barnets udvikling*. Behandlingskriterier og behandlingsmetoder for alvorlig psykiatrisk sygdom vil blive beskrevet. Ofte vil den obstetriske behandling foregå sideløbende med og i samarbejde med udpeget behandler for de psykiatriske symptomer. Dette kan være egen læge, privatpraktiserende psykiater eller læger fra psykiatriske afdelinger/ distriktspsykiatrien.

- Denne psykiatriske behandler bør dokumenteres i journalen ved første lægekonsultation i obstetrisk regi.
- Der bør være en dialog mellem behandlere af sårbare gravide, især hvis graviditeten eller den gravides tilstand afviger fra det forventede.
- Nyopdagede og/eller forværring i svære psykiatriske symptomer samt akut forværring i præeksisterende psykiatrisk lidelse i graviditet altid bør behandles af eller i tæt samråd med psykiater.

### **Epidemiologi**

Antallet af gravide med specielle behov har vist sig stigende over de seneste 15 år både i Danmark og i de øvrige nordiske lande. Gravide med psykiatrisk sygdom og/ eller begrænsede psykiske ressourcer har oftere kort skolegang, dårlig økonomi og usikker tilknytning til arbejdsmarkedet. De kan have ringe viden om fødsel og familiedannelse, og de kan være mindre tilbøjelige til at deltage i de almindelige offentlige tilbud om undersøgelser og undervisning i graviditeten.

### **Obstetriske komplikationer**

For mange sygdomme er forekomsten størst i de psykosocialt dårligst stillede grupper. Dette gælder også for gravide. Der er i Danmark fundet sociale uligheder i forekomsten af en række graviditets- og fødselskomplikationer som (1): 1) Sygdom hos såvel den gravide som det ventede barn, 2) Misdannelser af fosteret 3) For tidlig fødsel 4) Lav fødselsvægt 5) Øget børnedødelighed. Man kender ikke alle årsager til overforekomsten af ugunstige graviditetsudfald hos de psykosocialt dårligst stillede, men en række kendte risikofaktorer er overrepræsenteret hos disse. Dette er for eksempel dårlige kostvaner, fysisk inaktivitet, overvægt, rygning, forbrug af vanedannende medicin, alkohol og/eller rusmidler samt eventuel medikamentel behandling af deres psykiske lidelse (1).

- Afklarende samtale: For at identificere risikofaktorer anbefales det, at disse patienter tilbydes en afklarende samtale hos obstetriker eller jordemoder med særlige kompetencer, hvor den gravides samlede situation kortlægges.

Der skal her tages stilling til såvel den 1) psykiske/ psykiatriske anamnese inklusiv behandlingen med eventuelle 2) psykofarmaka, forbrug af 3) afhængighedsskabende medicin, 4) alkohol og andre 5) rusmidler (hvis dette er tilfældes, skal der omgående visiteres til Fa-

milieambulatoriet) 5) konkurrerende medicinske lidelser, 6) den sociale situation og den gravides 7) samlede ressourcer i øvrigt. Der skal herunder også oplyses om mulighed for 8) afbrydelse af graviditeten, hvis dette ønskes

### ***Niveaudeling i svangreomsorgen***

Sundhedsstyrelsen anbefaler en niveaudeling i svangreomsorgen (1) og et tværfagligt samarbejde med henblik på at sikre de gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel medicinske, obstetriske som psykosociale risikofaktorer. Niveaudelingen går fra niveau 1, som er det basale tilbud til kvinder uden specielle risikofaktorer over niveau 2 og 3 til det udvidede niveau 4. Cirka 10-15 % af alle gravide formodes at blive fulgt i et niveau 3- 4 forløb. På niveau 4 indplaceres gravide, når der er tale om særlig komplicerede problemstillinger, der ofte kan kræve tæt samarbejde med egen læge, sundhedsplejen, socialforvaltningen samt specialiserede institutioner og andre behandlingstilbud.

- I det sociale samarbejde vil der ofte være behov for indledningsvis at sende en underretning med henblik på støtte og hjælp i såvel graviditeten som efter barnets fødsel. Der er her nemlig ofte tale om vilkår, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn samt varetagelse af barnets tarv.

### ***Tilknytning mellem mor og barn***

Tilknytning mellem mor og barnet starter prænatalt. Under graviditeten dannes der hos de kommende forældre forestillinger af dem selv som forældre, af barnet og deres relationer med barnet. Forholdet til det ufødte barn er afhængig af evnen og kvaliteten af disse forestillinger. Forældrenes følelsesmæssige udvikling igennem graviditetsperioden samt deres forventninger til forældreskabet har rødder i deres egen barndom. Internationale undersøgelser viser, at for kvinder i den vestlige verden er udviklingen af moderens tanker og følelser en ensartet proces. Fantasier om og ønsker for det ventede barn kombineret med registrering (eller manglende registrering) af barnets bevægelser og rytme, danner baggrund for moderens forventninger om barnets temperament og personlighed. Barnet er efter fødslen aktivt i at engagere og tilknytte sig i sine forældre. Det gøres bl.a. ved at imitere mimik inden for de første par timer, at kunne genkende lugten af modermælk indenfor timer til få dage, kende moderens lugt og forældrenes stemmer i løbet af første leveuge. Det spæde barn foretrækker den person, som det kender. Barnet og moderen bidrager begge til samspillet. Barnet bidrager med sin medfødte parathed til social kontakt, og fra ganske lille reagerer det på sin mor ud fra de forventninger, det får til hendes reaktioner. Moderens bidrag er som ovenfor nævnt påvirket af hendes forestillinger om barnet og moderrollen og af hendes evne til at indleve sig i og reagere på barnets behov. Forbrug af alkohol og / eller andre rusmidler, psykiatrisk sygdom og alvorlige psykologiske belastninger hos moderen, for eksempel i forbindelse med en fødsel, vil kunne medføre vanskeligheder i mor/barn-forholdet (2, 3), fordi kernesymptomer ved disse tilstande alle griber ind i den tidlige kontakt med barnet.

### ***Angst***

Graviditet i sig selv medfører ofte angst og bekymringer. Nyere forskning anslår, at 6-10 % (4) af alle gravide oplever angst for fødslen i en grad, så det påvirker dem i hverdagen, for eksempel i form af mareridt og fornægtelse af graviditeten. Angst for at føde synes at være en væsentlig grund til at ønske kejsersnit, uden at der er medicinsk indikation for det. Gravide, som i forvejen har begrænset psykisk overskud og mentaliseringsevner, f.eks. grundet psykiatrisk sygdom og/eller begrænsede psykiske og/eller sociale ressourcer, vil have større risiko for at opleve fødselsangst. Fødselsangst er dog et komplekst psykologisk begreb. Risikofaktorerne for udvikling af svær fødselsangst er tilsyneladende multifaktorielle, og både medicinske, sociale og psykiske problemer ser ud til at spille en rolle. Andre risikofaktorer er, ifølge mindre undersøgelser, mistillid til sundhedspersonale samt kendskab til nære personer med dårlige fødselsoplevelser. De fleste tilfælde af fødselsangst forekommer hos førstegangsfødende, mens de svære tilfælde ses hos flergangsfødende, hvor der er en sammenhæng med tidligere traumatisk eller dårlig fødselsoplevelse.

### ***Sociale relationer***

For kvinder med specielle psykosociale belastninger er ustabile relationer hyppige. Der er oftere problematiske forhold til barnefaderen og familien. Ustabile nære relationer og fravær af en partner at dele graviditeten med, kan forværre belastningen for den gravide. Bliver den gravide uønsket alene i løbet af graviditeten, kan den psykosociale belastning øges. Der kan følge forværring i økonomi, boligforhold etc., som kan medvirke til øget bekymring.

Rammes den gravide af vold, forværres hendes samlede situation ligeledes. Voldsramte kvinder er i øget risiko for depression, og barnet vil være i risiko for at blive ramt af volden. Dødeligheden hos nyfødte som følge af for tidlig fødsel og lav fødselsvægt er hyppigere forekommende blandt børn født af voldsramte kvinder end blandt børn født af kvinder, der ikke er udsat for vold. Dødeligheden blandt mødre, der er udsat for vold, er tre gange højere end blandt kvinder, der ikke er udsat for vold (5). Prævalensen på vold mod gravide anslås i internationale undersøgelser til 4-8 % (1), hvorimod det danske tal er ukendt. Vold i familien er oftest forbundet med tabu og derfor vanskelig at identificere, men der er en overhyppighed i familier med alkohol og/eller andre rusmidler.

### ***Afhængighedsskabende medicin, alkohol, rusmidler***

Hos gravide med psykiatrisk sygdom og/eller svære psykiske belastninger, skal man være meget opmærksom på et eventuelt forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler. Et sådan forbrug betyder en forværring af risikofaktorer for såvel den gravide som for fosteret. Den gravide skal derfor henvises til Familieambulatoriet. Det er ligeledes velkendt, at der ofte er et øget forbrug af tobak, hvilket er med til at forværre såvel den obstetriske tilstand som den samlede situation for det ventede barn.

### ***Omsorgssvigt***

Hos gravide kvinder med psykiatiske sygdomme og psykologiske belastninger skal man være meget opmærksom på, at der iblandt dem, vil findes kvinder, som selv har været udsat for svigt og overgreb i barndommen. Dette kan betyde, at den gravide har følelsesmæssige problemstillinger eller handicap, som kan være meget svære at identificere. Derfor er det særdeles vigtigt, at de gravide mødes af personale, som både er trænet i og har kompetence til at håndtere mennesker, som har følger efter omsorgssvigt. De skal mødes med samme respekt som alle andre, samtidig med, at man sikrer den nødvendige støtte til, at den gravide kan mestre moderrollen på den bedste måde.



***Anden etnisk herkomst***

En hastigt voksende gruppe af sårbare gravide, er kvinder med anden etnisk herkomst end dansk. Det kan være traumatiserede kvinder med flygtningestatus, men også identitetsløse kvinder, som for eksempel er endt i Danmark af mange forskellige årsager. For disse kvinder kan det være meget vanskeligt at diagnosticere psykiatrisk sygdom og psykiske belastninger, idet sprog, religion og kulturbarrierer kan være stærkt begrænsende for kommunikationen.

***Sårbar Team, Familieteam, Familiecenter***

Det er meget forskelligt, hvordan tilbuddene til sårbare gravide er sammensat landet over, og også hvordan de beskrives og benævnes. De fleste steder er der dog tale om tværfaglige enheder, som består af obstetrikere og jordemødre med specielle interesser og kompetencer. Derudover er der ofte tilknyttet socialrådgivere og flere steder også psykologer. Der er på mange sygehuse tæt samarbejde med lokale psykiatriske afdelinger og børneafdelinger. Udover gravide med svære psykologiske belastninger og/ eller psykiatrisk sygdom varetages omsorgen for gravide med svære sociale vilkår, nedsatte ressourcer eller udviklingshæmning samt meget unge gravide ofte af disse specielle enheder. Det er fagligt hensigtsmæssigt at samle ekspertise for sårbare gravide både af hensyn til den enkelte patient, men også fordi det letter samarbejdet med relevante institutioner og enheder. Her kan for eksempel nævnes: Centre for Spiseforstyrrelser, Centre for Seksuelt misbrugte, Indvandremedicinske klinikker etc. Det kan ligeledes være en stor fordel, at man har erfaring og viden inden for samarbejdet med socialforvaltninger.

***Familieambulatoriet***

Tværfaglige enheder bestående af fødsels- og børnelæger, psykologer, socialrådgivere, jordemødre, sygeplejersker og sekretærer oprettet regionsvis for en satspuljebevilling. Projektperioden er berammet til overgangen til 2015. Herefter forventes det at Familieambulatorierne overgår til bloktilskud. Enhederne varetager svangreomsorgen for

- Sårbare gravide, som selv eller hvis partner har et forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Det er vigtigt at pointere, at tilbuddet gælder alle gravide med forbrug uanset eventuelle diagnoser og deres sociale status. De er således også et tilbud for veletablerede og veluddannede gravide med forbrug. Omdrejningspunktet er forebyggelsen af skader hos børn. Der er et opfølgende program for børnene, til de når skolealderen. Der er derfor en hastigt voksende gruppe af børn, som følges med børnepsykologiske test og lægeundersøgelser. Formålet med Familieambulatorierne er forebyggelse af medfødte skader samt forebyggelse af fejludvikling, omsorgssvigt og overgreb, inklusiv seksuelle overgreb. Man tilstræber en tidlig indsats samt et hurtigt og effektivt tværfagligt og tværsektionelt samarbejde. Familieambulatorierne bygger på ”Hvidovre modellen”, som overlæge May Olofsson har arbejdet med siden 1992, hvor det første Familieambulatorium blev etableret på Hvidovre Hospital. Omdrejningspunktet er en interventionsmodel, hvor man med en tværfaglig tilgang i graviditeten kortlægger den gravide og familiens behov, og at man bygger videre på viden og erfaring i det opfølgende arbejde med barnet, når det er født.

Familieambulatorierne er oprettet regionsvis med udgangspunkt i den omsorg, som tidligere var i regionerne for sårbare gravide. Derfor er enhederne ikke helt ens hvad angår organisering, personalesammensætning og økonomi. Man tilstræber dog fælles tilgang og faglighed i forhold til behandlingen og omsorgen for målgruppen. Der er således nu oprettet en fælles og landsdækkende kvalitetsdatabase og nye, rusmiddelrelaterede diagnose – og ydelseskoder. Den samlede enhed for Familieambulatorierne på landsplan er fortsat ”Videnscentret for forebyggelse af rusmiddelskader hos børn”, som er beliggende på Hvidovre Hospital.

Familieambulatoriets interventionsmodel beskrives i Sundhedsstyrelsens materiale som værende meget anvendelig i forhold til andre sårbare gravide end Familieambulatoriets målgruppe (3, 6).

### ***Samarbejdspartnere***

De mangeartede problemstillinger, som man møder i arbejdet med sårbare gravide gør, at man ofte har tæt samarbejde med sundhedsplejen, egen læge, socialforvaltningen, psykiatere, behandlingscentre og andre interessenter i sårbare gravides liv. Samarbejdet med sundhedsplejersken bør således indledes i graviditeten. At dele den viden og erfaring, som man får tidligt i forløbet skal gerne komme det lille barn og den vordende familie til gode. Man skal derfor kunne håndtere samarbejdet med socialforvaltningerne, også i forbindelse med underretninger, professionelt og naturligt. Samarbejdsaftaler, sikre og stabile arbejdsgange samt gode professionelle relationer er med til at forbedre kommunikationen til gavn for de sårbare gravide, familier og børn. Begreber, som bruges i og af socialforvaltningerne, som ”Børnefaglig undersøgelse/ §50 undersøgelse”, ”mor barn observation” og ”Forældreegnethedsundersøgelse” skal være bekendt.

### ***Efterfødselskonsultation***

- Et forløb bør afsluttes med en konsultation efter graviditet, hvor man har fokus på prævention og seksuel faglig hygiejne og risikoadfærd.

Det vil i denne gruppe af fertile kvinder være muligt, at identificere nogle af de kvinder, som ikke følger smear undersøgelserne eller er vaccineret mod HPV. De er således risikopatienter i forhold til udvikling af cervix atypi og cervix cancer. Det er hensigtsmæssigt ikke blot at rådgive om sikker prævention, men derimod først afslutte, når den sikre prævention er etableret.

## Underretning

Pennefører: Inge Olga Ibsen

En underretning er en metode til at skabe omsorg for sårbare/udsatte gravide og/eller børn, når de f.eks. ikke længere er i hospitalsregi. En underretning kan således være en afgørende faktor for at et barn/ung/gravid får den støtte, som der er behov for. Det er ikke nødvendigvis et udtryk for bekymring i forhold til forældreevnen, men kan også være det.

Kommunerne har efter Servicelovens § 146 tilsynspligt, således:

1. Generel Tilsynspligt: Kommunerne skal føre tilsyn med forhold, som børn og vordende forældre, der bor i den pågældende kommune, lever under.

2. Konkret Tilsynspligt: Kommunerne skal føre tilsyn med konkrete børn og vordende forældre, som har behov for særlig støtte.

Tilsynspligten løses bedst ved samarbejde mellem alle offentlige myndigheder. Det vil sige, at det er afgørende nødvendigt, at kommunen oplyses om de konkrete borgere/børn, som har behov for særlig støtte.

I henhold til loven om Social Service § 154 har alle borgere en pligt til at underrette kommunen, såfremt man får kendskab til, at et barn eller ung udsættes for vold, nedsættende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare.

- Sundhedspersonale og andre personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt erhverv, har derudover en personlig og skærpet underretningspligt i henhold til loven om Social Service § 153.

Det fremgår bl.a. heraf, at der skal underrettes, hvis man får kendskab til eller grund til at antage

- at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold
- at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte
- at et barn eller en ung under 18 år har været udsat for overgreb
  
- I de tilfælde, hvor den gravide har et forbrug af alkohol og/eller andre rusmidler, som er en trussel for det kommende barns vækst og trivsel, skal der altid underrettes.

Der er situationer, hvor meget faktuelle omstændigheder, f.eks. alvorlige psykiske tilstande eller alder hos den gravide, er afgørende for, om man skal underrette. Drejer det sig om gravide, der på undfangelses-tidspunktet er under 18 år, og graviditeten skal fuldføres, så bør der nøje overvejes, om der skal underrettes i henhold til punkt 1 og/eller punkt 2.

- Drejer det sig om en gravid under 15 år, uanset om graviditeten skal fortsættes eller ej så skal der underrettes, da der er tale om et strafbart forhold. Andre omstændigheder så som religion, etnicitet eller sociale forhold til-sidesætter ikke en underretning.

I øvrigt kan der underrettes på såvel en generel bekymring, som på enkeltstående episoder. Sammenblanding af faktiske oplysninger og vurderinger bør undgås. Det vil sige, at underretningen skal indeholde beskrivelser frem for konklusioner. Man skal underrette på hvert enkelt barn og et ventet barn, også selv om der allerede i familien er kontakt til de kommunale myndigheder. Der kan/skal underrettes flere gange, såfremt der opstår nye situationer eller hændelser af bekymrende karakter.

- Underretningspligten går forud for tavshedspligten og er en personlig pligt.

Man kan dog ofte med fordel inddrage kollegaer og ledelse samt andre med indsigt i problemstillingerne. Der er ingen formkrav til en underretning, men fra offentlige institutioner, såsom sygehuse og jordemoderkonsultationer, bør den være skriftlig. Der kan være omstændigheder, hvor ledelsen er underskriver. Underretningen sendes til Børn- og Ungeforvaltningen i barnets, den unges eller den gravides bopælskommune. Er underretningen ved en fejl fremsendt til forkert kommune eller modtager, er modtageren af underretningen forpligtet til at fremsende til rette kommune/vedkommende. Underretningen skal altid dokumenteres i barnets/patientens journal. Forslag til blanket:

Link: <http://www.klxml.dk/KLB/Blanket/Gaelder/bu875.pdf>

#### ***Underretningens indhold - retningslinje***

- Cpr.-nr. og kontaktoplysninger på barnet og på den, der har forældremyndigheden
- Baggrunden for at underrette - bekymringen
- Observationer vedrørende barnet og familien
- Samarbejdet med forældrene
- Hvis underretningen er gennemgået med forældrene/myndighedsindehaver, så beskriv deres kommentarer/reaktioner
- Hvis underretningen er sendt uden forældrenes/myndighedsindehavers viden, skal dette begrundes

Ved underretninger vedr. gravide kan der oplyses om følgende:

- Cpr.-nr. og kontaktoplysninger på den gravide
- Forventet termin
- Baggrunden for at underrette - bekymringen
- Generel beskrivelse af den gravides fysiske, psykiske og sociale forhold, ressourcer og vanskeligheder
- Hvis underretningen er gennemgået med den gravide/partner eller andre nære omsorgspersoner, så beskriv den gravides/de øvriges kommentarer/reaktioner
- Hvis underretningen er sendt uden den gravides viden, skal dette begrundes

Børn og unge under 18 år har som udgangspunkt samme opholdskommune som forældrene. Bor barnet mest hos den ene forældre, har barnet opholdskommune der. Bor det lige meget hos begge forældre har det opholdskommune der, hvor barnet har folkeregisteradresse.

Er barnet anbragt uden for hjemmet har det opholdskommune i den kommune, der har truffet afgørelse om anbringelsen.

Ved behov for akut underretning kan politiet oplyse om Børn- og Ungevakten i den pågældende kommune. Politiet kontaktes på telefonnummer 114.

Modtageren af underretningen er forpligtet til at kvittere for modtagelsen til afsenderen inden for 6 dage. Denne kvittering bør ligeledes dokumenteres i barnets/patientens journal. Den, som underretter er ikke part i sagen, men ifølge Servicelovens § 155b stk. 2 har forvaltningen pligt til at orientere underretter om, hvorvidt der bliver udarbejdet en § 50 undersøgelse eller iværksat en foranstaltning for barnet/ den unge /den gravide. Underretter kan ikke klage over de skridt, som kommunen vælger at foretage eller ikke at foretage. Kommunen har pligt til at undersøge barnets, den unges eller den gravides forhold, men en underretning medfører ikke pligt for kommunen til iværksættelse af støtteforanstaltninger. I nogle tilfælde vil kommunen iværksætte en undersøgelse efter Servicelovens § 50, inden der træffes afgørelse om hjælp og foranstaltninger. Er man ikke enig i en kommunes håndtering af en sag, kan man underrette Ankestyrelsen. Ankestyrelsen kan også af egen drift tage en sag op. Det vil herefter være en sag mellem kommunen og Ankestyrelsen.

En skriftlig underretning er god dokumentation i en sag. Man bør om muligt orientere og gennemgå underretningen med patienten/forældremyndigheds-indehaver, og det bør påføres underretningen om dette er gjort og hvilken holdning, der er til underretningen

## § 50 undersøgelsen – den børnefaglige undersøgelse

Pennefører: Inge Olga Ibsen

**Formål:** Det overordnede formål med gennemførelse af en §50 og eventuelt en forældrekompetenceundersøgelse er at sammensætte den mest hensigtsmæssige støtte for børn, unge og familier med behov herfor.

Kommunen kan blive opmærksom på, at et barn, eventuelt umiddelbart efter fødslen / ung trænger til særlig støtte på forskellige måder.,

- at forældrene henvender sig
- den unge selv henvender sig
- kommunen modtager en underretning
- kommunen bliver selv opmærksom på den unge, eksempelvis gennem en § 50-undersøgelse af en søskende.

**Rådgivning, vejledning og støtte:** I nogle tilfælde kan problemerne løses med rådgivning og vejledning og umiddelbar støtte til den unge, den gravide eller forældremyndighedsindehaveren/-erne.

**§ 50 undersøgelse:** Den hyppigst anvendte procedure i forbindelse med at en kommune yder et barn/ungt menneske særlig støtte i medfør af Serviceloven er gennemførelse af en såkaldt § 50 undersøgelse - en børnefaglig undersøgelse..

Den børnefaglige undersøgelse efter servicelovens § 50 skal altid gennemføres så skånsomt som muligt, og den må ikke være mere omfattende, end formålet tilsiger. Det betyder blandt andet, at

- Kommunen skal sørge for, at forældrene og barnet eller den unge er informeret om undersøgelsens formål, indhold og forløb, således at unødigt utryghed omkring undersøgelsesforløbet undgås.

**Forældrekompetenceundersøgelse:** Kommunen kan vælge at supplere den børnefaglige undersøgelse med for eksempel en forældrekompetenceundersøgelse.

### *Loven om social service, § 50 : Børnefaglig undersøgelse*

**Formål:** Undersøge om et barn eller en ung trænger til særlig støtte.

Kommunen skal iværksætte dette hvis det må antages at barnet eller den har særligt behov, herunder på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal kommunalbestyrelsen undersøge barnets eller den unges forhold. Undersøgelsen, der betegnes som en børnefaglig undersøgelse, gennemføres så vidt muligt i samarbejde med forældremyndighedsindehaveren og den unge, der er fyldt 15 år. Undersøgelsen skal gennemføres så skånsomt, som forholdene tillader, og må ikke være mere omfattende, end formålet tilsiger.

*Stk. 2.* Kommunalbestyrelsens undersøgelse, jf. stk. 1, skal anlægge en helhedsbetragtning, der medmindre konkrete forhold betyder, at et eller flere af nedenstående numre ikke er relevante i forhold til det pågældende barn eller den unge, skal omfatte barnets eller den unges

- 1) udvikling og adfærd,
- 2) familieforhold,
- 3) skoleforhold,

- 4) sundhedsforhold,
- 5) fritidsforhold og venskaber og
- 6) andre relevante forhold.

*Stk. 3.* Som led i undersøgelsen skal der finde en samtale sted med barnet eller den unge. Samtalen kan undlades, i det omfang barnets eller den unges modenhed eller sagens karakter i afgørende grad taler imod samtalens gennemførelse. Kan samtalen ikke gennemføres, skal oplysninger om barnets eller den unges synspunkter søges tilvejebragt. Samtalen kan finde sted uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver og uden dennes tilstedeværelse, når hensynet til barnets eller den unges bedste taler herfor.<sup>4)</sup>

*Stk. 4.* I sin undersøgelse skal kommunalbestyrelsen afdække ressourcer og problemer hos barnet, familien og netværket. For unge, der er fyldt 15 år, skal undersøgelsen afdække de særlige forhold, der skal indgå ved valg af indsats for denne aldersgruppe, jf. § 52 og § 76.

*Stk. 5.* Kommunalbestyrelsen skal som led i undersøgelsen inddrage de fagfolk, som allerede har viden om barnets eller den unges og familiens forhold. Dette kan ske ved at inddrage sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, lærere eller andre. Hvis det er nødvendigt, skal kommunen lade barnet eller den unge undersøge af en læge eller en autoriseret psykolog.

*Stk. 6.* Undersøgelsen skal resultere i en begrundet stillingtagen til, om der er grundlag for at iværksætte foranstaltninger, og i bekræftende fald af hvilken art disse bør være. Hvis der er iværksat foranstaltninger sideløbende med, at undersøgelsen gennemføres, jf. § 52, stk. 2, skal der desuden tages stilling til, om disse foranstaltninger skal videreføres. Der skal være oplysninger om, hvordan forældremyndighedsindehaveren og barnet eller den unge stiller sig til foranstaltningerne, og om de forhold i familien eller i dennes omgivelser, som kan bidrage til at klare vanskelighederne.

*Stk. 7.* Undersøgelsen skal afsluttes senest 4 måneder efter, at kommunalbestyrelsen bliver opmærksom på, at et barn eller en ung kan have behov for særlig støtte. Hvis undersøgelsen undtagelsesvis ikke kan afsluttes inden 4 måneder, skal kommunalbestyrelsen udarbejde en foreløbig vurdering og snarest herefter afslutte undersøgelsen.

*Stk. 8.* I forbindelse med undersøgelsen skal kommunalbestyrelsen vurdere, om der skal foretages en undersøgelse af eventuelle andre børn i familien. En undersøgelse kan gennemføres som én samlet undersøgelse for flere børn i familien, dog således at der tages højde for børnenes individuelle forhold.

*Stk. 9.* Hvis det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen, skal kommunen undersøge de vordende forældres forhold nærmere. Undersøgelsen gennemføres så vidt muligt i samarbejde med de vordende forældre. Stk. 4-8 finder anvendelse ved afgørelsen.

### ***Forældrekompetenceundersøgelse.***

**Formål:** Tilrettelæggelsen af indsatsen for de børn og unge, der har et særligt behov for støtte (Servicelovens formålsbestemmelse (§ 46) beskriver formålet med(7)).

Hvis kommunen beslutter, at (dele af) en families forhold skal belyses ved en forældrekompetenceundersøgelse, skal der udarbejdes en bestilling indeholdende en præciseret opgavebeskrivelse, som danner grundlag for undersøgelsen.

En forældrekompetenceundersøgelse skal tage afsæt i denne formålsbestemmelse således at barnets bedste altid er i centrum, og således at undersøgelsen altid tager udgangspunkt i barnets behov for støtte for at kunne udvikle sig og trives. En forældrekompetenceundersø-

gelse kan således være påkrævet, når der skal tages stilling til iværksættelse af foranstaltninger i en sag, som vurderes at være utilstrækkeligt belyst. Typisk vil der være tale om, at barnets særlige behov og forældrenes evne til at imødekomme dem og/eller relationen og tilknytningen mellem barn og forældre er mangelfuldt beskrevet eller slet ikke undersøgt.

- Hvis der er tale om sager, hvor barnet ikke er født, gennemføres forældrekompetenceundersøgelsen med hjemmel i servicelovens § 50, stk. 8. Ifølge denne kan kommunen undersøge de kommende forældres forhold nærmere, hvis det må antages, at barnet umiddelbart efter fødslen vil have behov for særlig støtte.

***Foranstaltninger og støtte til forældre og børn.***

Serviceovens formålsbestemmelse (§ 46) beskriver formålet med tilrettelæggelsen af indsatsen for de børn og unge, der har et særligt behov for støtte. Støtten skal skabe de bedst mulige opvækstvilkår for udsatte børn og unge, så de kan opnå de samme muligheder for at udvikle sig og trives som deres jævnaldrende. Endvidere anviser bestemmelsen en række forhold, der skal lægges vægt på, når støtten tildeles. Det angives, at støtten skal ydes tidligt og sammenhængende, og at den skal udformes på baggrund af en konkret vurdering af det enkelte barns eller den enkelte unges og familiens forhold. Støtten skal ydes ud fra barnets bedste, og der skal lægges vægt på en god, stabil voksenkontakt og kontinuitet i opvæksten. Det er endvidere udgangspunktet, at barnets eller den unges vanskeligheder så vidt muligt skal løses i samarbejde med familien og med dennes medvirken (8, 9).



## Mor/far/barn observationer

Pennefører: Inge Olga Ibsen

Disse observationer samt medfølgende udtalelser foregår forskelligt rundt om i landet. På nogle sygehuse og afdelinger anvendes faste skemaer og skabeloner. Andre afdelinger får individuelle oplæg at forholde sig til i konkrete sager. Der kendes ikke nogen fast faglig standard for udførelse af mor/ far/ barn observationer og ledsagende udtalelser i forbindelse med fødsel og barsel. Det formodes, at de enkelte afdelinger selv sammensætter uddannelse af personalet, som udfører opgaverne.

For at sikre det bedste samarbejde med såvel de kommunale myndigheder som familierne, bør observationen være forud gået af skriftlig anmodning fra kommunen, hvoraf det fremgår, at der er tale om en observation og deraf afledt udtalelse i forbindelse med en børnefaglig undersøgelse (i henhold til § 50) samt en konkretisering af, hvilke observationer, der er relevante i pågældende sag. Det skal ligeledes fremgå, om familien er korrekt orienteret og informeret om såvel observationens metode samt formål. Familiens indstilling til observationen bør være afdelingerne bekendt. Der foregår mange steder i forvejen en dialog med kommunen i forbindelse med f.eks. koordinerende møder/netværksmøder for sårbare gravide. Det er oplagt ved disse møder at drøfte en evt. mor/ far/barn observation i forbindelse med fødsel og barsel som del af handleplanen for familien.

I udtalelserne bør der nøje redegøres for omstændighederne ved observationen. Ligeledes bør man beskrive eventuelle forbehold, som man måtte have i forhold til kvaliteten af observationen. Dette kan f.eks. være det tidsrum, som man har haft mulighed for at observere i (kort tids indlæggelse), om der har været travlt, om man har meget eller lidt kendskab til familien, traumatiserende oplevelser i forbindelse med fødslen osv.

Det anbefales, at observationerne afsendes via samme faglige leder på barselsafsnittet/fødestedet, som dermed får et samlet overblik og derfor evt. kan påføre udtalelsen afsluttende kommentarer. Dette sikrer et overordnet overblik samt højere faglig kvalitet. Det er også hensigtsmæssigt med navn på afsender, således at kommunen har mulighed for at vende tilbage med supplerende spørgsmål. Det er vigtigt at understrege, at en udtalelse i forbindelse med en mor/far/barn observation ikke tilsidesætter behovet for en underretning i tilfælde af bekymring. I nogle tilfælde kan man i stedet for en mor/far/barn observation anbefale de kommunale myndigheder at anmode om journalindsigt eller kopi af journalen. Dette kan f.eks. være hvis omstændighederne betyder, at personalet ikke kan udfylde mor/far/barn observationerne efter den nødvendige faglige standard. Det anbefales, at man lokalt har dialog med samarbejdskommuner omkring observationer og kvaliteten heraf.

## Ultralydundersøgelse af sårbare gravide mhp på bonding

Pennefører: Nini Møller

Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) kan bruges til vurdering af effekten af fex scanning i graviditeten. I et studie på 160 kvinder randomiseret til hhv 2D og 3D/4D (men ingen kontrolgruppe) fandtes der signifikant ”før og efter” effekt af ultralydsscanning af fosteret, men der fandtes ikke forskel i mindskning af bekymring og stress mellem brugen af 2D og 3D/4D. I review af 13 studier af psykologiske forhold vurderede 8 af dem bonding, og ej heller her fandtes forskel mellem 2D og 3D/4D (10). Rowe et al. (11) viste i et studie af knapt 200 unge australske mødre <20år, som selv udfyldte spørgeskema, at de følte mere angst og udviklede moderfølelse senere i graviditeten end ældre gravide (men sent i graviditeten var der ikke forskel). Særlig lav tilknytning var associeret m tidligere abort (P= .02) og at være født udenlands (P=.002). Generelt er de fleste studier udført på ”low risk” gravide, kun enkelte på fex risikogruppen kvinder af andet etnicitet. Et amerikansk studie på 217 latinamerikanske kvinder fandt ved måling med Maternal Postnatal Attachment Scale, at den stærkeste prediktor for lav tilknytning efter fødslen var depressive symptomer sent i graviditeten (12). Et tysk studie på 161 kvinder undersøgte sammenhæng mellem prænatal tilknytning og postpartum depression ved hjælp af MAAS i tredje trimester og Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDSS) ved hhv tredje trimester og 3 uger, 6 måneder og 18 måneder post partum og fandt, at tilknytning prænalt korrelerede negativt m depression sent i graviditeten og postnalt, og de anbefaler derfor understøttende behandling for mor-barn tilknytning i graviditeten (13).

Konklusion:

- Visualisering af fosteret bidrager til bonding mellem mor og barn hos unge gravide og hos gravide, som er/har været tvivlende overfor graviditeten.
- Det er fuldt tilstrækkeligt at scanne med 2D til dette formål.

Kvinder med depressive symptomer sent i graviditeten kan formentlig have gavn af visualisering af graviditeten som led i styrkelse af mor-barn-tilknytningen. For en generel viden om mor-barn-tilknytning, herunder positiv effekt af ultralydsskanning af graviditeten, henvises til Alhusen (14).

## Farmakologi

Pennefører: Niels Uldbjerg

---

### *ADHD medicin*

”Anvendelse af Psykofarmaka ved graviditet og amning” (15) konkluderer

- Methylphenidat (MPH) er generelt kontraindiceret under graviditet(15).
- Modificeret methylphenidat (Ritalin Uno®, Concerta®) og atomoxetin (Strattera®) foreligger der ingen erfaringer. Præparaterne bør ikke anvendes under graviditet og amning (15).

**Nærværende arbejdsgruppe konkluderer mht. MPH**

- **Under graviditet:** Behandlingstop bør overvejes, men beslutningen skal ses i lyset af det kliniske forløb (15).
  - **Misdannelser:** Næppe øget risiko (16).
  - **Ab Pro:** Eksponering for MPH (og anden ADHD medicin) i 1. trimester bør ikke indgå i eventuelle overvejelser.
  - **Amning** kan gennemføres under MPH behandling. Barnet tilføres minimale mængder MPH gennem modermælken (den relative vægtjusterede dosis er under 1%) og bivirkninger hos ammede børn er ikke beskrevet.
- 

### *Antipsykotika*

- Planlagt graviditet og opstart undergraviditet: Perfenazin evt. olanzapin (15).
  - Data tyder ikke på neurodevelopmentale problemer hos eksponerede børn.
  - Graviditet under pågående behandling med 2. generations antipsykotika: Kan fortsættes, hvis effektiv og lidelsen alvorlig (15).
  - Neonatalperioden: blodsukkerkontrol efter vanlige kriterier.
  - Amning: Kan gennemføres. Dog bør barnet observeres for bivirkninger som stivhed i ekstremiteter, sløvhed, obstipation, vandladningsproblem.
- 

### *Benzodiazepin*

- **Bør om muligt undgås** (15).
  - **Udtrapning** bør om muligt gennemføres (15).
  - **Misdannelser:** næppe forøget (15).
  - **Neonatalperiode:** stor risiko for slapt barn (floppy child syndrome) og for abstinenser (timer til måneder) (15, 17).
  - **Akut kortvaring behandling af f.eks. angst:** Benzodiazepin med kort halveringstid kan overvejes (17)
  - **Amning:** frarådes pga. risiko for sløvt barn (15).
-

---

**Lamotrigin:**

- **Misdannelser** (læbe-gane-spalte): risikoen øget ved > 200 mg per døgn (15).
- **Folinsyreprofylakse:** 5 mg per døgn fra planlægning af graviditet til gestationsalder 12 uger(15).
- **Plasmamonitorering** hver måned under graviditeten. Dosis skal sædvanligvis øges sidst i graviditeten (15).
- Kan anvendes i doser op til 200 mg per døgn.
- **Amning:** kan gennemføres med ”forsigtighed”, Medicin.dk (15).

---

**Lithium**

- **Indikation:** Samme som ikke gravide (15) (selvom nogle finder behandlingen relativt kontraindiceret under graviditet).
- **Forgiftning:** Tremor, sløvhed, søvninghed, utydelig tale, muskelrykninger, usikker gang, evt. kvalme, diare
- **Misdannelser:** Den øgede risiko for Ebsteins anomali er næppe klinisk betydningsfuld (15).
- **Plasmamonitorering** (Lithium, væsketal,  $Ca^{++}$ , thyreoideatal) hver måned (15). Terapeutisk niveau 0,6-0,8 mmol/l. Ofte dosisøgning i 3. trimester.
- **Hyperemesis:** Undgå dehydrering og monitorer plasmaniveauet og nyrefunktion tæt.
- **Præeklampi og dehydrering:** Daglig plasmamonitorering og kontrol af nyrefunktion.
- **Polyhydramnios:** relativ hyppig bivirkning fra slutningen af 2. trimester.
- **Fødsel:** Ved risiko for dehydrering (f.eks. langvarig fødsel) opsættes saltvandsdrop. Gerne bestemmelse af plasmaniveau tæt på forventet fødsel.
- **Post partum dosering:** Umiddelbart efter fødslen reduceres til prægravid dosis eller 50% af dosis under fødsel. Optimal dosering essentielt pga. meget høj risiko for eksacerbation. Plasmaniveau monitoreres relativt tæt (f.eks. efter 1, 3, 7, 14, 21 og 28 dage).
- **Amning**
  - Bør undgås (15).
  - Hvis det absolut ønskes kræver det en nøje monitorering af barnet mht. udtrætning, hypotoni og elektrokardiografiske forandringer hos barnet (15).
  - Nærværende arbejdsgruppe vurderer, at amning er forsvarligt, hvis forældrene er opmærksomme på, at barnet ikke dehydreres, og at moderens søvn ikke kompromitteres med risiko for recidiv af psykiatrisk lidelse. Der er ikke indikation for plasmamonitorering af barn i trivsel (18).
  - Symptomer på forgiftning af barn: cyanose, hypotoni, atriflimren, kramper, shock, polyuri, dehydrering, gastrointestinal blødning, thyreoidea-suppression. Alvorlige symptomer er dog sjældne.

- **Kontrolprogram** (modificeret fra Rigshospitalets)

GA	Serum	UL
12	Lithium, væsketal, Ca <sup>++</sup> , thyreoideatal	Nakkefoldsskanning
19	Lithium, væsketal, Ca <sup>++</sup> , thyreoideatal	Misdannelsesskanning, fosterekko
24	Lithium, væsketal, Ca <sup>++</sup> , thyreoideatal	
28	Lithium, væsketal, Ca <sup>++</sup> , thyreoideatal	Fostervand
32	Lithium, væsketal, Ca <sup>++</sup> , thyreoideatal	Fostervand
36	Lithium, væsketal, Ca <sup>++</sup> , thyreoideatal	Fostervand
37	Lithium, væsketal	
38	Lithium, væsketal	Fostervand
39	Lithium, væsketal	
40	Lithium, væsketal, Ca <sup>++</sup> , thyreoideatal	
Fødsel	Pauser lithium (gerne 24-38 timer før) Undgå dehydrering (rigelig p.o væske eller i.v. NaCl)	
	Post partum Moder	Post partum Nyfødt
1. dag	S-Lithium. Behandling genoptages med præ-gravid dosering	
3. dag	S-Lithium	TSH
7. dag	S-Lithium, væsketal, Ca <sup>++</sup> , thyreoideatal	
13. dag	S-Lithium	TSH
21 dag	S-Lithium	
28. dag	S-Lithium, væsketal, Ca <sup>++</sup> , thyreoideatal	TSH, Lithium, creatinin

---

**SSRI**

- SSRI øger næppe risikoen for dødfødsel (15).
- På grund af tvivl om præparaterne sikkerhed bør behandling bør være velindiceret og bør revurderes under graviditeten (19).

- Udtrapning anbefales generelt ikke, men kan overvejes i ”lette tilfælde”: Kun har haft en enkelt depressiv episode, depressionen har været let til moderat, hurtigt responderede på behandling, og hun er blevet behandlet i >1år
- Seponering af behandling bør ske i samarbejde mellem psykiater og praktiserende læge, under hensyntagen til patientens aktuelle symptomatologi samt anamnesticke forhold (19).
- Hensynet til kvindens grundsygdom kan nødvendiggøre behandling med præparater, der enten ikke er undersøgte eller som vurderes mindre sikre (19).
- Behandling med SSRI kan medføre øget aggressiv adfærd, suicidal tanker og suicidier, specielt hos unge, men effekten er vist helt op til 40 års alderen (20).

### Planlagt graviditet og opstart under graviditeten

- **Førstevalg:** Sertralin og citalopram/escitalopram. Sertralin kan fortsætte under amning (15).
- **Fluoxetin** er ikke førstevalg: Kasuistiske meddelelser om neonatal død. Desuden med væsentlig interaktionspotentiale pga. meget lang halveringstid (15).
- **Paroxetin** frarådes: muligvis associeret misdannelser samt neonatale komplikationer (15).
- **Escitalopram og fluvoxamin** frarådes grundet begrænsede eller ingen data (15).
- **Venlafaxin og duloxetin:** Anbefales ikke pga. sparsomme data (15).

### Graviditeten under en eksisterende behandling med SSRI

- **Fluoxetin:** kun skift, hvis det vurderes sikkert i forhold til patientens grundsygdom (15).
- **Fluvoxamin:** anbefales skift, ved mindre det vurderes usikkert i forhold til patientens grundsygdom (15).
- **Paroxetin:** bør kun fortsætte under særlig skærpet indikation (15).
- **Venlafaxin og duloxetin:** Anbefales kun, hvis kvinden ikke tidligere har responderet på anden behandling (15).

### Fødsel

- Seponering anbefales ikke, hvis der fortsat er indikation for behandlingen (15).
- Samlet set bør barnet observeres efter fødslen af jordemoder eller anden fagperson et par timer mhp. udvikling af pulmonal hypertension. Der hersker uenighed om, hvorvidt det er forsvarligt at hjemsende familien få timer efter fødsel, eller om barnet bør observeres et par døgn af fagperson. (15).

### Amning

- **Risikoen** ved at undlade at behandle deprimerede mødre vurderes større end risikoen ved behandlingen.
- **Sertralin og paroxetin** anbefales (15).

- **Fluoxetin og citalopram** kan ikke anbefales pga. lang halveringstid i barnet. Dog, ved behandling under graviditeten, kan behandlingen fortsætte under amning (15).
  - **Escitalopram og fluvoxamin** frarådes grundet begrænsede eller ingen data (15).
  - **Venlafaxin og duloxetin:** Frarådes pga manglende erfaring (15).
  - **Neonatale seponeringssymptomer:** Op til 30%, men de er milde og forbigående, behøver sædvanligvis ikke behandling. Kramper ses dog.
  - **Persisterende pulmonal hypertension** optræder med en Odds ratio på 2.1 – men er en sjælden tilstand. Mortalitet op til 5%. Dvs. NNT>11.000.
- 

### *Tricykliske antidepressiva (TCA)*

- **Amitriptylin, clomipramin, imipramin og nortriptylin:** Næppe risiko for misdannelser. Ikke påvist kompromitteret hjerneudvikling (116 eksponerede) (15).
  - **Øvrige TCA:** Kan ikke anbefales pga. manglende erfaring (15).
  - **Plasmamonitorering:** Hver 3. måned (15).
  - **Neonatal-perioden:** forbigående bivirkninger i form af gråd, forstoppelse, vandladningsproblemer, kvalme (15).
  - **Amning:** TCA-beh kan fortsættes (15).
- 

### *Valproat*

- Forebygger specielt maniske episoder (15).
- **Misdannelser:** Neuralrørsdefekt 4%, samt mulig dosisafhængig øget risiko for ASD, hypospadi, polydaktyli, kraniesynostose (15).
- **Graviditet:** kun på tvingende indikation (15).
- **Amning:** Kan anvendes, medicin.dk (15).

## Prævention og cervixcytologi

- Et forløb efter graviditet hos en sårbar kvinde bør altid afsluttes med en konsultation, hvor der er fokus på seksuel hygiejne og prævention.

Konsultationen bør tilrettes individuelt efter vurdering af kvindens/familiens samlede behov og ressourcer og ses i sammenhæng med kvindens muligheder for at benytte almindelige tilbud hos egen læge for eksempel 8 uger post partum.

I løbet af graviditeten kan der hos nogle kvinder lægges planer for sterilisation, både såfremt vaginal fødsel afsluttes med akut kejsersnit eller ved planlagt kejsersnit. Såfremt sterilisation ønskes skal formalia helst være bragt i orden i løbet af graviditeten. Kvinden skal være informeret efter gældende regler, formalia skal være underskrevet og dokumenteret i journalen. Planen skal være let tilgængelig, således at den er tydelig, når fødslen nærmer sig. I sjældne tilfælde kan det være muligt at tilbyde sterilisation i barselsperioden, men oftest afventes til senest cirka 8 uger post partum eventuelt forudgået af en injektion med Depo-Provera ved udskrivelsen.

Indholdet af den afsluttende konsultation bør i øvrigt være drøftet og planlagt i løbet af graviditeten.

- Har kvinden en sag i kommunen, kan man i god tid ansøge om betaling af prævention, således at dette er afgjort ved fødselstidspunktet.

Præventionen bør eventuelt være langtidsvirkende og ikke-samlejeafhængig, dvs. spiral, p-stav og p-sprøjte til kvinder med svære problemstillinger af psykosocial karakter. Sterilisation bør drøftes med kvinder, hvor det skønnes at være et relevant og ønsket tilbud.

Hos nogle kvinder kan det være relevant med etablering af prævention allerede ved hjemsendelse efter fødsel eller abort. Der kan her anlægges en implanon eller gives en Depo-Proverainjektion med planlægning af f.eks. anlæggelse spiral 6-8 uger post partum, sterilisation eller gentagelse af Depo-Proverainjektion/anden prævention senest efter 3 måneder.

**Cervixcytologi:** Den gynækologiske anamnese bør rutinemæssigt indeholde oplysninger om tidspunktet for sidste cervix-cytologi. Har der været svigt i forhold til smear-undersøgelser, bør denne udføres, eller der bør sammen med patienten lægges en plan for, hvordan hun efterfølgende skal følge screeningsprogrammet. Man må formode, at man i denne gruppe kan identificere kvinder med risikoadfærd, som ikke følger screeningsprogrammet og som ikke er vaccineret mod HPV.



## ADHD

Penneførere: Anette Kjørbye-Thygesen, Merete Hein (tovholder), Anne Høyen Munk, Ulla Kläning, Anton Pottegård, Per Damkier.

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) er en udviklingsforstyrrelse, der er til stede fra barndommen. ADHD er en arvelig lidelse. Der findes en overvægt af patienter med misbrugsproblematik og dårlig social funktion. Komorbiditet ses hyppigt i form af andre udviklingsforstyrrelser. Der er øget risiko for affektive sygdomme og angst tilstande og i mindre grad øget risiko for andre psykiske lidelser. Der er meget sparsom viden om obstetriske komplikationer hos kvinder med ADHD.

### *Kliniske rekommandationer (evidensgrad IIb)*

- **Sårbarteamet** indkalder til afklarende samtale så tidligt som muligt og følger hende hele graviditeten.
- **Familieambulatoriet** håndterer gravide med ADHD og rusmiddel forbrug.
- **Obstetriske** kontroller: Omkring uge 27-28 samt 32-34: Almentilstand og psykiske tilstand. Tilvækstscanninger også med henblik på at styrke mor-barn-binding.
- **Psykiatrisk** vurdering: Opblussen af ADHD eller andre psykiske symptomer.
- **Tværfagligt team**: Planlægning af indsatsen i puerperiet er for at sikre stabilitet (obstetriker, jordemoder, psykiater, familierådgiver, sundhedsplejerske og egen læge).

### *Baggrund*

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) er en udviklingsforstyrrelse, der er til stede fra barndommen, d.v.s. det drejer sig om et handicap. ADHD har længe været kendt og behandlet hos børn. Det er først i de senere år, at man har erkendt, at også mange voksne lider af ADHD (21).

Symptomerne i form af opmærksomhedsforstyrrelse, hyperaktivitet og impulsivitet aftager med alderen. Specielt reduceres hyperaktivitet og impulsivitet, hvorimod koncentrationsforstyrrelse i højere grad vedbliver. Symptomernes indflydelse på det daglige funktionsniveau øges til gengæld i takt med at kravene til overblik og planlægning øges med tiltagende alder og støtten fra forældre aftager.

- Der er praktisk erfaring for, at symptomerne reduceres under graviditet men forværres i forbindelse med de øgede krav til koncentration og planlægning, der kommer med forælderrollen.

Ca. halvdelen af de patienter der diagnosticeres som børn opfylder ikke fuldt ud kriterierne for diagnosen som voksne.

### *Prævalens*

Der er ikke danske befolkningsundersøgelser, men på basis af udenlandske undersøgelser forventer man en prævalens for ADHD på 2-3% for voksne kvinder (22). Der findes ikke undersøgelser af fertiliteten af kvinder med ADHD. Hvis fertiliteten er den samme for kvinder med ADHD som for den generelle befolkning, vil man forvente, at 2-3% af gravide kvinder har ADHD. Ca. 0,5% af kvinder i den fødedyg-

tige alder er i medikamentel behandling for ADHD (23). ADHD ses hos fire gange så mange mænd som kvinder, men af dem, der søger behandling, er der lige mange mænd og kvinder, fordi mænd ofte undlader at søge behandling (21). Der er evidens for, at personer med ADHD har flere seksuelle partnere, flere seksuelt overførte sygdomme og flere ikke-planlagte graviditeter end kontrolgrupper (24).

### **Symptomer**

ADHD består af tre symptomer:

**Opmærksomhedsforstyrrelse:** Patienten har problemer med opgaver, der kræver koncentration og planlægning. Specielt har de problemer med opgaver der er rutinemæssige, hvorimod det går bedre ved opgaver der er spændende eller hvor der skal gøres en særlig indsats. De glemmer ting, glemmer hvad de er i gang med og glemmer aftaler. De skal typisk bruge en særlig struktur for at passe almindelige huslige opgaver. De kan for eksempel have svært ved at komme ud af døren til tiden, planlægge morgenmad, tandbørstning, pakke taske m.m.

**Hyperaktivitet:** Patienterne har svært ved at sidde stille. De har brug for at bevæge sig hele tiden. Hvis de sidder stille, har de typisk en indre spænding på grund af behovet for at bevæge sig.

**Impulsivitet:** Patienter med ADHD kan have problemer med at tænke sig om, før de taler eller gør ting. De kan typisk tale meget og højt, afbryde andre før de har talt ud. De siger og gør ting, de fortryder, fordi de ikke når at tænke sig om.

Symptomerne forårsager betydelige vanskeligheder i studie- eller arbejdsmæssig sammenhæng, i fritiden og i hjemmet. Patienter med ADHD har haft dette handicap hele livet, og vil i højere eller mindre grad have udviklet strategier til at håndtere dette handicap.

### **Comorbiditet**

Ca. 60% af voksne med ADHD har samtidigt en anden psykisk lidelse (22, 25). Det drejer sig om andre udviklingsforstyrrelser som autisme spektrum forstyrrelser og adfærdforstyrrelser. Herudover er der øget risiko for specifikke udviklingsforstyrrelser som for eksempel ordblindhed. Der er øget risiko for affektive sygdomme og angsttilstande og i mindre grad øget risiko for andre psykiske lidelser. Ca. 20% af patienter med ADHD har et stof- eller alkoholmisbrug (25).

### **Obstetriske komplikationer**

Man ved at kvinder med ADHD ofte oplever en forværring af ADHD symptomerne præmenstruelt, og når medicinen seponeres.

- Nogle kvinder oplever dog en bedring af ADHD symptomerne under graviditeten, hvilket har den fordel, at man oftest vil kunne seponere medicineringen med centralstimulerende medicin uden de store problemer (21).

Der er generelt ikke behov for at få diagnosen ADHD revurderet.

- Psykiatrisk vurdering anbefales:
  - Gravide i medicinsk behandling for ADHD mhp medicin og psykiatrisk komorbiditet.
  - Samtidigt misbrug.
  - Betydelige symptomer på ADHD, og patienten aldrig er udredt herfor.

I litteraturgennemgang har vi ikke kunnet finde beskrivelser af øget hyppighed af medfødte misdannelser, uønskede graviditetsudfald eller andre obstetriske komplikationer såsom for tidlig fødsel, lav fødselsvægt eller neonatal mistrivsel associeret med at have en ADHD-diagnose. En undtagelse herfor angår den medicinske behandling og graviditet (se nedenfor).

### ***Moderevne***

Mange patienter med ADHD vil ikke have problemer med moderevnen.

Oftes ses øgede ADHD symptomer efter fødslen på grund af øgede krav til koncentration og planlægning i forbindelse med børnepasning. Dette kan give stress symptomer med nedsat moderevne til følge.

ADHD er en arvelig lidelse, og der er en ganske betydelig forekomst af ADHD blandt forældre til patienter med ADHD, med deraf følgende forekomst af misbrug og dårlig social funktion. ADHD patienter har derfor hyppigere dårlige opvækstforhold end gennemsnitskvindene. Herudover har patienter med ADHD øget forekomst af symptomer på autisme-spektrum-forstyrrelser, dårlige sociale forhold, dårlige sociale netværk og misbrug, hvilket kan nedsætte forældreevnen.

Ved forventet normal moderevne, bør det vurderes, om der er behov for særlig afhjælpning af ADHD symptomerne. Afhængigt af problemernes omfang kan denne vurdering foretages af relevant sundhedspersonale i samarbejde med moderen evt. suppleret af egen læge eller rådgivning fra psykiater. Det vil i mange tilfælde være hensigtsmæssigt, at kvinden møder sundhedsplejersken inden fødslen. Herudover vil der kunne blive tale om bostøtte med særlig viden om ADHD, der kan hjælpe med at etablere de nødvendige strukturer. En sådan hjælp etableres bedst inden fødslen.

### ***Behandling***

Behandlingen består af medicin, hovedsageligt i form af methylphenidat, der er centralstimulerende, og atomoxetin (Se det farmakologisk eafsnit). En del patienter med ADHD har ikke effekt af behandlingen uden for store bivirkninger (klinisk erfaring).

Psykoedukation er vigtig i behandlingen, da viden om handikappet øger patientens evne til at indrette sig med handikappet med mindst mulig funktionsindskrænkning. Endelig er der god effekt af støtte i form af hjælp til at strukturere hverdagen (26).

For den særlige risikogruppe af patienter med såvel misbrug som ADHD har tidligere undersøgelser ikke entydigt vist, at resultatet af misbrugsbehandling er bedre ved behandling med medicin for ADHD end uden behandling (27). Der er dog stor forskel fra patient til patient, og patienten selv vil typisk have stor erfaring i hvorledes det bedste forløb sikres.

### ***Nyt vedrørende behandling med methylphenidat (Evidensgrad IIIb)***

Risikoen for misdannelser forbundet med første-trimester eksponering med methylphenidat (MPH) er for nyligt blevet undersøgt i et systematisk review (16). Litteraturen på området er meget begrænset, og det er således kun lykkedes at finde data på i alt 180 eksponerede børn. Blandt disse blev der observeret fire alvorlige misdannelser.

Siden publikationen af dette review er den ene kilde ([www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)), blevet opdateret med yderligere ca. 100 eksponerede. Blandt de i alt 220 eksponerede børn er der fundet fem misdannelser.

I et nyt dansk registerstudie (23) er der fundet 222 børn som er eksponeret til MPH i første trimester. Der blev blandt disse børn fundet syv alvorlige misdannelser. Dette svarer til en relativ risiko på 0,8 (0,3-1,8).

På baggrund af det ovennævnte review, den danske undersøgelse samt de opdaterede svenske data er der nu i alt rapporteret data for 518 børn eksponeret i første trimester,

- uden tegn på en overhyppighed af misdannelser (23).

Dette datagrundlag kan ikke udelukke en svagt øget risiko for misdannelser, men alt tyder på at en eventuel risiko vil være begrænset.

Det skal understreges at disse undersøgelser fokuserer på misdannelser som typisk kan henføres til eksposition i 1. trimester.

- Der er utilstrækkelige data til meningsfyldt at belyse risikoen for anden uønsket fosterpåvirkning ved eksposition senere i graviditeten, så som for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, neonatal adaptation og senere psykosocial udvikling.

### **Co-medicinering**

En tidligere dansk undersøgelse har vist at patienter i behandling med ADHD-midler har et stort samtidigt forbrug af andre psykofarmaka (23). Blandt 18-49-årige behandlet for ADHD tager 36% antidepressiva, 21% antipsykotika, 12% antiepileptika, 11% opioider, 9% anxiolytika og 9% hypnotika og sedativa (23). Det vil derfor altid være relevant at spørge ind til anden medicinering.

Disse lægemidler bør håndteres i forhold til gældende anbefalinger (15).

### **SKS-kodning / ICD10-koder**

D0993B Graviditet med aktuel psykisk sygdom  
+ DF900 Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed

DZ358 Kontrol af højrisikograviditet pga. tidligere psykisk sygdom  
+ DF900 Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed

Nedenstående tillægskoder kan anvendes i forbindelse med forskningsprojekter og lignende

Hyperkinetiske forstyrrelser	DF90
Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed	DF900
Hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse	DF901
Anden hyperkinetisk forstyrrelse	DF908
Hyperkinetisk forstyrrelse UNS	DF909
Andre adfærdsmæssige og emotionelle forstyrrelser ...	DF 98.8

**Spiseforstyrrelser**

Pennefødere: Anette Kjærbye-Thygesen (tovholder), Mette Høltzermann, Charlotte Sollid, Ida Katrine Holdgaard-Thomsen, Mala Moscovitz, Marianne Hertz.

**SKS koder**

DO993B Graviditet med aktuel psykisk sygdom  
+DF 50.9 Spiseforstyrrelser uden specifikation

DZ358X Kontrol af højrisikogravid pga tidligere psykisk sygdom  
+DF 50.9 Spiseforstyrrelser uden specifikation

**Forkortelser**

SF – Spiseforstyrrelse

AN – Anorexia nervosa

BN – Bulimia nervosa

BED – Binge eating disorder

EDNOS – Eating disorder not otherwise specified.

SCOFF – Sick, Control, One, Fat, Food (Spørgeskema til screening for spiseforstyrrelse (stikord fra hver af de 5 spørgsmål på engelsk))

**Headlines:**

Spiseforstyrrelsessymptomer bedres hos 50 % i graviditeten, men vender oftest tilbage igen efter fødslen. Op til 22 % får i graviditeten reaktivering af tidligere spiseforstyrrelse

Kvinder med spiseforstyrrelse har øget risiko for børn med lavere fødselsvægt (ca. 200g) og ca. fordobling af risiko for SGA og præterm fødsel – formentlig pga. lav prægravid BMI, lav vægtøgning i graviditeten og øget forekomst af rygning.

Kvinder med spiseforstyrrelse har øget risiko for udvikling af depression under eller efter graviditeten (op til 50 %).

- Spiseforstyrrelse overvejes – evt. vha. SCOFF screeningsskema:
  - tidligere spiseforstyrrelse
  - præ-gravid BMI<20
  - manglende vægtøgning i 2. trimester/graviditeten
  - vedvarende hyperemesis
- Obstetriker: Skanninger og kontrol hos obstetriker anbefales mhp tilvækst og bonding.
- Diætist: Aktiv SF mhp. sikre sufficient ernæring. Ikke aktiv SF mhp. forebyggende indsats.

- Fokus på relationsdannelse.

### **Karakteristika**

**Anorexia nervosa** er karakteriseret ved en opretholdelse af lav vægt, en angst eller blokering over for vægtøgning og ofte et forstyrret kropsbillede. Patienternes spisning er ritualiseret med regler og rammer, og ofte er krop og spisning filtret sammen med følelser.

Anorexia nervosa findes i to undertyper; Den restriktive, hvor patienterne opretholder den lave vægt ved beskedent fødeindtag og faste, eventuelt kombineret med motion, og den bulimiske type hvor patienterne indimellem kan have overspisningsepisoder, men samtidigt holder vægten nede ved både faste, provokerede opkastninger, laxantia misbrug etc.

Anorexia nervosa i en eller anden form findes hos cirka 1 % af voksne kvinder.

Baggrunden for sygdommen er for en stor del genetisk (28), kombineret med belastningsfaktorer (29) - en tredjedel af patienterne har været udsat for seksuelle overgreb i deres opvækst.

**Bulimia nervosa** er karakteriseret ved overspisningsepisoder efterfulgt af modforanstaltninger, (provokerede opkastninger, misbrug af slankepiller eller laxantia eller lignende). Patienterne vil oftest være normalvægtige eller lettere overvægtige, men er meget angste for fedme. I storbyer vil cirka 2 % af kvinder være ramt af tilstanden, der er knyttet til vestlige bykulturer.

**BED, (binge eating disorder)** er en tilstand hos overvægtige, karakteriseret ved overspisningsepisoder uden efterfølgende modkompensation.

### **Epidemiologi**

Forekomst af spiseforstyrrelser hos gravide er grundlæggende ukendt, men, da lavvægtige anoreksipatienter har nedsat fertilitet, må man forvente en lavere forekomst blandt gravide af anoreksi. Et bud på forekomsten af aktiv/tidligere SF blandt gravide er life time prævalens på 2-3 % (30, 31). Tidligere anorexia nervosa, lav vægt (BMI<20) ved konceptionstidspunktet og manglende vægtøgning i graviditeten specielt efter 1. trimester kalder på øget opmærksomhed.

### **Udvikling af spiseforstyrrelse i graviditeten**

Graviditeten kan betragtes som den ultimative provokation af den SF tilstand med udpræget påvirkning af de SF adfærdsmønstre (32). Kvinden kan opleve en ”loyalitetkonflikt” mellem SF og barnet (33). Omkring 50 % oplever en bedring af SF symptomer i graviditeten, hvorefter de returnerer, tæt på eller relativt kort efter fødslen. Bedring er typisk beskrevet som reduktion af selve den SF adfærd: opkast, laksantia, diuretika, overspisning, restriktiv spisning og overdreven motion (34-41). Andre studier finder kun begrænset bedring (42, 43). Flere studier (34-37) fokuserer på at adskille den SF adfærd fra den SF tankegang (angst og tvangsprægede tanker om mad, krop og selv-værd). Tankegangen kan være særdeles aktiv, selvom adfærden ændres. Således fandt Micali, Treasure et al (35, 36) bedring af symptom-adfærden, som dog fortsatte i graviditeten hos kvinder med aktiv eller tidligere SF, ligeledes fortsatte det SF tankesæt, hvor mad, vægt og krop dominerede. Dette gjaldt både hos tidligere og aktive tilfælde, hvorfor et af hovedbudskaberne var, at man (som behandler) skal være

opmærksom på risikoen for reaktivering i graviditeten. Studiet pegede også på risiko for debut af BED i graviditeten (også beskrevet af (44).

Psykologisk kan graviditeten opleves som en "positiv livsfase" med øget impuls kontrol, og mindre dominans af de SF tanker, muligvis hjulpet af en neuroendokrinologisk komponent (34, 45). "Lykkeeffekten" er beskrevet som kortvarig, og kvinderne synes at være udsatte for psykosomatisk tilbagefald til SF' symptomatologi post partum (34). Symptombedring i op til 36 mdr. post partum er dog beskrevet (40). Generelt forklares kvindernes motivation for at reducere den SF adfærd med øget hensyn til barnets sundhed. Et dansk studie (45) anbefaler at udnytte det 'terapeutiske vindue', som graviditeten og postpartum perioden giver - til intervention, inkl. henvisning til behandling, samt psykosocial støtte og opfølgning, der rækker langt ind i post partum perioden.

Symptomforværring i forbindelse med graviditeten er også beskrevet (39), ligeledes reaktivering af symptomadfærden i graviditeten hos kvinder med tidligere AN eller BN i op til 22 % (37, 46).

Den gravides psykosociale trivsel kan påvirke SF' symptomatologi i både positiv og negativ retning. Ligeledes har tæt emotionel kontakt til fostret en "beskyttende" effekt på, hvordan den gravide spiser, og hvordan SF udvikler sig efter fødslen. Disse "bløde" markører kan være retningsgivende for hvilke ressourcer kvinden har til at tackle overgangen til moderrollen (34, 37, 40). Lai (2006) viste, at kvinder med dårlig prænatal støtte fra partner og kvinder med depressive symptomer var dobbelt så udsatte for tilbagevenden til/forværring af bulimisk adfærd. Morgan (39) fandt blandt bulimikere, at 57 % havde værre symptomer efter graviditeten, men at 34 % var helt symptomfrie. Risikofaktorer for tilbagefald 12 mdr. post partum var bl.a. symptomernes sværhedsgrad ved graviditetens start, tidligere at have haft anoreksi, samt post partum depression, som var massivt forøget (trefold) i studiet.

### ***Screening for spiseforstyrrelser***

Screening af risiko gravide anbefales i et review, hvor risici inkluderer hyperemesis gravidarum, manglende vægtøgning ved to efterfølgende svangrekontroller i 2.trimester eller tidligere SF (47).

Et retrospektivt pilot studie (n=54) anbefaler stor fokus på screening på baggrund af fundne høje prævalenser af SF risikoadfærd (27.8%). Kvinder med kendt psykiatrisk sygdom er særligt vigtige, idet over halvdelen af de screening-positive havde kendt psykiatrisk komorbiditet (48), mens et andet studie finder høj forekomst af SF risikoadfærd hos gravide med prægravid BMI<19.8 (49).

### ***SCOFF***

Der er ingen screeningsmetode, som er valideret i til brug hos gravide. SCOFF (50) er dog en let gennemførlig screeningsmetode, som ud fra fem screeningsspørgsmål omkring kernesymptomer på AN og BN kan identificere risiko individer.

Ved anvendelse af en cut-off på mindst 2 positive svar findes sensitivitet 100% (95% CI 96.9-100 for BN, 92.6-100 for AN) og specificitet 87.5% (95% CI 79.2-93.4) for SF, ved sammenligning med DSM-IV. Data stammer fra et engelsk studie blandt kvinder i alderen 18-40 år, fordelt på 116 cases og 96 kontroller, publiceret i BMJ (39, 50). Et senere studie på tilfældigt udvalgte kvinder 18-50 år fra almen praksis (n=341) fandt lidt lavere tal (sensitivitet 84.6% [54.5-98.1%], specificitet 89.6% [86.3-92.9%]), men konkluderer at dette er acceptabelt set i lyset af sygdommens alvor (51). Screeningsmetoden anbefales også af NICE (52); dog er SCOFF i lighed med andre screeningsinstrumenter ikke er testet på gravide.

## SCOFF screeningsspørgsmål (50) (Oversættelse fra Lægehåndbogen.dk)

- Kaster du op med vilje, fordi du føler dig ubehagelig mæt?
- Er du bange for at miste kontrol over din spisning?
- Har din vægt på noget tidspunkt svinget meget?
- Synes du, at du er tyk, selv om andre siger, at du er for tynd?
- Vil du sige, at mad styrer dit liv?

SCOFF kan anvendes både som interview form og som skriftligt spørgeskema, og et studie blandt 185 sygepleje- og jordemoderstuderende fandt god replicérbarhed mellem de to former (12, 53).

SCOFF er en pålidelig metode sammenlignet med ESP (54, 55) og EDE-Q (56), samt EDI (eating disorder inventory) der er valideret på danske ikke-gravide unge (57). Andre metoder kan også anvendes til gravide (58).

SCOFF er således et let anvendeligt screeningsværktøj, der også kan bruges af utrænnet personale og i almen praksis (51, 53).

- Hos gravide med risikofaktorerne nævnt først i afsnittet, kan SCOFF derfor anvendes af f.eks. praktiserende læger, obstetrikere og jordemødre. Ved to eller flere positive svar bør man skærpe opmærksomheden for, om den gravide har en egentlig spiseforstyrrelse og sammenholde screeningssvaret med det øvrige kliniske billede, før man overvejer evt. viderehenvisning.

### ***Obstetriske komplikationer***

Spiseforstyrrelser og associeret kompensatorisk adfærd kan resultere i lav BMI, under/fejlernæring samt manglende vægtøgning (eller stor vægtøgning v. BED) i graviditeten - og som følger deraf medføre obstetriske komplikationer.

Abortrisiko: Enkelte studier har fundet en øget forekomst af tidlig spontan abort hos bulimikere (35, 59, 60) samt hos anorektikere (61), idet der var tale om selvrapporterede retrospektive data.

Misdannelsesrisiko: Et enkelt studie har fundet association mellem forekomst af neuralrørsdefekt og restriktiv diæt (måske pga. lav folat), men ikke signifikant association til spiseforstyrrelser (62). Mindre hovedomfang og større forekomst af microcephali er rapporteret hos kvinder med spiseforstyrrelse i anamnesen (46). Øvrige større studier fandt ikke sammenhæng mellem malformationer og spiseforstyrrelser (59, 61, 63).

Lav/høj fødselsvægt: En del studier har fundet af kvinder med aktiv/tidligere spiseforstyrrelse føder børn med lavere fødselsvægt end raske kvinder (36, 46, 61, 63-67). Solmi (68) fandt i en metaanalyse, at kvinder med anorexi (aktiv/tidligere) fik børn, der vejede 200g mindre end raske kvinder.



Ved justering for gestationsalder er der fundet signifikant øget risiko for SGA i nogle undersøgelser (OR 1,8 (64), OR 2,8 (63), OR 9,0 (36, 46, 65), men ikke i andre (61, 67). Ikke overraskende er præ-gravid BMI lavere hos kvinder med spiseforstyrrelse (specielt anorektiske (aktiv/tidligere)) (36, 46, 61, 66, 69, 70). Det er velkendt, at lavt BMI øger risikoen for lav fødselsvægt (71). Således svinder den øgede risiko for lav fødselsvægt/SGA i de studier, hvor der justeres for præ-gravid BMI (35, 66). Nogle undersøgelser, som har fundet lavt præ-gravid BMI men stor vægtøgning hos spiseforstyrrede (69, 70, 72) finder ikke øget forekomst af lav fødselsvægt/SGA. Det gør Nunes (73) heller ikke hos gruppe gravide bulimikere.

Større andel af rygere blandt kvinder med spiseforstyrrelser ses (36, 69, 70). Kvinder med BED har højere BMI og føder børn med større fødselsvægt/LGA (69, 73).

Præterm fødsel: Øget risiko for præterm fødsel er fundet i flere case-control undersøgelser og retrospektive populationsbaseret undersøgelser (59, 61, 63-65) med OR på 1,7-3,3. Andre undersøgelser – inklusive populations-undersøgelser med vekslende svarprocent - har ikke fundet øget forekomst af præterm fødsel hos kvinder med tidligere/aktiv spiseforstyrrelse (36, 67, 70, 73).

Graviditetskomplikationer: Undersøgelser af forekomst af graviditetskvalme/ opkastning blandt kvinder med spiseforstyrrelser er begrænsede, bl.a. da skelnen mellem graviditetsudløst opkastning og selvinduceret opkastning, som tegn på aktivering af spiseforstyrrelse, kan være vanskelig. Et ældre studie har dog vist, at kvinder med BN udmærket er i stand til at skelne graviditetsudløst opkastning fra selvinducerede opkastninger (74). Øget risiko for hyperemesis (ikke klart defineret) i graviditeten er fundet hos kvinder med anamnestisk AN/BN og aktiv BN (46, 59). I en større kohorte undersøgelse fandt man øget risiko for graviditetsrelateret opkastning blandt kvinder med BN/EDNOS, men ikke for hyperemesis (indlæggelse pga. graviditetsopkastninger) (75).

Der er fundet øget risiko for GDM (OR 5,7) hos kvinder med anamnestisk spiseforstyrrelse og kvinder med aktiv bulimi (36, 59), men det er ikke genfundet i andre studier (61, 63, 67, 69, 70, 72). Ellers er der ikke fundet øget risiko for graviditetskomplikationer (59, 61, 63, 65, 67, 69, 70, 72).

Fødselskomplikationer: To studier har fundet at hhv. spiseforstyrrelse (uden subgruppe opdeling) og BN var associeret til højere risiko for igangsættelse (65, 69). Dette er ikke genfundet i andre studier (61, 63).

Øget risiko for sectio er fundet hos hhv. kvinder med BED og LGA (69), kvinder med tidligere/aktiv anoreksi (61) samt ved tidligere/aktiv overordnet spiseforstyrrelse (63). Andre har fundet lavere secto-risiko eke(67) eller ingen forskel (65, 70, 72, 73).

Anoreksi var grænse-signifikant associeret til mulig asfyksi (pH<7,2 og patologisk CTG) (70, 72), men ikke til lav apgar efter 5 min. Dette er ikke genfundet i andre studier (63, 67, 69), ligesom der heller ikke er øget risiko for dødfødsel (35, 36).

### ***Kost, ernæring og vægtanbefaling***

- Gravide med SF bør ligesom andre gravide vægtøge efter SSTs anbefalinger,

dvs. 13-18 kg for undervægtige (BMI <18,5), 10-15 kg for normalvægtige (BMI 18,5-24,9), 8-10 kg for overvægtige (BMI 25-29,9) og 6-9 kg for svært overvægtige (BMI >30) (1). Vægtøgning er vigtig for især undervægtige patienter med AN, da dette kan medføre øget risiko for lav fødselsvægt hos fosteret (70, 72) og for præterm fødsel (76). AN patienter vægtøger generelt mere end patienter med andre SF diagnoser (70, 77). Noget tyder på, at AN patienter dog ikke vægtøger nok (78). En større del af kvinder med BN og BED tager signifikant mere på under graviditet end gravide uden SF. Dette skyldes højere indtag af kalorier og mættede og monoumættede fedtsyrer samt højere energitæthed (78, 79). I dette studie tog patienter med SF mere på end dem uden. Siega-Riz AM et al (79) viser også større total energiindtag ved BN og BED end kontrolgruppen.

Flere patienter med SF oplever ligesom kvinder uden SF fald i vægtbekymring under graviditet, men har fortsat større vægtbekymring end patienter uden SF, hvorfor det er vigtigt at støtte dem i denne proces (77).

Lidt vides om kosttilskud under graviditet (80), men det ser ud til at BED patienter tager færre end kontroller. Der bør sikres vanlig anbefaling af vitaminpille og jerntilskud samt overveje præconceptionel folinsyretilskud. Desuden bør der suppleres efter evt. blodprøvesvar (se nedenfor).

Kvinder med SF spiser ikke så varieret som patienter uden SF: De spiser mindre kød og kartofler og mere brød samt drikker mere koffein (72), dog sås dette ikke på fordeling af energi, kulhydrat, fedt og protein. Desuden ses et højere indtag af ikke naturligt sødede drikkevarer (79).

En hypotese er, at dårlig ernæring eller underernæring (især proteinmangel) samt comorbid psykopatologi som angst og depression under graviditeten kan få maternal CRH til at stige og glucocorticoidniveau til at stige i den føtale cirkulation, grundet øget eksponering - hvilket kan forårsage obstetriske komplikationer i form af især væksthæmning og lav fødselsvægt (81, 82). Glukoseniveau kan svinge drastisk i forbindelse med overspisninger (81, 82).

Det er vigtigt at huske, at normal BMI ikke nødvendigvis betyder tilstrækkelig ernæringsstatus (76). Det er derfor nødvendigt med tidlig indsats - gerne før graviditet (76). Derfor skal gravide med aktiv SF hurtigt henvises til diætist med henblik på vejledning for at sikre sufficient ernæring, ligesom gravide med ikke aktiv SF bør henvises med henblik på forebyggende indsats.

Patientens vægt bør følges tæt under graviditeten. Det er vigtigt at afklare tværfagligt, hvem der har ansvaret for at følge patientens vægt.

I hht. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for behandling af (aktiv) spiseforstyrrelser (83) bør følgende blodprøver overvejes: Hgb, leukocytter, differentialtælling, trombocytter, koagulationsfaktor II VII X, s-calcium ion, s-natrium, s-kalium, f-B-glucose, s-bilirubin, s-TSH, s-ASAT, s-carbamid, s-creatinin og D-vitamin.

Samt supplerende ved samtidig undervægt: s-bikarbonat, s-albumin, s-laktatdehydrogenase, s-magnesium, s-phosphat, s-ferritin, s-amylase, s-zink, s-T4 index, s-B12, erytrocyt folat, s-total T3, s-total T4 og EKG.

### ***Psykiatrisk behandling:***

Som udgangspunkt må man tilstræbe at anoreksi og bulimi behandles inden graviditet, således at man opnår symptomfrihed. Specialiseret, målrettede tilbud findes imidlertid kun i begrænset omfang.

Ved lettere symptomer, hvor patienterne føler, at de næsten er ”helbredte”, vil den relevante intervention være ekstra støtte i obstetrisk regi under graviditeten.

Ved svær symptomatisk spiseforstyrrelse hos gravide, hvor dagligdagen er påvirket, skal patienterne henvises til den psykiatriske centralvisitation mhp. behandling.

Behandling af anorexia nervosa er psykoterapeutisk og ernæringsterapeutisk, hvor man tilstræber en vægtnormalisering. Behandlingen strækker sig typisk over flere år. Behandlingen af bulimi foregår individuelt eller i gruppe. Psykoterapeutisk kognitiv adfærdsterapi eller interpersonel terapi kan helbrede flertallet af patienterne på 6 – 8 måneder. Antidepressiva kan reducere symptomerne i en periode. BED kan ved kognitiv adfærdsterapi ændres, således at spisemønsteret normaliseres, men det er uden indflydelse på vægten.

Spiseforstyrrede har øget risiko for depressionsudvikling, life time risiko omkring 50 %, udvikles når som helst under eller efter graviditeten (59, 84, 85). Depressioner skal behandles efter almindelige retningslinjer.

### ***Moderrollen, relationsdannelse og barnets udvikling:***

- Børn af mødre med spiseforstyrrelse udgør en højrisikogruppe.

Der har været stigende interesse for, hvorledes spiseforstyrrelser kan påvirke den psykologiske graviditet, relation til barnet efter fødslen, fysisk trivsel, barnets spiseadfærd samt psykiske udvikling.

Der rapporteres om øget tendens til uplanlagte graviditeter hos kvinder med spiseforstyrrelser (86, 87), samt at kvinder med spiseforstyrrelser har flere negative følelser forbundet med graviditet i forhold til kontrolgruppen – bl.a. uventet graviditet og forventet vægtøgning under graviditeten. De fleste udtrykker angst og bekymring for, at de ikke kan tage vare på barnet, at barnet kan lide fysisk overlast, overtage moderens vægt- og spiseproblemer eller på anden måde blive påvirket i udvikling fremover.

### ***Mor-barn samspil og relation***

En svensk undersøgelse af tidlig tilpasning til moderskab(88) viste, at signifikant flere kvinder med spiseforstyrrelser end kontroller rapporterede tilpasningsproblemer til moderskabet 3 mdr. efter fødslen (92 % vs. 13 %). Ligeledes var problemer med at made barnet rapporteret væsentligt højere og 50 % af kvinder med spiseforstyrrelse kom efter fødslen i kontakt med sundhedsvæsenet pga. depression og andre psykiske helbredsproblemer (kontrolmødre kun 10 %).

Ved video-optagelse af mødre med bulimi og deres 1 årige børn under måltid og leg var mødrene præget af mangelfuld opmærksomhed og forståelse af barnets signaler og behov. Mødres adfærd sås som afbrydende, påtrængende og indblandende såvel i lege- som i spisesituation. Mødre udtrykte også flere negative følelser overfor barnet i spise-, men ikke i legesituationer. Mødre blev i begge situationer vurderet mindre behjælpelige og støttende (89), samt kontrollerende under leg og måltid (90).

Ved anden undersøgelse af 1- 4 åriges samspil med deres mødre under måltid berettes om mødres mindre lyst til at forberede og indtage måltid sammen med barnet samt færre positive kommentarer vedrørende maden og måltider (91). Mødrene viste også hyppig brug af maden i samspil til andre formål som belønning/straf eller beroligelse og mindre omhyggelighed med strukturering af måltider i løbe af dagen (92). Mødres spiseforstyrrelse dominerer ofte dagligdagen og kan påvirke barnet direkte (vidne eller deltager i moderens symptomatologi) eller indirekte (overdrevet optagelse af kroppen, vægten) og kan gøre mor-barn relation alvorlig forstyrret.

***Barnets spiseproblemer***

Mødre med spiseforstyrrelse før eller under graviditet har højere risiko for rapportering af tidlige og persisterende spiseproblemer hos barnet (81, 82, 85, 93) muligvis via mødrenes distress (eks. angst og depression). Ligeledes i den norske mor-barn ("MoBa") prospektiv gravidkohorte rapporterer mødre med bulimi og binge eating disorder højere grad af spiseproblemer associeret med restriktiv feeding (94).

***Barnets fysiske trivsel***

Det er en generel opfattelse, at spædbørn af mødre med spiseforstyrrelse har øget risiko for fysiske trivselsproblemer, afvigelse i vægt og højde i forhold til alderen (89, 95).

Undersøgelse af tidlig vækst samt neurokognitiv udvikling af børn med mødre med spiseforstyrrelse i anamnese viste, at der fra 3 mdr. alderen ingen forskel var i vægt, men hovedomfang hos børn af mødre både med anoreksi og bulimi var signifikant mindre op til 18 mdr. alder. Reduceret hovedomfang var relateret til forsinket neurokognitiv udvikling. Mødres stress og prænatal underernæring angives som mulige årsager til reduceret hovedomfang og i den sammenhæng problemer med ekspressivt sprog og sociale færdigheder (96).

***Barnets psykiske trivsel***

- Hyppighed af psykiske forstyrrelser hos børn af spiseforstyrrede mødre i barnealderen svinger i undersøgelser fra 10 til 50 %. Der nævnes børnepsykiatriske problemstillinger som: emotionelle- og adfærdsforstyrrelser, sprog- og taleproblemer, spiseforstyrrelse i barndommen, failure to thrive, tilknytningsforstyrrelser, hyperaktivitet, aggressiv adfærd og elektiv mutisme, trichotilomani, depression og i ungdomsårene OCD, anoreksi, sociale og emotionelle forstyrrelser.

Undersøgelse af spædbørns temperament i den norske MoBa kohorte population viste, at børn af mødre med symptomer på spiseforstyrrelse havde betydelig højere risiko for at blive rapporteret som ekstremt urolige (97). Piger af mødre med anoreksi havde ved 3½ års alderen større tendens til både emotionelle-, adfærds- og hyperaktivitet forstyrrelser mens drenge af samme mødre havde højere grad af emotionelle forstyrrelser. Piger af mødre med bulimi udviste højere tendens til hyperaktivitet, og drenge højere grad af emotionelle og adfærdsforstyrrelser. Angst og depression samt aktiv spiseforstyrrelse under graviditeten var væsentlige mediatorer for forstyrrelserne (98).

***Kontrolforløb i obstetrisk regi***

- Den gravide bør tilbydes psykoedukation mhp. en forståelse af den fysiologiske graviditet, betydning af ernæring og vægtøgning for barnets fødselsvægt, betydningen af patologisk adfærd som restriktiv spising, spiseorgier, opkastninger, overdrevet motion, indtagelse af alkohol, afføringsmidler o.l. for foster, samt at den gravide hurtigst muligt får et realistisk billede af fosteret, så hun kan indse betydningen af sin adfærd for barnets trivsel.

- Hvis tidligere SF og nu normalvægtig uden SF symptomer og med normal vægtøgning: almindelig jordemoder – dog med øget fokus på vægtøgning i graviditeten.
- Aktiv SF, undervægtige, abnorm vægtøgning: udvidede svangrekontroller – om muligt i team for sårbare gravide.
- Jordemoder: Regelmæssige tætte kontroller med vejning (evt. med ryggen til hvis kvinden finder det for vanskeligt).

- Obstetriker: skanning mhp bonding og tilvækst - afhængig af præ-gravid BMI
- Diætist: både aktive og tidligere for at sikre sufficient ernæring.
- Serologi:
  - Symptomatisk SF: Blodprøve screening for bl.a. anæmi, elektrolyt, vitamin og mineral forskydninger (se vægt og ernæringsafsnit).
- Psykiater: Svær symptomatisk SF hos gravide, hvor dagligdagen er påvirket.
- Socialrådgiver: Ved behov for underretning.
- Sundhedsplejerskebesøg i graviditeten anbefales.
- Forlænget barselsophold med observation af psykisk stabilitet, sikring af regelmæssige og tilstrækkelige måltider, vejning, evt. ammeetablering og relationsdannelse.
- Netværksmøde mhp. kvindens psykosociale situation vurderes før udskrivelse fra barsel, så den tværfaglige indsats postpartum sikres.
- Efterfødselssamtale 4-6 uger hos samme jordemoder anbefales, og ved dette besøg evt. screening for depression med ”Edinburgh post natal depression scale”.

### ***Postpartum støtte/fokus***

- Efter fødslen er det vigtigt, at der fortsat er øget fokus på forældre-barn relationsdannelse. Dette er via sundhedsplejerske, egen læge eller evt. forløb i spædbarnspsykiatrisk regi

### ***Amning***

I nogle undersøgelser rapporteres om amning som mindre succesfuld, svær at opretholde og må ofte vælges fra (91, 99). I andre prospektive populationsbaserede kohorte undersøgelser (ALSPAC og MoBa) er der beskrevet høj tendens til at starte og fastholde amning blandt kvinder med spiseforstyrrelser i fht. generel population (81, 82, 100). Risiko for ammeophør i løbet af de første 6 mdr. var særlig høj for mødre med anoreksi symptomer og eating disorder NOS purging type(100). Misbrug af afføringsmidler med udskillelse i modermælken kan give mavekneb og diare hos barnet.

Amning er ofte for disse patienter et sårbart emne. En del ønsker at amme, fordi det er en hurtig vej til vægttab, eller fordi de har et billede af, at den perfekte moder naturligvis ammer sit barn, selvom hendes personlige problemer med kroppen kan fylde hende med ubehag.

En grundig fordomsfri ammediskussion kan være meget værdifuld.

- En afslappet moder, der giver sit barn flaske, er langt at foretrække for en anspændt, stivnet moder, der ammer sit barn for efterfølgende at gå ud og kaste op

***Psykoedukation i barselsperioden***

Fortsat opmærksomhed på psykoedukation er vigtig – vedr. barnets udvikling, især af spisemønstre og færdigheder, ernæringsbehov, behov for at eksperimentere med maden og egne erfaringer (selvstændighed), betydning af moderens spiseforstyrrelse for relation til barnet og vægt og højde udvikling .

***Vejning i barselsperioden***

Vejledning i relation til barnet: måltid som social begivenhed, forberedelse og struktur over det enkelte måltid og i løbet af dagen, overgangskost, støtte under barnets måltid eller ved hjælp af video (aflæsning af barnets signaler: sult/mæthed; andre behov: leg og undersøgelse af maden, at se samspil fra barnets perspektiv, især under optræk til konflikter). Video feedback gruppe havde signifikant færre markante og alvorlige konflikter under måltid (23,7 %) end kontroller (53,8%), signifikant forbedring i andre interaktionsvariable og børns større autonomi under måltid (90).

***Mor-barn terapi***

Forebyggelse af ekstension af mødres kontrolbehov over egen krop til samspil med barnet, arbejde med konflikter og barnets selvstændighedsbehov. Moderens angst og kaos når barnet viser sine ”anarkistiske” behov. Coping med stress, som forstærker moderens relationsvanskeligheder

***Far-barn relation***

Det kan være nødvendigt at lade barnefar overtage ansvar for barnets ernæring for en periode.

**Unipolar depression**

Pennefører: Nini Møller, Kirsten Schiøtt, Lars Henning Pedersen, Susanne Høeg Salomon, Poul Videbech, Jesper Fenger-Grøn.

**Afgrænsning**

Denne del af guideline omhandler kun håndtering af patienter med **unipolar depression**.

Vedr. pt. med **bipolar affektiv sindslidelse**, henvises til særligt afsnit herom.

**SKS koder**

DO99.3B: Psykisk sygdom som komplikation til graviditet, fødsel & barsel  
- anvendes kun hvis pt. får psykofarmaka, eller har en diagnose stillet af en psykiater, og efterfølges ALTID af en tillægskode;

+DF339: Periodisk depression UNS

DZ358 Kontrol af højrisikograviditet pga. tidligere psykisk sygdom

+DF339: Periodisk depression UNS

**Litteratursøgningen**

PubMed, MESH-terms: depression, pregnancy, adverse obstetric outcome, preterm birth, growth restriction, IUGR, FGR, preeclampsia, obstetric complication, delivery, prevention. Inkl. referencer og relaterede artikler.

SSTs hjemmeside.

**Definitioner**

I DK anvendes ICD-10-kriterierne til diagnostik af depression, som kan inddele depressionen i depressiv enkeltepisode eller periodisk depression, og i sværhedsgraderne mild, moderat eller svær. Diagnostik af depression henhører under alment praktiserende læger og/eller psykiatere. Sværhedsgraden vurderes, dels mhp. at vælge behandlingsform, dels for at monitorere udviklingen i depressionen.

For diagnostiske kriterier og definition af sværhedsgrader: se (101). Som en slags tommelfingerregel svarer sværhedsgraderne til

- Let deprimerede: fortsat i stand til at passe arbejde eller studie
- Moderat deprimerede: ikke i stand til at passe arbejde (dvs. sygemeldt)
- Svært deprimerede: ikke i stand til at passe sig selv (dvs. i psykiatrisk regi, evt. indlagt for depression)

**Epidemiologi:**

Depression er en hyppigt forekommende tilstand blandt alle voksne danskere; punkt-prævalensen (1 md) af depression for voksne ligger på 2-3% - generelt lidt højere for kvinder end for mænd. Livstidsrisikoen for at udvikle depression er 17-18% (101). Under graviditeten og i puerperiet er risikoen for at udvikle depression væsentligt forhøjet, og incidensen under graviditeten angives til 7-12% (1), højest i 2.-3. trimester. 9% af alle gravide har indløst mindst én recept på SSRI-præparat (1). Har man tidligere haft en depressiv episode, er risikoen for at blive deprimeret i forbindelse med graviditet, fødsel eller puerperium, 20-30% - og har man tidligere været svært deprimeret, er risikoen for at udvikle puerperal depression helt oppe på 50% (102). Andre risikofaktorer for at udvikle svær depression er psykisk belastning i graviditeten, social belastning og isolation (1). 1-2% af nybagte mødre udvikler psykose (102) – majoriteten af disse har en anamnese med svær psykiatrisk sygdom.

<b>Risiko for depression under gravitet</b>	
Generel risiko for gravide	10%
Hvis aktuel medicinsk behandling	20%
Ved seponering af medicinsk behandling	20-70%
<b>Risiko for puerperal depression</b>	
Generel risiko for puerperal depression	15%
Hvis tidligere depressiv episode	25%
Hvis tidligere svær depression	50%

**Risici ved depression:**

Puerperal depression udgør en trussel for mor-barn-relationen, med risiko for følger for barnet emotionelle og kognitive udvikling.

Selv mord er en reel trussel for den svært deprimerede – og var i perioderne 1997-1999 og 2000-2002, den dominerende årsag til mødredødeligheden i UK (103, 104). Det er også beskrevet at svært deprimerede mødre har slået deres børn ihjel.

**Profylaktiske tiltag:**

- Antenatal screening for depression kan hjælpe til at identificere de kvinder, der har brug for særlig indsats post partum.
- Psykosocial støtte post partum er effektiv til at forebygge puerperal depression.
- Søvndeprivation er en særlig risikofaktor for udvikling af depression.



### ***Obstetriske komplikationer til depression under graviditeten***

Oftest refereres det, at depression under graviditeten *per se* er associeret til højere forekomst af obstetriske komplikationer som bl.a. spontan abort, vækstretardering, lav fødselsvægt, præterm fødsel, IUFD, PE osv. Imidlertid er det uhyre vanskeligt at finde god evidens herfor. Der foreligger ingen store kohortestudier, hvor man konsekvent har undersøgt ubehandlede depressive kvinder, og sammenlignet med ikke-depressive. Der foreligger flere case-control-undersøgelser, men de er 'forurenet' af at kvinderne modtager forskellige former for behandling af depressionen – og en uønsket effekt kan i så fald være udtryk for såvel bivirkning til behandling, som for confounding by indication.

Der foreligger primært relativt små, retrospektive case-kontrol-studier, ikke mange større prospektive studier, men dog kan fremhæves:

Et stort amerikansk prospektivt follow-up-studie (105), hvor 14.175 gravide blev scoret med EPDS i 2. Trimester. Cut-off var score  $\geq 12$ . SPR=9.1% (N=1298). Screen-positive havde en højere risiko for præterm fødsel, såvel  $<37$ ,  $<34$ ,  $<32$ , som  $<28$  uger, OR=1.3. Evidensgrad 1b.

En metaanalyse af 23 studier (106) fandt, at gestationsalder og præterm fødsel er signifikant associeret med eksponering for antidepressiva uafhængigt af, om kontrolgruppen var alle mødre uden eksponering eller deprimerede mødre uden eksponering, og antidepressiva var signifikant associeret med lavere fødselsvægt og lavere Apgar ved 1 og 5 min. Imidlertid var effekten lille, og der sættes spørgsmålstegn ved den kliniske relevans. Evidensgrad 2a.

Et systematisk review af 35 studier (107) fandt at både risiko for malformationer, præterm fødsel og abnorm fødselsvægt, men 6 ud af 7 studier med langtidsfollowup viste ikke langtidsrisici. Evidens 2a.

Et amerikansk kohortestudie (108): 228 876 singletons i Tennessee, Medicaid 1995-2007. Af disse havde 23280 antidepressiva på recept før graviditet, 75% ophørte i 2. eller 3. trimester, 10,7% fortsatte graviditeten ud. Man korrelerede antal receptfornyelser med risiko for hhv præterm fødsel og neonatale kramper og fandt for 1, 2 og  $\geq 3$  recepter en forkortelse af GA på 1,7, 3,7 og 4,9 dage og øget odds ratio for neonatale kramper på hhv 1,4, 2,8 og 4,9. Evidensgrad 2b.

Amerikansk kohortestudie (109) der på Medicaid data fra 2000-2007 af 106.000 kvinder med "mood or anxiety disorder" og inddelt i 4 grupper, ud fra brug af antidepressants i "current" "recent" "past" or "no" users, fandt risiko for PPH på 4%, 3,1%, 2,5% og 2,8%. Konklusion mht. brug af antidepressiva hos gravide med depression, forsænket stemningsleje eller angst, viser sig associeret med obstetriske komplikationer som præterm fødsel og post partum blødning, og børnene har øget risiko for kramper, lav fødselsvægt og lav Apgar v 1 og 5 min. Der er dog tale om store undersøgelser på registerdata (og næppe taget fuld højde for confounders). Evidensgrad 2b.

Et svensk prospektivt kohorte-studie (110) med 2.904 gravide udfyldte EPDS i gnsn. Uge 16. EPDS-score  $\geq 12$  øgede risikoen for præterm fødsel (OR=1.56). Evidensgrad 2b.

Et lille kohortestudie af afro-amerikanske kvinder (111) med 261 kvinder blev testet med EPDS ved deres første prænatale besøg. EPDS-score  $>10$  var associeret til øget risiko for PE, PTB, IUGR og LBW. Lille kohorte, muligvis med dårlig ekstern validitet. Evidensgrad 2b.

Et stort amerikansk systematisk review af case-control-us (112) af 36 studier fra 1996-2011. Studierne meget heterogene, men det ser ud til at depression i starten eller midt i graviditeten øger risikoen for alle 3 parametre. Evidensgrad 3a.

Et stort canadisk systematisk review & meta-analyse (113): 3.074 abstracts, 735 artikler, 30 studier inkluderet. Risiko for præterm fødsel signifikant forhøjet (OR1.37) og amningen kom sjældnere i gang (OR 0.68) blandt de deprimerede – men ingen af effekterne er dog

udtalte. Fødselsvægten ikke signifikant forskellig, ligesom antal børn indlagt på neonatalafdeling, præeklamsi, GA ved fødsel, Apgarscore ved 1 og 5 min heller ikke var det. Konkl.: lille effekt på risiko for præterm fødsel og ammeproblemer.

Evidensgrad 3a.

En stor amerikansk/canadisk meta-analyse (114) inkluderede prospektive studier fra 1980-2009. Af 862 studier, opfyldte 29 studier inklusionskriterierne. Risikoen for såvel præterm fødsel som lav fødselsvægt fandtes svært forøget i udviklingslande, kun netop signifikant forøget i USA, og ikke signifikant forøget i Vesteuropæiske velfærdsstater med fri adgang til sundhedsydelse. Der var ikke undersøgt for +/-behandling eller behandlingstype af depressionen. Det konkluderes, at depression er associeret med øget risiko for præterm fødsel og lav fødselsvægt, og at risikoen er korreleret til sværhedsgraden af kvindens depression, hendes bopæl & socioøkonomiske status.

Det er ikke beskrevet, hvilke former for behandling kvinderne fik for deres depressioner, men det forhold, at der blandt kvinder med lav socioøkonomisk status, uden fri adgang til sundhedsydelse, fandtes større association mellem depression og obstetriske komplikationer, blev taget til indtægt for at depressionen i sig selv har en negativ effekt på graviditets-udkommet. Der er dog givetvis mange andre, livs-stilsrelaterede confounders, som dårlig kost, rygning, rusmiddelforbrug mv. Evidensgrad 3a.

Et fransk kohortestudie (115) fulgte 1719 gravide, heraf 135 angste, 203 deprimerede, 227 angste & deprimerede. Co-morbiditeten angst & depression gav OR =2.46 for PTB. Depression alene gav ikke øget risiko. De depressive, der også var angste, var mere depressive end de der ikke havde angstsymptomer. Evidensgrad 2b.

Et canadisk case-kontrol-studie (116) inkluderende 2460 SSRI-behandlede kvinder, og 23.943 kontroller, fandt ingen øget risiko for post partum blødning hos de SSRI-behandlede. Evidensgrad 3a.

### ***Sammenfatning:***

- Præterm fødsel: Let øget risiko (OR 1.3 - < 3).
- FGR: Muligvis minimal øget risiko.
- Post partum blødning: 4% blandt eksponerede, imod 3% blandt ueksponerede.
- SGA, præeklamsi, Apgar score, neonatal indlæggelse: ingen association
- Amning: Færre depressive mødre får veletableret amning.

### ***Typiske udfordringer under fødslen:***

- Der er ikke vist hyppigere forekomst af fødselskomplikationer hos gravide med antenatal depression
- Den intenderede fødselsmåde (vaginal fødsel kontra elektivt sectio) har ikke indflydelse på risikoen for udvikling af puerperal depression.
- Et finsk longitudinalt studie af 211 gravide (117), viste at depression i graviditeten er associeret med negativ fødselsoplevelse, der igen er associeret til puerperal depression. De enkeltelementer, der var stærkest associeret til negativ fødselsoplevelse, var fødsels-smerter og akut kejsersnit.

**Moderevnen:**

a: Kan moderevnen forventes kompromitteret?

Det er velbeskrevet, at børn af depressive mødre har risiko for tilknytningsforstyrrelser, adfærdsvanskeligheder, kognitive vanskeligheder og senere psykopatologi. Se uddybning senere (ved Susanne Høeg Salomon)

b: Hvorledes, i hvilken grad, hvorledes vurderes dette?

Depressive patienter er præget af psyko-motorisk hæmning, hvilket kan gå ud over moderens evne til at tilfredsstille barnets fysiske såvel som psykiske behov. Graden afhænger af sværhedsgraden af depressionen. Depression er som oftest en midlertidig/fluktuerende tilstand, og når depressionen bliver behandlet og går over, restitueres forældreevnen. En depressiv tilstand udløser således sjældent en forældrekompetencevurdering, idet påvirkningen af forældrekompetencen – hvor alvorlig den end må være - må anses for at være midlertidig.

c: Støtte mhp moderrollen:

- Forberedelse og vejledning af pårørende. Tæt kontakt til sundhedsplejersken. Der er i mange kommuner tilbud om familierapi til vordende og/eller nybagte forældre, mhp relationsdannelsen til det ventede eller nyfødte barn. Ved sværere psykisk sygdom hos moderen er der mulighed for henvisning til spædbarnspsykiatrisk indsats, hvor fokus netop er på den tidlige forældre-barn-relation i familier med psykisk syge voksne (SST).

**Farmakologi**

For alle former for antidepressiv behandling gælder, at risikoen ved ikke at behandle er forværring/tilbagefald af depression, med hvad det indebærer af nedsat livskvalitet for moderen og hele familien, dårligere mor-barn-tilknytning, risiko for suicidium og/eller neonaticidium / infanticidium.

**Electro Convulsion Therapy (ECT):**

Der foreligger ikke mange data vedr. ECT-behandling af gravide. Et amerikansk review af al litteratur fra 1941-2007 om emnet (Anderson 2009), har identificeret i alt 339 cases (på 66 år). Konklusionen er, at ECT er en effektiv behandling af alvorlig psykisk sygdom under graviditeten, og at det ikke indebærer stor risiko for mor eller barn.

Tocolyse kan overvejes, men næppe indiceret, da kramperne er ganske kortvarige.

**Livsstilefaktorer:**

'Usund livsstil' (mht. kost, motion og søvnmønster) synes at kunne udløse / forværre en depression (101), hvilket støtter relevansen af at svangreomsorgen for gravide også bør omhandle sund livsstil.

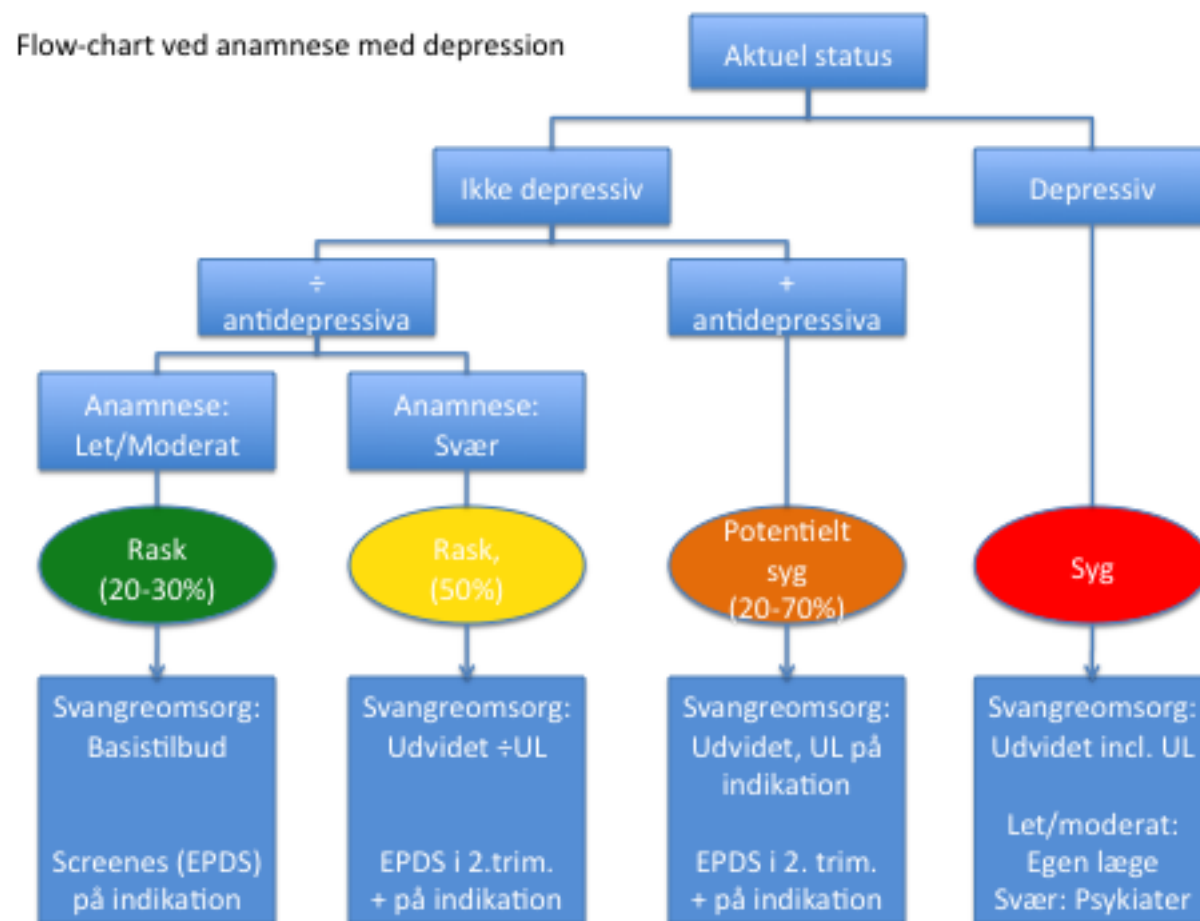
**Diæt:**

Der er ingen evidens for at særlige diæter eller kosttilskud kan forebygge puerperal depression (118).

**Aktivering via sociale medier:**

En nytænkende non-farmakologisk behandlingsform beskrives i "Netmums" (119); RCT af 'internet baseret aktivering modificeret til

postnatale forhold' (Postnatal iBA), vs. vanlig behandling. 910 kvinder, hvoraf 38% fuldførte det internetbaserede 15 uger varende program, og der var færre med EPDS >12 i den gruppe, der havde modtaget Postnatal-iBA : 66/181 vs 91/162(2a). En undergruppe af kvinder med major depressive disorder iflg DSM-IV kriterier havde effekt af Postnatal iBA målt på depression, arbejde, socialangst og angstscore, samt på depression efter 6 måneder. Interventionen kaldes Netmums HWD (Help With Depression).



(tallene i parenteserne angiver risikoen for at udvikle puerperal depression)

***Den orange gruppe (i medicinsk behandling men ikke aktuelt depressiv)***

tiltrækker sig dog opmærksomhed, idet den er stor (ca. 9 % af den gravide population) og heterogen. Det angivne spektrum (20-70 %) afspejler netop denne heterogenitet. Kvinder med højst risiko findes blandt de, der seponerer medicinen. Der findes ikke nogen simple algoritme til at underinddele denne gruppe i henholdsvis lav- og højrisikogravide, men det må bero på en helhedsvurdering af hendes aktuelle situation:

**For basistilbud taler, at hun er ”stabil”**

- Anamnese med let/moderat depression
- Symptomfrihed > ½ år
- Ingen psykosociale belastninger aktuelt (stabilt parforhold, økonomi, jobsituation mv.)

**Antenatal screening for depression i 2. og/eller 3. trimester tilbydes ved forhøjet risiko for udvikling af depression**

- Anamnese med moderat/svær depression
- Symptomfrihed < ½ år
- Anden psykiatrisk lidelse
- Socialt udsatte
- Gravide, der udviser tegn på mulig depression i løbet af graviditeten,

***Intervention***

- **Antepartum:** psykosociale interventioner antepartum ændrer ikke risikoen for at udvikle puerperal depression (120). Det har betydning at etablere et kendt netværk (102).
- **Postpartum:** Der er effekt af at få identificeret højrisiko-gravide, idet en intensiveret indsats i puerperiet, kunne nedbringe antallet der udviklede puerperal depression.

***EPDS***

Der er udviklet diverse screeningsværktøjer til opsporing af depression. For gravide og puerperale er Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), den mest udbredte. Den er udviklet mhp. opsporing af puerperal depression (121), men senere også valideret til brug under graviditeten (122, 123). Skalaen er særligt egnet til brug hos gravide eller puerperale kvinder, idet somatiske symptomer (søvnforstyrrelser, ændret appetit), som ofte vil falde falsk positive ud i denne gruppe, ikke vægtes. Den er ikke et diagnoseværktøj, men blot et screeningsredskab, og giver besvarelsen mistanke om depression ( $\geq 12$  points) foretages nærmere udredning – i første omgang via egen læge. Screeningen foregår vha. et spørgeskema ([Edinburgh Postnatal Depression Scale, dansk](#)), hvor man besvarer 10 parametre for, hvordan man har haft det indenfor de sidste 7 dage. Udfyldelsen anslås at vare omkring 5 min, og kan evt. foretages forud for konsultationen.



Vær venlig at sætte kryds ud for det svar, som du synes bedst beskriver, hvordan du har haft det i løbet af de sidste 7 dage - og altså ikke blot i dag. Har du

**Kunnet le og se tingene fra den humoristiske side?**

- (0) I samme omfang som før
- (1) Ikke helt som før
- (2) Bestemt ikke så meget som jeg plejer
- (3) Overhovedet ikke

**2. Kunnet se frem til ting med glæde**

- (0) I samme omfang som før
- (1) Ikke helt som før
- (2) Bestemt ikke så meget som jeg plejer
- (3) Overhovedet ikke

**3. Unødigt bebrejdet mig selv, når ting ikke gik som de skulle**

- (3) Ja, det meste af tiden
- (2) Ja, somme tider
- (1) Ikke særligt ofte
- (0) Overhovedet ikke

**4. Været anspændt og bekymret uden nogen særlig grund**

- (0) Nej, overhovedet ikke
- (1) Næsten aldrig
- (2) Ja, af og til
- (3) Ja, meget ofte

**5. Følt mig angst eller panikslagen uden nogen særlig grund**

- (3) Ja, ofte
- (2) Ja, af og til
- (1) Nej, næsten ikke
- (0) Nej, overhovedet ikke

**6. Følt at tingene voksede mig over hovedet**

- (3) Ja, det meste af tiden kan jeg ikke klare problemerne
- (2) Ja, af og til kan jeg ikke klare problemerne
- (1) ja, men det meste af tiden har jeg kunnet klare det som jeg plejer
- (0) Nej, jeg klarer mig så godt, som jeg plejer

**7. Været så ked af det, at jeg har haft svært ved at sove**

- (3) Ja, meget ofte
- (2) Ja, af og til
- (1) Næsten ikke
- (0) Nej, overhovedet ikke

**8. Jeg har følt mig trist eller elendigt til mode**

- (3) Ja, for det meste
- (2) Ja, temmelig ofte
- (1) Næsten ikke
- (0) Nej, overhovedet ikke

**9. Været så ulykkelig, jeg har grædt**

- (3) Ja, for det meste
- (2) Ja, temmelig ofte
- (1) Næsten ikke
- (0) Nej, overhovedet ikke

**10. Tænkt på at gøre skade på mig selv?**

- (3) Ja, temmelig ofte
- (2) Ja, af og til
- (1) Næsten aldrig
- (0) Nej, aldrig

Ved mistanke om depression skal altid spørges til selvmordstanker og -impulser (uanset evt. screeningsscore). Svært forpinte eller suicidal-farlige patienter henvises altid til psykiater.

Sundhedsstyrelsen (101, 124) anbefaler, at screene alle kvinder for puerperal depression ca. 2 mdr. efter fødslen, og der blev foreslået anvendelse af Edinburgh Postnatal Depression Scale. På nuværende tidspunkt er denne screening stort set implementeret på landsplan (Personlig meddelelse, Annette Poulsen, oversundhedsplejerske Center for Forebyggelse/ Sundhedsstyrelsen).

#### ***Hvilke gravide bør have indikationen for medicinsk behandling revurderet?***

- Udtrapning/seponering af behandlingen i graviditeten anbefales generelt ikke, men kan overvejes i 'lette tilfælde' hvis pt. kun har haft en enkelt depressiv episode, depressionen har været let til moderat, hurtigt responderede på behandling, og hun er blevet behandlet i >1år. Indikationen revurderes af kvindens egen læge eller psykiater.

#### ***Støtte og kontrol under graviditeten af psykiater eller anden ekspert;***

Psykoterapi (specielt kognitiv) er vist virksomt ved depression.

Kvinder med let depression kan endvidere have gavn af familierapeutisk behandlingsforløb, mhp relationsdannelsen.

Kvinder med sværere grader af depression kan evt. henvises til spædbarns-psykiatrisk intervention.

#### ***Det udvidede svangretilbud***

##### **Jordemoderens rolle:**

- at understøtte den antenatale mor-barn-tilknytning, ved at lade den gravide sætte ord på sine forestillinger om det ventede barn og moderskabet.
- rådgive og vejlede mhp at mindske risikofaktorer for puerperal depression (kost, motion, dagsrytme, stress, partnerrelation, netværk, undgå søvndeprivation)
- henvise til familierapeutisk forløb
- fødselsforberedelse (skuffende fødselsoplevelse øger risiko for puerperal depression)
- Forberede mor/parret på vigtigheden af at mor undgår søvndeprivation
- i forlængelse heraf: forventningsafstemme i forhold til amning; mors psykiske helse er vigtigere for barnets trivsel og udvikling, end amning.
- opmærksomhed på udvikling af obstetriske komplikationer (ikke øgede hos disse kvinder, men svært deprimerede kvinder opfatter og reagerer ikke på samme måde som ikke-deprimerede på kroppens signaler (neglect)).



- løbende at vurdere kvindens psykiske velbefindende, mhp at opfange aktuelle depressionstegn, og depressionsscreene højrisiko-gravide, eller på mistanke, vurdere selvmordsfare.

**Obstetrikerens rolle:**

- Visitere til relevant svangreomsorgs- og psykiatrisk bevågenhedsniveau
- Ved medicinsk behandling: informere om præparaternes virkning og bivirkninger under graviditet og amning, risiko ved at behandle, kontra risiko ved ikke at behandle, og observation af nyfødte.
- UL: Ikke obstetriske indiceret, Kan tilbydes mhp. bonding.
- Henvise til voksenpsykiater og/ eller spædbarnspsykiater, hvor indiceret

**Hvilken støtte er der typisk behov for?**

Kan være et bredt spektrum fra blot tæt kontakt til sundhedsplejersken, over familieterapeutisk rådgivning, spædbarns-psykiatrisk intervention, til sygemelding af mor, og overdragelse af barselsorlov til anden primær omsorgsperson.

***Barselsperioden***

Tiltag, der nedsætter depressionsrisiko (udover ovenstående farmakologiske og non-farmakologiske interventioner):

- Forlænget barselshvile (også til flergangsfødende), med henblik på at give moderen bedst mulighed for at komme sig ovenpå fødslen, at sikre hende tid og ro til koncentrere sig om det nyfødte barn. Dette behov forstærkes af, at en del af børnene af SSRI-behandlede mødre får seponeringssymptomer, og derfor kan være ekstra krævende de første dage.
- i videst muligt omfang at skåne moderen for søvndeprivation – f.eks. ved at lade plejepersonalet passe barnet nogle timer i løbet af natten.
- at støtte hende i amme-etableringen – alternativt, støtte hende i at vælge amningen fra, hvis det vurderes mest hensigtsmæssigt (særligt i forhold til søvn)

***Primærsektoren***

Sundhedsplejersken står for den tætte, løbende kontakt, og for depressionsscreeningen 8 uger post partum.

***Psykiater***

– hvis kvinden har kontakt til psykiatrien, bør epikrisen også sendes hertil, efter samtykke fra moderen.

**Socialforvaltningen**

Informeres om udskrivelsen, hvis der under graviditeten er aftalt opfølgende kontakt med socialforvaltningen. Evt. arrangeres udskrivningsmøde med inddragelse af e.l., sundhedsplejerske og Socialforvaltning.

***Moderevnen - betydning for barnet, når mor er deprimeret***

Pennefører: Susanne Høegh Salomon

En lang række studier viser, at børn af deprimerede mødre har en signifikant forøget risiko for en lang række negative udfald: tilknytningsforstyrrelser, adfærdsvanskeligheder, kognitive vanskeligheder og senere psykopatologi. Det sidste er især kendetegnende, hvis der er tale om utryg-disorganiseret tilknytning (125). Depressive mødre kan have patogene opvækstmiljøer, som selv meget små spædbørn reagerer på. Hvorledes moderens depressive tilstand i sig selv influerer på barnets udvikling afhænger af graden af depressionen og hvor kronisk den er (126). Men andre faktorer spiller også ind, og således synes det, at være de kumulative risikofaktorer, der tilsammen er forbundet med betydelig risiko for senere utilpasset adfærd eller patologi (127).

Ved fødslen er spædbarnets hjerne strukturelt færdig (128). Hjernens funktionelle udvikling er dog afhængig af stimulation fra det miljø, som barnet vokser op i (128). Hjernen har brug for stimulation for at vokse, og dens udvikling er betinget af den miljømæssige stimulation, som individet tilbydes, og dermed de erfaringer det opnår (128). Det tidlige relationelle miljø har stor indflydelse på hjernens fortsatte funktionelle udvikling i.f.t.kvaliteten af den stimulation, kontakt og omsorg, som barnet tilbydes fra sine nære omsorgspersoner.

Kvaliteten af det tidlige samspil mellem omsorgsperson og barnet vil være med til at skabe grundlaget for, hvordan barnet udvikler sig og fungerer senere i livet.

Tilknytnings-relationen er nødvendig for at barnet udvikler evnen til at regulere sine følelser - en egenskab der ikke er medfødt (129). Det er igennem tilknytningen, at barnet udvikler mentaliseringsevnen – den egenskab der sætter det i stand til at skelne mellem den indre og ydre virkelighed, og til at forstå bevidste og ubevidste mentale tilstande hos sig selv og andre (129). Mentaliseringsevnen er populært omtalt som evnen til at ”se sig selv udefra og forstå andre indefra”.

Det få dage gamle spædbarn er aktivt stimulussøgende og kan samregulere sig med sine omsorgspersoner (130, 131). Spædbarnet stræber aktivt efter social stimuli fra fødslen og og den fortsatte drivkraft til at søge dette, er den reaktion spædbarnet får fra sine nære omsorgspersoner. De nære omsorgspersoners følelsesmæssige ekspressive ansigtsudtryk er oftest langt de kraftigste visuelle stimuli i barnets omgivelser. I ansigt-til-ansigt interaktioner fremkalder spædbarnet en helt særlig social adfærd hos omsorgspersonen rettet mod spædbarnet: særlige ansigtsudtryk, blik, hovedbevægelser og vokaliseringer (130). Spædbarnet svarer tilbage, og et samspil opstår. Dette foregår ofte i et helt afstemt, rytmisk og synkroniseret forløb, hvor begge er ”tunet” ind på hinanden. Omsorgspersonen mærker og regulerer spædbarnets forhøjede arousal tilstande, når samværet f.eks. bliver for intenst, der holdes en pause, spædbarnets signaler afventes og samspillet genoptages. Disse utallige og gentagne mikro-samspil er fundamentet for en sund følelsesmæssig udvikling hos barnet (Shore 2006). Barnet udvikler stigende robusthed overfor stress via omsorgspersonens evne til at regulere sin egen og barnets tilstand i samspillet. Dette handler ikke kun om at regulere intensiteten i den negative emotion, men i lige så høj grad om at forstærke og intensivere positiv emotion som det f.eks.sker gennem leg. Regulerede affektive interaktioner med en velkendt, forudsigelig primær omsorgsperson skaber således ikke blot en følelse af tryghed, men også en positiv nysgerrighed, som er drivkraften for spædbarnets udforskning (ibid).

Således er det den følelsesmæssige kvalitet i interaktionen mellem spædbarn og omsorgspersonen, der er afgørende for udvillingen af selv-regulering, sikker tilknytning og dannelsen af andre følelsesmæssige og sociale kompetancer. De forstyrrelser, der er forbundet med depression har en direkte indflydelse på kvaliteten af den tidlige mor-barn interaktion. Således ses, at deprimerede mødre interagerer mindre med deres spædbørn, er mindre opmærksomme på dets signaler og derfor mindre responderende overfor barnets søgen efter

opmærksomhed (126). Depressive mødre udviser mindre følelsesmæssig tilgængelighed i forhold til barnet, mindre glæde og positive følelser i interaktionen og udviser generelt mere negativ affekt. Ligeledes tolkes barnets signaler mere negativt.

At den depressive mor er følelsesmæssigt utilgængelig og har nedsat følsomhed overfor at opfange barnets signaler er igennem studier vist at være emotionelt dysregulerende for spædbørn (bid). Dette er bl.a. vist gennem Still face eksperimentet (130). Når man gennemfører eksperimentet med depressive mødre og deres spædbørn ses der en klar forskel mellem ikke-depressive mødre og deres spædbørn. I gruppen af depressive mødre og deres børn ses mindre forskel i adfæren hos både mor og barn gennem de tre episoder af eksperimentet. Der findes færre fælles positive følelser i ansigt-til-ansigt leg, mere neutral affekt og tilbagetrukket adfærd hos både mor og barn. Ydermere findes, at spædbarnet i ”still face” delen har færre forsøg på at genopnå moderens opmærksomhed end spædbørn af ikke-depressive mødre. Spædbørn af depressive mødre ser ud til at blive mere stille og tilbagetrukkede og bruger mere energi på selv-beroligelse og afledning (126). At det ikke er muligt for barnet at opnå støtte og beskyttelse, når de er foruroligede kan have alvorlig konsekvens for dannelsen af sikker tilknytning såvel som for udviklingen af gode strategier til følelsesmæssig regulering. Ved gentagne erfaringer som disse vil spædbarnets generaliserede erfaring og indre arbejdsmodel for relationer blive, at det må beskytte og berolige sig selv.

Der er som tidligere omtalt en veldokumenteret viden om sammenhængen mellem depression og vanskeligheder i mor-barn relationen (125, 126) som forstærkes af andre risikofaktorer som socialt udsathed, rusmiddelforbrug og manglende netværk.

For at sikre barnet og dets udvikling er det derfor afgørende at opdage og opfange også den let til moderat depressive mor i graviditet og /efter fødslen samt tilbyde relevant behandling. Her må man se på ikke blot moderen som en voksen med depression, men også som en depressiv forælder der interagerer med sit barn (125). At behandle moderens depression uden at se på hendes forælderadfærd yder ikke barnet tilstrækkelig beskyttelse af den potentielt negative effekt af at have en mor med depression. En behandling der er målrettet mor-barn relationen kan yde en beskyttende faktor mod den ødelæggende effekt af depression på tidlig følelsesmæssig og kognitiv udvikling hos barnet.

#### Noter

1) ”Det første spædbarnet bliver udsat for i menneskenes verden, består ganske enkelt af det moderen faktisk gør med sit ansigt, sin stemme, sin krop og hænder. Hendes handlingers uafbrudte strøm giver spædbarnet en begyndende oplevelse af hvad det vil sige at kommunikere og være forbundet. Den koreografi som moderens adfærd danner er det råmateriale i den ydre verden, hvormed barnet begynder at opbygge sin viden og oplevelse af alt det der er menneskeligt: et andet menneskes tilstedeværelse, det menneskelige ansigt og den menneskelige stemme samt de fremtrædelsesformer og forandringer, der skaber de forskellige udtryk; hvad menneskelig adfærd består af samt betydningen af den og forholdet mellem spædbarnets egen adfærd og andres” side 20 i (130).

2) I 1978 udviklede Edvard Tronic k ”Still-fase eksperimentet”, som består af 3 episoder hvor mødre bedes om 1) at have aktiv og levende ansigts- og stemmeadfærd i ansigt-til-ansigt leg med barnet, 2) afløse dette med udtryksløst / fladt ansigtsudtryk og ikke reagere på barnet overhovedet. 3) dette afsluttes med en gen-forening, hvor moderen re-engagerer sig i ansigt-til-ansigt leg med barnet. Børn af ikke-deprimerede mødre reagerer typisk med at være meget positive og engagerede i del 1) , men udviser forhøjet arousal og ubehag når deres

kommunikationsforsøg (smile, vokalisere, eller giver bekymrede ansigtsudtryk i form af rynker eller grimasser) ikke gengældes af moderen, de græder, resignerer eller lukker sig inde i sig selv (126).

**Bipolar lidelse**

Penneførere: Nini Møller, Margrethe Møller.

**SKS koder**

O993B. Psykiske sygdomme i graviditet.

Diagnosen bruges kun hvis kvinden er i medicinsk behandling eller hvis diagnosen er stillet af psykiater.

+DF319 Bipolar lidelse uden specifikation.

DZ358 Kontrol af højrisikograviditet pga. tidligere psykisk sygdom

+DF319 Bipolar lidelse uden specifikation.

**ANBEFALINGER.**

- Samarbejde mellem psykiatri og obstetrik vigtig.
- Gravide med bipolar lidelse anbefales at fortsætte igangværende medicinsk behandling, da tilbagefaldsrisikoen for psykisk sygdom er meget høj ved seponering ligesom selvmordsrisikoen er høj hos ubehandlede. Recidiv påvirker både mor og foster og den senere omsorgsevne for barnet (Evidensgrad IIa og b. Styrke A).
- Tidlig henvisning til obstetrisk afdeling ( Familieteam, Team for sårbare gravide ) med henblik på etablering af jordemoderkontroller, obstetriske kontroller og etablering af samarbejde med psykiatrisk afdeling. (Evidensgrad IIb. Styrke A.)

**Psykiatrisk behandling**

- Lithium, lamotrigin, risperidon, olanzepin, quetiapin og aripiprazol kan anvendes i graviditeten og amning er tilladt.
- Valproat kan anvendes i graviditeten, såfremt der ikke er andre muligheder. Doser over 1000 mg dagligt skal undgås. Amning tilladt.
- Grundet risiko for tilbagefald ved medicinskift, skal det nøje overvejes, om der er indikation for dette.
- Lithium: Kontrol af se-lithium hver 2.-4. uge. Kontrol af thyreoidealt, se-kreatinin og se-calcium hver 4. uge. Ved tilstande med dehydrering og circulatorisk påvirkning f.eks præeklampsi, hyperemesis hyppig kontrol af se-lithium og se-kreatinin og opmærksomhed på væskebalancen. Under alle omstændigheder kontrol af se-lithium og evt dosis reduktion efter fødslen.
- Spørgsmål om amning og lithium kontroversielt.

Evidensgrad IIb. Styrke A.

**Obstetrisk kontrol:**

- Ultralydsscanning med henblik på fosterhjerter ved føtalmedicinere
- Litium-behandlede: Ultralydsscanning i 3 trimester med henblik på polyhydramnion i 3. trimester
- Valproat-behandlede: Misdannelsesscanning med henblik på neuralrørsdefekt (evt. allerede uge 16)
- Ultralydsscanning med henblik på bonding og tilvækst.

- Valproat og lamotrigin behandlede: Folinylsyre 5 mg dagligt fra planlægning af graviditet til gestationsalder 12.
- Misbrugsanamnese.
- Tværsektorielt samarbejde: Vurdering af behov for støtte/foranstaltninger i graviditeten og efter fødslen.

Evidensgrad IIb. Styrke B.

### ***Puerperium:***

- Fuldt bemanded barsegang: Indlæggelse på fuldt bemanded barsegang både for første og flergangsfødende med henblik på støtte og hjælp til opbygning af mor-barn relation, amning, søvn.
- Amning: ønsker kvinden at amme støttes hun i dette. Kvindens psykiske tilstand er vigtigere end amning, så vurderes det, at amning er for belastende eller lykkes det ikke, støttes kvinden i at ophøre med amning.
- Søvn: Vigtigt at moderens søvnbehov opfyldes.
- Barnet observeres for seponeringssyndrom og ved amning for bivirkninger ved amning.
- Focus på recidiv af depression, blandingstilstand eller mani.
- Mulighed for at sygemelde kvinden og lade barnefar tage en del af barselsorloven kan overvejes.
- Råd og evt aftale om prævention.
- Aftale om evt tværsektorielt møde inden udskrivelse.
- Screening for depression i barselperioden.

Evidensgrad II-III. Styrke B.

### ***Beskrivelse af litteratursøgningen.***

Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Medicin.dk

Pubmed, PsykInfo: Obstetric outcome, obstetric complications, affective disorders, psychosis, treatment of bipolar disorders, affective disorders.

Deffnet

### ***Definition.***

Bipolar lidelse ( tidligere kaldet maniodepressiv psykose ) er defineret ud fra ICD10 diagnostiske kriterier ved forekomst af mindst 2 sygdomsepisoder, hvoraf mindst en skal være en mani, hypomani eller blandingsepisode. Ved blandingsepisode forstås tilstande med både depressive og maniske symptomer på samme tid.

### ***I følgende situationer er der øget risiko for bipolar lidelse hos patient med depression:***

Patienter med depression skal altid udspørges om tidligere maniske symptomer/episoder, som udtryk for, at patienten lider af bipolar lidelse med aktuel depressiv episode. Ca 15-20% af patienter med depressiv lidelse udvikler på et tidspunkt bipolar lidelse.

Bipolar lidelse i familien

Patienten har haft mere end 3 depressioner  
Tidlig debut af symptomer ( <25 år )  
Udvikling af hypomani ved behandling med antidepressiv medicin.  
Fødselsdepression.

### **Symptomer**

#### **Mani**

Hypomani: øget aktivitet, engagement og energi. Personen er udadvendt, optimistisk og taler mere. Der kan også være øget tendens til irriterabilitet. Mange med bipolar lidelse beskriver den hypomane tilstand som god at være i.

Moderat mani: symptomerne tager til i styrke. Der er hyperaktivitet, rastløshed og uro. Personen har ofte flere projekter i gang på samme tid. Søvnbehovet meget nedsat. Personen kan være meget opstemt, have en øget selvfølelse, opleve øget seksuel lyst og/eller udvikle et stort pengeforbrug.

Svær mani: symptomerne er meget udtalte, søvnbehov 3-4 timer, konstant aktivitet, ude af kontrol, følelse af at være uovervindelig. Tilstanden kan være forbundet med voldsom angst og personen kan virke truende, aggressiv og eksplosiv. Kan i sjældne tilfælde udvikle sig til akut delir.

Den maniske tilstand kan udvikle sig over timer til uger.

#### **Depression**

Let depression: Humør præget af tristhed og træthed. Milde søvnforstyrrelser. Interesse for hobby, studie, arbejde kan være let nedsat. De fleste kan på dette stadie passe et arbejde.

Moderat depression: Nedtryktheden, trætheden, søvnforstyrrelserne og tabet af interesser er mere udtalt. Voldsomt nedsat koncentrations-evne. Lysten til hverdagslivet forsvinder. Ofte tanker om død og ulykke, selvbeprejdelse, skyldfølelse, selvmordstanker, udtalt følelse af håbløshed og mangel på selvtillid. Seksuel lyst nedsat. Grådtendens, men der kan også være irriterabilitet, vrede og angst.

Svær depression: Den syge kan ikke tage vare på sig selv, nogle er handlingslammede, nogle ophører med at spise og drikke. Hukommelsesproblemer og koncentrationsbesvær. Selvmordsrisiko.

### **Epidemiologi**

Det skønnes, at ca 40.000 danskere lider af bipolar lidelse, svarende til 1% af befolkningen.

Lige hyppig hos mænd og kvinder.

Sygdommen bryder oftest ud i den sene ungdom eller den tidlige voksenalder.

Ca 85% debuterer med depressiv episode, 12% med mani og 3% med blandingsepisode.

Efter første maniske episode er der mere end 90% risiko for at udvikle nye affektive episoder.

Behandling vigtig, da der således er risiko for at udvikle hyppigere og voldsommere sygdomsepisoder.

Mennesker med bipolar lidelse har en selvmordsrisiko på 10-15% og har ofte andre psykiske problemer som f.eks angst og misbrug. (medicin.dk )

Selvmordsrisikoen er størst, når patienterne er i depressiv fase eller i blandingsfase ( MTV ).

### ***Udvikling i graviditeten og i puerperiet***

Den største og bedst gennemførte undersøgelse af forløbet i graviditeten og puerperiet er en prospektiv, ikke randomiseret kohorteundersøgelse af 89 gravide med bipolar lidelse diagnosticeret og behandlet i psykiatrisk center. Samlet risiko for mindst et tilbagefald i graviditeten var 71%. Kvinder, som ophørte med stemningsstabiliserende medicin havde en dobbelt så stor risiko for tilbagefald, median tid til første tilbagefald var mere end 4 gange kortere og antal uger med sygdom 5 gange øget sammenlignet med kvinder, som fortsatte behandlingen (18).

Risiko for tilbagefald i graviditeten med depression eller mani ser ud til at være størst i 4.-9. måned af graviditeten.

Viguera et al, (18) fandt, at ca 35% får tilbagefald, mens de er i medicinsk behandling. 85% får tilbagefald uden medicin, først og fremmest i form af depressive tilstande eller blandingstilstande. Evidensgrad IIa.

Et retrospektivt registerstudie af af 1162 kvinder med 2252 graviditeter, alle diagnosticeret med og i medicinsk for bipolar lidelse i psykiatrisk center fandt, at 23% af kvinderne med bipolar lidelse havde sygdomsperioder i graviditeten, 52% i puerperiet. Kvinder med bipolar lidelse havde større risiko for sygdom end kvinder med unipolar lidelse. Den hyppigste sygdomsmanifestation var depression (132). Evidensgrad IIb.

### ***Obstetriske komplikationer***

Svensk registerundersøgelse (133, 134): 332137 kvinder. Gravide med sidste menstruation efter 1-7-2005 og som fødte på et hvilket som helst tidspunkt før 31-12-2009 med mindst 2 bipolare diagnoser identificeres. 320 havde indløst recept på stemningsstabiliserende medicin ( lithium, antipsykotica, antiepileptica ), 554 var farmakologisk ubehandlede i det følgende kaldt ubehandlede. Begge grupper sammenlignes med de resterende 331263.

Udfaldsmål: præmatur fødsel, p.p.med. elektiv sectio, gestationel diabetes, SGA nyfødte, HGA nyfødte, neonatal morbiditet og medfødte misdannelser.

Resultater:

Gravide med bipolar lidelse, både behandlede og ubehandlede var oftere rygere, overvægtige, og havde oftere misbrugsdiagnose. Misbrug ubehandlet 17%, behandlet 20,1%, kontroller 1,7%.

Både ubehandlede og behandlede kvinder havde signifikant øget risiko for p.p.med, instrumentel forløsning, sectio og præterm fødsel.

### ***P.p.med., elektivt sectio***

Ubehandlede kvinder: 30,9% p.p.med eller elektivt sectio sammenlignet med 20,7% af kontroller Odds ratio 1,57 ,CI 1,30-1,90. behandlede kvinder 37,5% Odds ratio 2,12 CI 1,68-2,67.

Ingen significant forskel mellem ubehandlede og behandlede kvinder.



**Præterm fødsel**

Øget med 50% hos både ubehandlede og behandlede kvinder. Ubehandlede 7,6%, Odds 1,64, CI 1,20-2,24 ), behandlede 8,1%, Odds 1,75 CI 1,18-2,62 )kontroller 4,8%.. P værdi 0,03.

**SGA**

Hos ubehandlede fandtes øget risiko for SGA vurderet på vægt, længde og hovedcircumferens. Efter justering for confounders var resultaterne for vægt og længde ikke statistisk signifikante, men resultaterne for hovedcircumferens var. Odds 1,68, CI 1,07-2,62. Det vurderes, at den øgede forekomst af microcefali er en del af den fundne tendens for SGA og ikke et isoleret fænomen. Tilsvarende fandtes significant øget risiko for hypoglycæmi hos nyfødte af ubehandlede mødre, Odds 1,51, CI 1,04-2,43.

Hos behandlede fandtes ikke øget risiko for SGA. En mulig forklaring kan være, at de farmakologiske midler ( antipsykotica, valproat ) øger fostervæksten og dermed maskerer forekomsten af SGA.

**Medfødte misdannelser**

Der fandtes ingen significant forskel på forekomsten af medfødte misdannelser.

Evidensgrad IIa.

Et registerstudie(135) med 528398 singleton graviditeter mellem 2001 og 2003. National Birth certificate registry kobles med Taiwan National Health Insurance Research Data set. Gravide med Bipolar lidelse har flere Heavy for date nyfødte 9,8% vs 5,7%, præterm fødsel ( 14,2% vs 6,9% ) og SGA 22,3% vs 15,7% ).

Evidensgrad II a.

**Moderevne**

Vil være påvirket i sygdomsperioder. Se afsnit unipolar depression.

**Behandling af bipolar lidelse i graviditeten**

- Psykiater: Alle gravide kvinder med bipolar affektiv lidelse henvises til behandling og rådgivning i behandlingscentre og speciallæger i psykiatri med særlig interesse for og kendskab til området (1, 136).

**Medicinsk behandling**

Medicin er den bedst dokumenterede forebyggende behandling til patienter med bipolar lidelse. De fleste patienter har behov for vedvarende medicinsk behandling

**Psykologisk behandling**

Dokumentationen for effekten af forebyggende psykologisk behandling og bipolar lidelse er svagere end dokumentationen for medicinsk forebyggende behandling.

Nogle undersøgelser tyder dog på, at der er betydelig effekt af psykoedukation og kognitiv terapi i kombination med medicinsk behandling. Psykoedukation mere effektiv, når pårørende involveres.

**Medicinsk behandling**

Behandling af bipolar sindslidelse omfatter 3 forskellige faser:

**Akut mani**

Nyere atypiske antipsykotika: Risperidon, Olanzapin ( zyprexa ), quetiapin ( Seroquel ), Aripiprazol ( Abilify ).

Stemmingsstabiliserende: Valproat, lithium.

**Akut depression**

Lithium. Quetiapin.

Flere randomiserede undersøgelser har ikke vist effekt af antidepressiva.

Forsøg med antidepressiva i behandlingen kun sammen med stemningsstabiliserende : lithium, lamotrigin

**Forebyggelse af nye sygdomsepisoder**

Lithium, antiepileptika: lamotrigin, carbamazepin, valproat, atypiske antipsykotika.

**ECT**

Kan anvendes under graviditeten på vanlig indikation: svær mani, svær depression.

**Psykiater**

- Gravide med bipolar lidelse vurderes og behandles på psykiatrisk afdeling, center for affektive lidelser eller af psykiatere med speciel interesse for bipolare lidelser.

**Kontrol og støtte under graviditeten**

- Sårbar team: Tidlig henvisning til obstetrisk afdeling og jordemoder ( Familieteam, Sårbarteam ) med henblik på vurdering og kontrol.
- Psykiatrisk vurdering og fortsat kontrol.
- Fokus: Opfordring og støtte til at råd om graviditeten og graviditetskontroller følges: kost vitaminer, jern, vægt, motion, hjælp til ophør/reduktion af tobak, familiedannelse, fødselsforberedelse.
- Folinsyreprofylakse: kvinder i lamotrigin eller valproatbehandling. Folinsyre 5 mg dagligt under hele graviditeten. For de øvrige gravide folinsyre 0,4 mg dagligt.
- Misbrugsanamnese.
- Ultralydsscanning: nakkefoldsscanning og misdannelsesscanning. For kvinder i lithiumbehandling scanning af fosterhjerne ved føtalmedicin og specielt opmærksomhed på polyhydramnion i 3. trimester. For kvinder i valproatbehandling scanning med henblik på neuralrørsdefekt. Vægtscanning i 3. trimester med henblik på fostertilvækst og bonding.
- Lithiumbehandlede: Kontrol af serum lithium hver 2.-4. uge og lige efter fødslen. Ved tilstande med dehydrering og cirkulatorisk påvirkning som f.eks hyperemesis og præeklamsi hyppigere kontrol af se-lithium og opmærksomhed på væskebalance. Der konfe-

reses med psykiater. Kontrol af thyreoideatal, se-kreatinin og se-calcium hver 4. uge. Værdier vurderes og behandling styres af psykiater.

- Lamotriginbehandlede: kontrol af se-lamotrigin hver 4. uge og efter fødslen. Behandlingen konfereres med og styres af psykiater.
- Tværsektorielt samarbejde: Vurdering af behov for støtte/foranstaltninger i graviditeten og efter fødslen. Kan involvere med Familieafdeling og sundhedsplejerske. Involverer altid samtbjød med almen praksis og psykiatri.

### ***Fødsel***

Opmærksomhed på dehydrering hos lithiumbehandlede

### ***Puerperium***

- Barselshvile: Indlæggelse på fuldt bemandet barselgang både for første og flergangsfødende med henblik på hjælp og støtte til opbygning af mor-barn relation.
- Amning: ønsker kvinden at amme støttes hun i dette. Kvindens psykiske tilstand er vigtigere end amning, så vurderes det, at amning er for belastende eller lykkes det ikke, støttes kvinden i at ophøre med amning.
- Søvn: vigtigheden af at moderens søvnbehov opfyldes understreges.
- Barnet observeres for seponeringssyndrom og ved amning for bivirkninger ved amning.
- Mulighed for at sygemelde kvinden og lade barnefar overtage en del af barselorloven kan overvejes.
- Focus på risiko for recidiv af depression, blandingstilstand eller mani.
- Stillingtagen til behov for ændring af medicinsk behandling.
- Aftale om evt tværsektorielt møde inden udskrivelse.
- Råd og evt aftale om prævention.
- Screening for depression i barselperioden. Se afsnit unipolar depression.

## Angst

Penneførere: Anne Munk; Bjarke Lund Sørensen, Janni Ammitzbøl

### *Anbefalinger*

- **Sårbar team:** Gravide med diagnosticeret angst bør **visiteres til et specialteam i obstetrisk regi**, som udarbejder en forløbsplan med fokus på kontinuitet gennem graviditet og puerperium. Omhyggelig overlevering fra egen læge er afgørende for korrekt visitation.
- **Obstetriker:** Kan aftales omkring uge 27-28 og uge 32-34, med vurdering af psykisk tilstand og scanning mhp. mor-barn-binding.
- **Psykiater** anbefales ideelt før graviditet ved medicinsk behandling mhp. evt. justering. I graviditeten bør kvinder med svær behandlingskrævende angst og ved betydelig forværring ses af psykiater, ligeledes, hvis der er mistanke om betydende psykiatrisk komorbiditet.
- **Puerperium:** Planlægning af indsatsen i puerperiet er vigtig, da **angst er en betydende risikofaktor for post partum depression**. Dette forgår bedst gennem et tværfagligt team, der indbefatter obstetriker, jordemoder, psykiater, familierådgiver, sundhedsplejerske og egen læge, som efter fødslen skal følge op på det planlagte forløb.
- **Non-farmakologisk behandling** er den mest effektive og foretrukne behandling af angst, mest dokumentation er der for kognitiv adfærdsterapi, men også for ”mind-body” terapiformer. Farmakologisk behandling er først og fremmest SSRI, dog bør paroxetin og fluoxetin undgås. TCA kan også anvendes, dog er bivirkningsprofilen for kvinden mere udtalt. Benzodiazepiner bør undgås.

**Epidemiologi**

Angst er den hyppigst forekommende psykiatriske diagnose, hver tredje kvinde oplever at have en angstlidelse i løbet af deres liv. Hyppigst er social angst og post traumatic stress disorder (PTSD) med prævalenser på hhv 16% og 10-12%. Andre former for angst er panik angst, agorafobi, generaliseret angst og obsessive-compulsive disorder (OCD). Mere end hver anden gravid oplever angst under graviditet og omkring hver femte gravide har ”klinisk betydende angstsymptomer” En særlig undertype af angst er ”graviditets angst”, hvor angsten specifikt er rettet mod forhold i graviditeten.

Der er ikke entydigt beskrevet sammenhæng mellem angst i graviditeten og obstetriske og perinatale komplikationer, vigtigst er nok, at

- angst under graviditet er en betydeligt risikofaktor for udvikling af fødselsdepression.

**Behandling**

Angst kan ofte behandles succesfuldt og bør først og fremmest være non-farmakologisk, og kun svære og på anden måde behandlingsresistente tilstande kan overvejes behandlet med medicin og i så fald altid efter vurdering og fulgt af en psykiater. Studier blandt ikke-gravide kvinder har vist god effekt af kognitiv-adfærds terapi og forskellige former for ”mind-body” terapi. Farmakologisk behandling af angst er 1) selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRI), 2) tricykliske antidepressiva (TCA) og 3) benzodiazepiner. Effekt og bivirkningsprofil er for alle tre grupper genstand for diskussion. Hvis der behandles med SSRI til gravide bør der anvendes enten Citalopram eller Sertralin. Fluxetin og Paroxetin bør undgås. Benzodiazepiner bør undgås til behandling af angst hos gravide pga teratogenicitet og risiko for alvorlige neonatale komplikationer.

**SKS Koder**

DO99.3b Grav.F. Bar kompl. Med psyk. sygdom

+DF419 Angstillstand UNS

DZ358 Kontrol af højrisikograviditet pga. tidligere psykisk sygdom

+DF419 Angstillstand UNS

**Søgestrategi**

Der er blevet søgt i pubmed under ”Anxiety” AND ”Pregnancy”, der er endvidere blevet søgt i referencelister i læste artikler.

**Typer af angst og forekomst under graviditet**

Angst er den hyppigst forekommende psykiatriske diagnose, hver tredje kvinde oplever at have en angstlidelse i løbet af deres liv. Hyppigst er social angst og post traumatic stress disorder (PTSD) med prævalenser på hhv 16% og 10-12%. Andre former for angst er panik angst (prævalens under graviditet: 1,3-2,0%), agorafobi, generaliseret angst (GAD) (prævalens under graviditet: 8,5%) og obsessive-compulsive disorder (OCD) (prævalens under graviditet: 0,2-3%) (137, 138). Mange oplever symptomdebut eller forværring af angst under graviditet (138). Det er beskrevet, at over halvdelen af gravide oplever angst under graviditet (139) og at omkring hver femte gravide har ”klinisk betydende angstsymptomer” (140). Hyppigheden er størst i første og tredje trimester (141). En særlig undertype af angst er ”graviditets angst”, hvor angsten specifikt er rettet mod forhold i graviditeten (142).

Der er sandsynligvis sammenhænge mellem psykosociale faktorer og angst, men disse er ikke entydige (143). Angst under graviditet har sammenhæng med invasive procedurer som in vitro fertilisation og amniocentese, ultralyds scanninger, genetisk rådgivning og indlæggelse (144-146), det samme gælder for ”høj-risiko” graviditeter som truende for tidlig fødsel, hypertension, diabetes, og sædestilling. Det at benævne en graviditet som ”høj-risiko” kan i sig selv skabe og forstærke angst (147, 148, 148).

### **Screening**

Screening for angst kan f.eks. foretages ved hjælp af State–Trait Anxiety Inventory (STAI) for Adults (149). Den mest udbredte screeningsmetode for perinatal depression er Edinburgh Depression Scale (EDS) der også kan bruges til at screene for angst (150).

### **Typiske obstetriske komplikationer:**

Angst kan muligvis give obstetriske og perinatale komplikationer, men litteraturen er ikke entydig, til dels pga. metodologiske svagheder i de foreliggende studier (143, 151-153). Vigtigst er nok, at angst under graviditet er en betydeligt risikofaktor for fødselsdepression.

### **Graviditet**

Kvinder med angst henvender sig oftere til sundhedssystemet og oplever hyppigere symptomer som kvalme og opkastning (154, 155). Der er også under graviditet dokumenteret en sammenhæng mellem angst og usund livsstil som rygning, alkoholindtagelse og usund kost (156-158). I en finsk kohorte fandt man en sammenhæng mellem angst i første halvdel af graviditeten og præeklampsi (OR 3.2, CI: 1.4–7.4) (159), men der var kun anvendt et spørgsmål for at diagnosticere ”angst”, og andre studier har ikke fundet den samme sammenhæng (151). Der er ikke påvist en entydig sammenhæng mellem angst og for tidlig fødsel, men kombinationen af angst et højt stress niveau er vist at fordoble risikoen (160, 161).

### **Fødsel**

Et kinesisk studie har påvist en sammenhæng mellem angst i 16.-18. uge og øget kejsersnits frekvens, mens to andre studier ikke har vist en sammenhæng (151).

### **Barsel**

Angst er en af de mest betydende risikofaktorer for udvikling af fødselsdepression (152). Derudover er påvist en sammenhæng mellem angst under graviditet og senere udviklings- og adfærds problemer hos barnet (162, 163). Det er foreslået, at angst hos moderen kan påvirke den tætte kontakt til barnet, f.eks. ved uvilje til berørings og reduceret verbal kontakt (164).

### **Moderevnen**

Angst er så almindeligt forekommende, at det må betragtes som værende en del af den normale psyke, men i visse tilfælde kan den være så udtalt, at der er tale om en invaliderende tilstand. Det er generelt vigtigt at støtte kvinder med angst i, at graviditet og fødsel i de fleste tilfælde forløber normalt, og at hvis der skulle opstå problemer, så vil disse blive opdaget og håndteret i tide af jordemødre og læger. Kvinders selvtillid til, om de kan udfylde moderrollen skal støttes og ikke modarbejdes f.eks. ved at italesætte angst som en ”sygdom”. Tilgan-

gen for den sundhedsprofessionelle bør være åben og accepterende, og det positive og normale skal vægtes i samtalen. Opstår der komplikationer, er det vigtigt at der informeres roligt og professionelt på en måde, så den gravide føler sig ”tryk” og ”i sikre hænder”. Angst har ofte en kropslig forankring, som vil kunne give en udfordring i graviditeten, og som kan påvirke moderrollen. Både den kropslige og verbale kontakt kan blive begrænset og dette kan måske påvirke barnets udvikling de første år. Det er vigtigt at støtte den tætte kontakt mellem mødre og nyfødte f.eks. ved massage, berøring, og hud-mod-hud kontakt (165-167). Det er endvidere vigtigt at holde øje med tegn til fødselsdepression (152). For moderen kan angst føre til manglende overskud, social isolation og depression. Det er vigtigt at medinddrage partneren i kontakterne. Ved svær angst, ved mistanke om anden mere alvorlig psykiatrisk morbiditet og ved opstart eller justering af medicinsk behandling bør henvises til psykiater.

### **Behandling**

Angst kan ofte behandles succesfuldt (138). Behandling under graviditet bør først og fremmest være non-farmakologisk, og kun svære og på anden måde behandlingsresistente tilstande kan overvejes behandlet med medicin (168) og i så fald altid efter vurdering og fulgt af en psykiater.

Der findes forskellige terapiformer til behandling af angst. Evidensen for den positive – og eventuelt negative effekt af disse er kun i begrænset omfang blevet undersøgt videnskabeligt (151). Studier blandt ikke-gravide kvinder har vist god effekt af kognitiv-adfærds terapi. Relaksations terapi blev undersøgt i et randomiseret kontrolleret studie blandt 110 gravide kvinder i Iran. Efter 7 ugers behandling var der en signifikant reduktion i frekvensen af kejsersnit, instrumentel forløsning og lav fødselsvægt (169). Andre ”mind-body” terapi former lader også til at være gavnlige, men evidensen er begrænset (139).

### **Farmakologisk behandling**

Se afsnit om depression vedrørende 1) selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRI), 2) tricykliske antidepressiva (TCA) og 3) benzodiazepiner.

### **Hvilke gravide bør have diagnosen eller behovet for medicin revurderet?**

- De kvinder, der har behov for medicinering og derfor har svær angst, bør være fulgt af en psykiater.

Der vil imidlertid være mange kvinder, der på forhånd får feks et SSRI-præparat via egen læge, men hvor diagnosen og behovet for medicinering under en graviditet vil være usikker. Hvis den praktiserende læge eller obstetrikeren er i tvivl om, hvorvidt hun fortsat skal have medicin mod angst under graviditeten, eller om man kan forsøge seponering, skal hun henvises til vurdering hos en psykiater.

Får en af de sundhedspersoner, den gravide møder under graviditeten, mistanke om en forværring i symptomer eller konkurrerende mere alvorlig psykopatologi (depression, psykose), bør psykiater i samråd med den gravide informeres og spørges til råds, specielt hvis der er mistanke om fare for kvindens eller barnets helbred eller liv, f.eks. ved suicidal tanker, selvskadende adfærd eller psykose. Ved et konkurrerende misbrug bør kvinden henvises til familieambulatorium.

### **Kontrol og støtte under graviditeten**

**Fast jordemoder og læge:** Det er vigtigt at prioritere, at den gravide ses af den samme læge/jordemoder hver gang, så vidt muligt en med

særlig interesse for sårbare gravide. Patienten med angst har stort behov for kontinuitet og tryghed, og vil først åbne sig op, når de har et vist kendskab til fagpersonen og føler sig tryk.

**Underretning:** Med hensyn til underretning til de sociale myndigheder, så bør det ske, når der er overvejelser, om der er behov for ekstra støtte i graviditeten eller lige efter, og det er en mulighed, at ”almindelig sundhedspleje” ikke er tilstrækkelig. Det er bedre at sende en underretning for meget end en for lidt, formålet er at der ydes den relevante støtte fra kommunen, ikke for at få barnet fjernet.

**Jordemoder:** Ekstra jordemoderbesøg kan tilrettelægges individuelt, men generelt vil der være behov for en ekstra konsultation omkring uge 23-24 for at opspore en eventuel udvikling i angsten.

**Obstetriker:** Der er ikke ved angst i sig selv risiko for væksthæmning eller for tidlig fødsel, men der kan tilbydes ”tryghedsscanninger” og samtale med obstetriker i løbet af graviditeten, hvis den gravide ønsker det. Det skal da understreges, at det ikke er fordi, der er bekymring for barnet, at scanningerne foretages.

**Barselshvile:** Alle gravide med angst skal tilbydes barselssamtale, så eventuelle dårlige oplevelser i forbindelse med graviditeten eller fødslen kan afdækkes. Der skal især være fokus på udvikling af depression.

**Misbrug:** Hvis der er et sideløbende misbrug skal man selvfølgelig forholde sig til det.

**Den praktiserende læge** har en vigtig rolle, idet han står for den første kontakt med den gravide og har kendskab til hendes baggrund og sygehistorie. Dette kendskab skal bruges ved første svangreundersøgelse, hvor svangrejournalen udfyldes og den gravides ressourcer vurderes. Det er her den praktiserende læge visiterer den gravide til det niveau af svangreomsorg, der er behov for.

Der nogle områder, som den praktiserende læge skal være særlig opmærksom på:

-Spørge ind til forbrug af tobak, alkohol og stoffer, da der øget risiko rusmiddelproblemer.

-Være opmærksom på forværring af den gravides psykiske tilstand i løbet af graviditeten, og i så fald etablere kontakt til f.eks. psykiater, obstetriker, socialforvaltningen.

-Øget risiko for fødselsdepression. Sundhedsstyrelsen anbefaler brug af Edinburgh-skalaen (EPDS) til vurdering af dette.

-Partnerens ressourcer som primær omsorgsperson for barnet, såfremt moderen ikke er i stand til at varetage dette

### ***Barselsperioden***

**Barselshvile:** Gravide med angst skal efter fødslen tilbydes indlæggelse 2-5 dage. Amningen og den tidlige kontakt til barnet er ekstra vigtigt

### **Screening for fødselsdepression**

**Efterfødselssamtale:** Alle gravide med angst skal tilbydes barselssamtale til opfølgning af graviditeten og fødslen. Desuden får jordemoderen mulighed for at vurdere kvindens psykiske velbefindende i sin nye rolle som mor. Efter udskrivelse er det vigtigt, at sundhedsplejersken kommer på besøg relativt hurtigt. Barselsgangen tager kontakt til sundhedsplejersken, hvis der er behov for besøg tidligere end aftalt.



## Obsessiv-kompulsiv tilstand

Penneførere: Merete Hein, Bjarke Lund Sørensen, Mette Høltzermann

### *Anbefalinger*

- **Sårbar team:** Gravide med diagnosticeret OCD bør **visiteres til et specialteam i obstetrisk regi**, som udarbejder en forløbsplan med fokus på kontinuitet gennem graviditet og puerperium. Omhyggelig overlevering fra egen læge er afgørende for korrekt visitation.
- **Obstetriske kontroller** anbefales omkring uge 27-28 og uge 32-34, med vurdering af psykisk tilstand og scanning mhp. mor-barn-binding.
- **Vurdering hos psykiater** anbefales tidligt i graviditeten ved svær OCD og medicinkrævende OCD, ved mistanke om nyopstået OCD i graviditeten, samt ved forværring post partum.
- **Tværfagligt team:** Planlægning af indsatsen i puerperiet er vigtig, da **post partum forværring af OCD** hyppigt ses.
- **Non-farmakologisk behandling** er den mest effektive og foretrukne behandling af OCD, mest dokumentation er der for kognitiv adfærdsterapi.
- **Farmakologisk** behandling er primært SSRI, fraset paroxetin og fluoxetin. TCA kan også anvendes, dog er bivirkningsprofilen for kvinden mere udtalt. Benzodiazepiner bør undgås.
- **Komorbiditet** ses ofte; derfor er det afgørende med fokus på især post partum depression, som forekommer hos over en tredjedel af kvinder med OCD.

**Differentialdiagnostisk** skelnen mellem OCD og depression og psykose er meget vigtigt. Hvor OCD patienter ofte kan distancere sig fra og være bange for obsessive tanker om at skade barnet og yderst sjældent handler herpå, kan der derimod ved psykose være risiko for at gøre skade på barnet eller sig selv, og ved post partum depression være risiko for suicidal adfærd.

**Flowchart** (bilag 1). **Håndtering af OCD patienter prækonceptionelt, under graviditet og i puerperiet.**

	Før graviditet	Svangre-visitiation	Graviditet	Puerperium
Egen læge	Allerede diagnosticeret OCD anføres i svangre-papirer.	Ved OCD henvises pt. til "sårbart team"	Normale svangrekontroller samt evt. yderligere kontroller ved skønnet behov	
Jordemoder		Følges af jordemoder i "sårbart team"	Følges af jordemoder i "sårbart team"	Efterfødselssamtale med jordemoder i "sårbart team"
Obstetriker		Ses tidligt i graviditeten	Ses et par gange i graviditeten i forbindelse med UL scanningerne	
UL		Som normalt; type1 og 2 scanning	Tilbydes to scanninger f.eks. GA 28 og 34 mhp. mor-barn tilknytning	
Psykiater	Ved ønske om graviditet og ved farmakologisk behandling bør psykiater konsulteres mhp. evt. justering eller seponering.	Svær OCD bør følges af psykiater, ligeledes patienter i medicinsk behandling	Mistanke om nyopstået OCD, forværring i symptomer eller psykisk komorbiditet under graviditeten bør henvises til psykiater. Særligt tegn på psykose (vrangforestillinger, hallucinationer, bizar fremtræden) eller depression med suicidale tanker bør henvises straks	Ved nyopstået postpartum OCD, eller mistanke om komorbiditet bør pt. ses af psykiater.
Sundhedsplejerske			Ser patienten i slutningen af graviditeten	Tidligt besøg med opmærksomhed på evt. komorbiditet (psykose eller depression)
Barselsafsnit				Observeres nogle dage under indlæggelse for mor-barn tilknytning, samt opmærksomhed på evt. komorbiditet; depression og fødselspsykose
Socialrådgiver	Ved mistanke om lidelse i en sådan grad, at erhvervs- eller moderevne kan være truet, bør der foretages underretning til kommunen mhp. evt. sociale tiltag			

**Resume**

**Epidemiologi:** OCD prævalens i graviditeten og post partum er påvist hos 2.07 % af gravide, 2.43 % post partum og i baggrundsbefolkningen 1.08 %, dvs. gravide og puerperale kvinder oplever OCD 1.5 - 2 gange så hyppigt som baggrundsbefolkningen. Lettere grader af tvangstanker findes hos 15 – 30 % af normalbefolkningen.

**OCD symptomerne:** Der ses hyppigt forekomst af obsessioner med frygt for et sygt barn ved fødslen, sygdomssmitte, frygt for at få fjernet barnet og spædbarnsdød, mens post partum obsessioner ofte indeholder tanker om at komme til at gøre skade på barnet. Kompulsionerne består hyppigt af ”tjekke-adfærd” for at se at barnet fortsat trækker vejret og er raskt, gentagelsesritualer og rengøring. Tankerne omkring at gøre skade på barnet kan desuden medføre ritualer, som resulterer i undgåelse af barnet, hvilket kan påvirke mor-barn forholdet.

**Håndtering af gravide med OCD:** På baggrund af egen læges svangrehenvisning tilknyttes den gravide til et specialteam i obstetrisk regi, som udarbejder en forløbsplan for den gravide og hendes partner, hvor den gravide følges ved specialteamets obstetriker og jordemoder, med fokus på høj grad af kontinuitet igennem graviditeten. Denne forløbsplan koordinerer den nødvendige indsats under graviditet, fødsel og barselsperiode. Dette indebærer også kontakt til de personer, der efter fødslen skal følge op på det planlagte forløb – ex. familierådgiver, sundhedsplejerske, psykiater og egen læge med flere. Fokus på perioden efter barnets fødsel er især vigtig, da denne patientgruppe hyppigt oplever symptom forværring i månederne efter fødslen.

**De obstetriske kontroller:** Tidligt i graviditeten ses den gravide og hendes partner til en konsultation hos obstetrikeren, hvor den gravides anamnese, medicin osv. gennemgås og det vurderes hvilke behov der vil være i graviditeten. Det tilbydes et par kontroltider i graviditeten - oftest omkring uge 27-28 samt 32-34, hvor den gravides almentilstand og psykiske tilstand vurderes (symptom forværring, invalideringsgrad af symptomerne, behov for medicinsk behandling, behov for kontakt til psykiater). Der laves ultralydsscanninger som terapeutisk redskab mhp. mor-barn-binding.

**Barsel:** Mor og barn bør observeres efter fødsel i nogle dage, blandt OCD patienter udvikler over en tredjedel postpartum depression.

**Hvilke patienter bør have diagnosen revurderet?** Vurdering ved psykiater anbefales tidligt i graviditeten hos patienter med svær OCD eller medicinkrævende OCD. Ved mistanke om nyopstået OCD i graviditeten bør patienten ligeledes henvises til psykiater mhp. at stille den korrekte diagnose.

Det er desuden vigtigt at vurdere, at der ikke er tale om anden underliggende og alvorligere psykiatrisk diagnose end OCD; især risiko for udvikling af post partum depression og psykose, da det indebærer risiko for hhv. suicidal adfærd og risiko for at gøre skade på barnet eller sig selv. Patienter med OCD kan ofte være bange for obsessive tanker om at skade barnet, men dette sker yderst sjældent.

### **Litteratursøgningen**

Der er søgt i PubMed, Embase og PsycInfo med søgeordene "ObsessiveCompulsive Disorder"[Mesh] OR OCD[TIAB] OR Obsessive[TIAB] compulsive[TIAB] disorder[TIAB] AND "Pregnancy"[Mesh] OR Pregnancy[TIAB] OR pregnan\*[TIAB] OR "Pregnancy Outcome"[Mesh] OR "Pregnancy Complications"[Mesh] OR "Birth Injuries"[Mesh] OR "Maternal Behavior"[Mesh] OR "Prevalence"[Mesh], samt i referencelister fra de læste artikler. Til afsnittet definition er endvidere søgt i Wikipedia og [www.oed-foreningen.dk](http://www.oed-foreningen.dk).

Generelt er litteraturen omkring OCD hos gravide sparsom og præget af retrospektive studier af varierende kvalitet. Nedenstående er et sammendrag af den tilgængelige litteratur.

### **Definition af OCD**

*Obsessiv-kompulsiv tilstand* eller *tvangslidelse* (tidligere brugtes betegnelsen "tvangsneurose"), er en psykisk lidelse med tilbagevendende tvangstanker og/eller tvangshandlinger. Ved at modarbejde dem kan den ramte føle ubehag eller blive angst.

Det gør lidelsen til en [angstlidelse](#). OCD er ikke en [sindssygdom](#), selv om mange med lidelsen er bange for at blive opfattet som sindssyge. Tvangstanker og tvangshandlinger kan også indgå som symptomer i andre diagnoser som [spiseforstyrrelser](#), [personlighedsforstyrrelser](#), [angst](#), [body dysmorphic disorder](#) og [Tourettes syndrom](#).

### **Epidemiologi**

2 – 3 % af befolkningen rammes på et tidspunkt i livet af OCD, hvilket svarer til ca. 100.000 – 150.000 danskere.

Lettere tvangstanker er relativt hyppige og findes hos 15 - 30 % af befolkningen. 1–2 % af befolkningen lider af OCD i en sådan grad, at de ikke kan have en normal hverdag. OCD findes i alle grader, lige fra de helt milde med kun få symptomer til de svære tilstande med tvangstanker og tvangshandlinger døgnet rundt. Nogle OCD ramte har udelukkende tvangstanker, men de fleste har en kombination af tvangstanker og tvangshandlinger.

### **Prævalens i graviditet og puerperium**

OCD i graviditeten og post partum er i en metaanalyse påvist hos 2.07 % af gravide (95% CI 1.26 – 3.37), 2.43 % post partum (95% CI 1.46 – 4.00) og i baggrundsbefolkningen 1.08 % (95% CI 0.80 – 1.46), dvs. tilsyneladende oplever gravide og puerperale kvinder OCD 1.5 - 2 gange så hyppigt som baggrundsbefolkningen (170).

Samtidig er det vigtigt at erindre, at mange raske gravide og puerperale kvinder oplever subklinisk niveau af OCD symptomer, uden at de på noget tidspunkt udvikler sig til sygdom, og at dette kan tolkes som en normal bekymring over det at blive forældre (170-172).

### **Tvangstanker**

Forestillinger som dukker op igen og igen i bevidstheden, og som den OCD ramte selv opfatter som overdrevne eller generende, men føler sig tvunget til at tænke. Det kan også være lange remser, der kan være så uafbrudte, at det næsten er umuligt at tænke andet. Forestillingerne kan f.eks være en overdreven frygt for snavs og smitte, eller blasfemiske ord, sætninger, tvangsbilleder med seksuelt eller voldeligt indhold, eller de kan være en tvangsmæssig frygt for at udføre voldelige handlinger, eller frygt for at miste folk man elsker. Tankerne fører

ofte til tvangshandlinger, der udføres for at neutralisere eller uskadeliggøre tankerne. Tankerne opfattes tit som skræmmende og meget virkelige for den OCD ramte.

### ***Tvangshandlinger***

Handlinger der gentages igen og igen, selv om den OCD ramte godt ved, at de er overdrevne eller urimelige. Ofte har tvangshandlinger en sammenhæng med tvangstanker og udføres i et forsøg på at neutralisere eller uskadeliggøre dem. Ved at modarbejde sin trang, kan man blive angst. Et eksempel er vaskeritualet: hænderne bliver vasket i meget lang tid og mange gange om dagen. Hvis "ritualet" springes over, medfører det ængstelige tanker om at blive syg pga. bakterier.

### ***Risikofaktorer***

Hvorvidt der er bestemte risikofaktorer, som disponerer til OCD under graviditet og i puerperiet, er belyst i flere interview undersøgelser og reviews, som har rejst mistanke til følgende faktorer:

**Psykisk anamnese:** Et tværsnitsstudie blandt 434 gravide med OCD, fandt at familiær anamnese med OCD var associeret til OCD i puerperiet (173, 174), mens andre finder sammenhæng til tidligere eller nuværende psykiatrisk sygdom, især depression (172, 175, 176).

**Obstetriske komplikationer:** Flere retrospektive studier rapporterer øget hyppighed af obstetriske komplikationer hos kvinder som udvikler OCD i puerperiet (172, 177), mens flere andre ikke har kunnet påvise denne sammenhæng (173, 174, 178). Recall-bias må have in mente.

### ***Obstetriske komplikationer***

Almindeligvis er graviditeten en periode af kvindens liv, hvor hyppigheden af psykisk sygdom er mindsket. Dette hænger muligvis sammen med, at kønshormonerne og visse af deres stofskifteprodukter har en beroligende og måske endog også en antidepressiv effekt. Graviditetens gavnlige effekt på psyken beskytter imidlertid ikke mod OCD, dvs. tvangstanker og tvangshandlinger.

Derimod er de hormonelle ændringer, som optræder under graviditet og fødsel med bl.a. fluktuationer i østrogen, progesteron og oxytocin, sat i forbindelse med debut af OCD. Også det psykiske stress, som kommer i forbindelse med det voksende ansvar for barnet, er forslået som udløsende faktor for OCD (179).

### ***Debut under graviditeten***

Flere retrospektive interview undersøgelser har udforsket, om graviditet kan være udløsende faktor for OCD. Blandt 78 kvinder med OCD som tidligere havde født, fandtes perinatal debut hos 32.1 %; heraf 15.4 % under graviditeten, 14.1 % post partum og 1.3 % efter abort (180); andre lignende studier har fundet enten mindre andel af debut under graviditeten (n=31, 13%) (181), eller større andel (n=59, 39.0%); i sidstnævnte studie debuterede halvdelen dog først i anden eller tredje graviditet (182). Da der er tale om retrospektive studier, må recall-bias have in mente.

### ***Forløb under graviditet***

Hvorvidt graviditet påvirker sværhedsgraden af OCD, er ligeledes undersøgt vha. retrospektive studier. Blandt hollandske kvinder (n=52) med prægravid OCD, angav 46 % uændrede symptomer, forværring hos 33 % og bedring hos 21 % (183); denne fordeling understøttes af to amerikanske studier, der finder en fordeling på hhv. 43.9 % med uændrede symptomer, 34.1 % med forværring og 22 % bedring (n=29) (180), og et andet studie med uændrede symptomer hos 69 %, forværring hos 17 % og bedring hos 14 % (n=24) (181). Dvs. at de fleste kvinder oplever uændrede symptomer, med tendens til forværring hos dem som oplever ændringer.

### ***Debut post partum***

Det er velkendt, at puerperiet generelt er en psykisk vulnerabel periode, med risiko for bl.a. depression og psykose (184, 185). Incidensen af angsttilstande post partum er mindre velundersøgt; et brasiliansk tværsnitstudie (n= 400) med interviews af raske kvinder 2-26 uger post partum fandt, at 9% (n= 36) opfyldte kriterierne for OCD vha. MINI (mini DSM-IV), hvoraf hver fjerde angav post partum debut (172). To reviews understøtter dette, og angiver prævalens af OCD debut post partum hos 2 % - 4 %, dog begrænset validitet pga. små retrospektive studier (176, 179).

### ***Forløb post partum***

Hos kvinder med prægravid OCD er fundet, at puerperiet er associeret med sygdomsforværring. Således har flere retrospektive studier fundet forværring post partum hos 30- 50 % af kvinderne (181, 183, 186).

Modsat dette, har et mindre tyrkisk prospektivt studie (n=16) fundet signifikant reduktion i Y-BOCS symptomscore 6 uger post partum sammenlignet med symptomer i gestationsuge 38; andelen af patienter som oplevede symptomreduktion med mindst 25% i dette studie var over halvdelen, mens forværring kun sås hos én patient (6,2%) (174).

Samlet set må konkluderes, at puerperiet er en periode med risiko for forværring af OCD.

### ***OCD symptom indhold***

Flere studier har undersøgt, hvorvidt symptom billedet for gravide med OCD er identisk med ikke-gravide OCD patienter.

Hos gravide med OCD enten prægravid eller OCD nyopstået i graviditeten ses hyppigt forekomst af obsessioner med frygt for et sygt barn ved fødslen, sygdomssmitte, frygt for at få fjernet barnet og spædbarnsdød (179, 187), mens post partum obsessioner ofte indeholder tanker om at komme til at gøre skade på barnet (179). Andre undersøgelser har fundet, at temaerne smitte/rengøring hyppigere forekommer hos kvinder med nyopstået OCD, sammenlignet med kvinder med prægravid OCD (OR = 9.3, p = 0.048) (173, 174, 188).

Kompulsionerne består hyppigst af tjekke-adfærd for at se at barnet fortsat trækker vejret og er raskt, gentagelsesritualer og rengøring (187). Tankerne omkring at gøre skade på barnet kan desuden medføre ritualer, som resulterer i undgåelse af barnet (178, 189).

### ***Differentialdiagnostik og komorbiditet***

Hos mange gravide med OCD findes psykiatrisk komorbiditet. Et amerikansk retrospektivt studie fandt samtidig post partum depression hos 37 % af kvinder med kendt OCD (181, 185), hvorfor opmærksomhed på post partum depression er særligt vigtig hos denne patient-gruppe.

- Da mange kvinder kan opleve at have tanker relateret til at gøre skade på barnet, er det vigtigt at kunne skelne OCD tankerne differentialdiagnostisk overfor post partum psykose og post partum depression.

For både OCD og psykose gælder, at begge patientgrupper kan opleve at have tanker om at gøre skade på barnet. For kvinder med OCD opleves tankerne som fremmede og urimelige (ego-dystone), og kvinden vil kraftigt forsøge at undgå at handle på dem.

Modsat kan der ved post partum psykose optræde infanticidale tanker, der opleves som kvindes egne (ego-syntone); ligeledes optræder der hos de psykostiske kvinder ofte samtidig hallucinationer, vrangforestillinger og andre psykotiske symptomer som agitation og bizar fremtræden.

- Det essentielle ved denne skelnen er, at sandsynligheden for at kvinden med OCD faktisk gør skade på barnet er [negligeabel](#) og hun kan beroliges herved, mens kvinden med psykose må betragtes som i højrisiko for at skade barnet og kræver omgående psykiatrisk bistand (171, 176, 179, 189).

### ***Non-farmakologisk behandling***

Kognitiv adfærds terapi (CBT) er i studier vist effektiv til behandling af OCD, og som monoterapi mere effektiv end behandling med SSRI og TCA (179). Andre terapiformer er ikke testet videnskabeligt, så det er ikke muligt at udtale sig om effekt (positiv eller negativ), men generelt er det for al terapi vigtigt at patienten er motiveret for behandlingen, så et ”motivations interview” er anbefalet af nogle, for at vælge den terapiform, der passer bedst.

CBT, der inddrager ”Exposure and Response Prevention (ERP), er den ofte anbefalede terapiform for OCD. I stigende grad udsættes patienten for de stimuli, der udløser obsessive tanker, og træner i teknikker til at håndtere og standse disse tanker og evt. ritualer. CBT foregår både individuelt, i gruppe og som familie terapi. Sessioner varer fra én til to timer og skal foregå mindst en gang ugentligt. Hyppigere sessioner, op til fem gange ugentligt har vist sig mere effektive end kun ugentlige sessioner, men ikke mere effektivt end to ugentlige sessioner (190, 191). Blandt patienter med ”ikke post-partum” OCD oplever 70-85% effekt af behandlingen, med gennemsnitlig 50-60 % symptomreduktion (190). Et enkelt studie har rapporteret effekt af at forebygge OCD med CBT blandt udvalgte gravide i høj risiko for at udvikle OCD (192). Der er ikke fundet kvantitative studier, der siger noget om effekten af behandling af post partum OCD (179).

### ***Farmakologisk behandling***

En del patienter behandles både non-farmakologisk og farmakologisk. SSRI præparater og Clomipramin (TCA) er anvendt til behandling af OCD.

**SSRI:** Til behandling af OCD er højere doser ofte nødvendig end ved behandling af depression, og effekten kan indtræde langsommere helt op til tre måneder efter påbegyndt behandling. Udtrapning af SSRI bør foregå gradvist for at undgå seponeringssymptomer. Til ikke-gravide anbefales det først at forsøge at trappe ud efter 1-2 års effektiv behandling. Farmakologisk behandling, justering og seponering bør foretages af psykiater.

***Vurdering hos psykiater***

Det er vigtigt at vurdere, at der ikke er tale om anden underliggende og alvorligere psykiatrisk diagnose end OCD. Vigtigst er det post partum at vurdere, om patienten udvikler barselsdepression (med risiko for suicidal adfærd) og barselspsykose (med risiko for at skade barnet, sig selv eller andre)(176). Patienter med OCD kan ofte være bange for obsessive tanker om at skade barnet, men dette sker yderst sjældent (189). Ritualer og tanker kan have en sådan grad eller optage så meget tid, at det kan gå ud over moderevnen, og det er vigtigt at have partneren inddraget i behandlings-forløbet.

***Kontrol og støtte under graviditeten*****Sårbar team:**

En gravid kvinde med diagnosen OCD vil på baggrund af egen læges svangrehenvisning blive tilknyttet et specialteam i obstetrisk regi.

**De obstetriske kontroller**

Ud over afklarende samtale tilbydes et par kontrol tider i graviditeten - oftest omkring uge 27-28 samt 32-34. Ved disse kontrol tider hos obstetrikeren vurderes den gravides almentilstand og hendes psykiske tilstand - er der opblussen af OCD symptomer?, er den gravide invalideret af sine OCD symptomer?, skal man overveje eventuel medicinsk behandling? kontakt psykiatrien? Derudover laves ultralydsscanninger, som har det primære formål at styrke mor-barn bindingen; tilvækstscanning kan også foretages mhp. at fortælle moderen fosters-kønnet. Det er vigtigt for den gravide med OCD at se sit barn og betragte fosterbevægelser og barnets tegn på trivsel, men derudover en det en vigtig parameter i en vurdering af den gravides forældrerevne, hvis den gravide er ambivalent eller har en negativ indstilling overfor barnet.

***SKS koder / ICD-10 diagnoser***

O993B. Psykiske sygdomme i graviditet.

Diagnosen bruges kun hvis kvinden er i medicinsk behandling eller hvis diagnosen er stillet af psykiater.

+ F429 Obsessiv-kompulsiv tilstand UNS

DZ358 Kontrol af højrisikograviditet pga. tidligere psykisk sygdom

+ F429 Obsessiv-kompulsiv tilstand UNS



## Skizofreni

Penneførere: Anne Højen Munch, Margrethe Møller, Rene Ernst Kondrup.

### SKS koder

DO993B. Psykiske sygdomme i graviditet, fødsel puerperium.

+DF209. Skizofreni.

DZ358 Kontrol af højrisikograviditet pga. tidligere psykisk sygdom

+ F429 Obsessiv-kompulsiv tilstand UNS

### Anbefalinger

**Visitation:** Tidlig henvisning til obstetrisk afdeling (Familieteam, Team for sårbare gravide) Evidensgrad IIb. Styrke A.

### Psykiatrisk behandling

- Fortsættelse af medicinsk antipsykotisk behandling anbefales, da recidiv risiko er overordentlig høj ved seponering. Recidiv påvirker både mor og foster og den senere omsorgsevne for barnet.

Grundet risiko for tilbagefald ved medicinskift, skal det fra psykiatrisk side grundigt overvejes, om der er indikation for dette.

Atypiske antipsykotica: Olanzapin, risperidon, quetiapin, clozapin kan anvendes under graviditet.

Typiske antipsykotica: haloperidol, perphenazin, prochlorperazin, triperazin, fluophenazin og chlorpromazin kan anvendes under graviditet.

Evidensgrad IIb. Styrke A.

### Obstetrisk kontrol

Samlet findes obstetriske komplikationer hyppigere hos skizofrene gravide: præterm fødsel, abort, vækstretardering, som de vigtigste. Odds for hver enkelt omkring 2. Regnes vanskeligheder med etablering af mor-barn relation med som obstetrisk komplikation er risiko for komplikationer endnu højere.

- Derfor indikation for obstetrisk kontrol incl ultralydscanning med henblik på tilvækst og bonding.

Evidensgrad II. Styrke B.

### Tværasektorielt samarbejde

Tæt samarbejde med Familieafdelingen, sundhedsplejersker, almen praksis nødvendig.

En stor del af de skizofrene mødre kan få problemer med moderskab generelt og derved have vanskeligt ved at opfylde barnets behov. Antallet af anbragte børn er høj.

- Derfor nødvendigt med en nøje individuel vurdering og plan for støtte/foranstaltninger i graviditeten og tiden efter fødslen. Kvindens netværk inddrages.

Evidensgrad II-III. Styrke A.

### **Puerperiet**

- Indlæggelse på barselafsnit 2-5 dage tilbydes for både første-og flergangsfødende med henblik på:

Støtte til etablering af mor/forældre-barn relation, evt amning.

Amning tilladt ved brug af perphenazin, haloperidol, zuclophenixol, quetiapin, olanzepin.

Sammen med kvinden vurdere, om hun ønsker amning.

At medvirke til at sikre, at planen lagt ved møde med Familieafdelingen holder.

Overveje muligheden af at sygemelde kvinden og lade barnefar få en del af barselsorloven.

Observere barnet for tegn på seponeringssyndrom: irritabilitet, sitren, gråd, uro, søvnproblemer, hypersalivation og diarree.

Observere barnet får bivirkninger, såfremt det ammes: extrapyrimidale bivirkninger, sedation, obstipation, urinretention.

Evidensgrad II-III. Styrke B.

**Tidlig tværfaglig og tværsektoriel indsats** nødvendig.

### **Beskrivelse af litteratursøgning.**

PubMed. PsychInfo, Deff net.

Søgeord: Skizofrenia, obstetric complications, obstetric outcome, preterm birth, clinical interventions.

### **Psykoselidelser - karakteristika**

Denne gruppe af lidelser opdeles i 3 undergrupper bestående af skizofreni, akutte psykoser og kroniske psykoser. De 2 sidstnævnte inddelt efter varigheden af symptomer. De akutte og kroniske psykoser kan ligne skizofrenilidelsens symptomer, men vil adskilles enten på varighed af symptomer ( de akutte psykoser ) eller på sværhedsgraden og typen af symptomer ( de kroniske psykoser ).

I det følgende beskæftiger vi os kun med skizofreni.

Skizofreni lidelsen er kendetegnet ved en gennemgribende påvirkning af kognitiv funktion, med hyppige påvirkninger af realitetsopfattelse ( hallucinationer eller vrangforestillinger ), social funktion ( tendens til initiativløshed, ensomhedssøgen ), forstyrrelser i anvendelsen af sprog ( anvender egne ord, eller giver ordet personlig betydning ) samt bevægeforstyrrelser i varierende omfang.

Blandt skizofrene findes flere belastninger i form af emotionel og social isolation, manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, dårlig økonomi ligesom forbrug af rusmidler, bl.a. som selvmedicinering, forekommer i højere grad end hos psykisk raske.

### ***Epidemiologi***

Omkring 25000-30000 mennesker i Danmark har skizofreni svarende til 0,5% af befolkningen. Hvert år får ca 500 mennesker stillet diagnosen skizofreni. I løbet af et livsforløb vil 1% af befolkningen få stillet diagnosen skizofreni. De fleste diagnosticeres i begyndelsen af 20-års alderen. Rammer lige mange mænd og kvinder.

### ***Genetik***

- Risiko for skizofreni hos et barn af en far eller mor med skizofreni er ca 10%, har begge forældre skizofreni er risikoen op til 40-50%.

Tvillingestudier har vist højere konkordans mellem monozygote sammenlignet med dizygote. Har en monozygot tvilling skizofreni er risikoen for den anden tvilling omkring 40%, mens tallene for dizygote tvillinger viser samme risiko som findes mellem andre søskende, det vil sige har 1 dizygot tvilling skizofreni er risikoen for den anden tvilling ca 10%. Adoptivstudier understøtter dette (193), evidensgrad IIb.

### ***Forløb af skizofreni i graviditet og puerperium.***

Seponeres den antipsykotiske medicin vil det medføre en høj risiko for tilbagefald, som hos ikke-gravide er 50% (194-197) (198), Evidensgrad IIb.

- Ophør med antipsykotisk medicin vil medføre tilbagefald hos 50% over et tidsinterval på 2 år, mens risiko for tilbagefald med fortsat behandling er 15%.

Risiko for tilbagefald mindst, hvis medicinen reduceres gradvist, størst ved abrupt ophør.

- Risiko for tilbagefald de første 3 måneder efter fødslen er høj, 24%.

Ubehandlet eller inadekvat behandling af skizofreni vil alene på grund af lidelsens natur påvirke moderskabet og relationen til barnet, som derved kan være i risiko for neglect og være i en højrisikosituation både fysisk og psykisk, ligesom kvinden kan komme i en situation, hvor hun er til fare for sig selv.

- De grundlæggende tilknytningsprocesser mellem mor og barn kan forstyrres med alvorlige konsekvenser for barnets kognitive og psykosociale udvikling. Evidensgrad IIb.

### ***Obstetriske komplikationer***

Metaanalyse 2011 (199): 216 gravide med skizofreni sammenlignes med 487 raske kontroller. 63 Quasirandomiserede, case-control og registerstudier på outcome for singletongraviditeter hos kvinder med skizofreni sammenlignes med kvinder uden psykiatrisk sygdom identificeret ud fra samme Mesh ord. De udvalgte studier havde efter forfatterens vurdering evidensgrad I-IIa.

De skizofrene kvinder var ældre ( RR 2,13, CI 1,41-2,86 ), har tidsmæssige kortere relation til partner inden graviditet (RR 0,86, CI 0,64-1,17 ), er oftere rygere (RR 1,85, CI 1,02-2,67 ), har mindre vitaminindtag (RR 1,92, CI 0,23-2,48) og har højere odds for obstetriske komplikationer, samlet fandtes obstetriske komplikationer hos ialt 45% i af de skizofrene gravide.

- Kumulativ rate for obstetriske komplikationer RR 2,08, CI 1,04-6,14:

Abort (RR 2,04, CI 0,88-1,28), præterm fødsel (RR 1,98, CI 0,19-2,79), vækstretardering (RR 2,16, CI 1,48-3,87), medfødte misdannelser (RR 2,1, CI 1,1-3,8), lav Apgar score (RR 2,22, CI 0,56-8,84). Risiko for tilbagefald i puerperiet (RR 7,86, CI 2,1-17,8) og vanskeligheder med moderskabet, målt ved Maternal-Fetal Attachment score.

Medfødte misdannelser: Der fandtes misdannelser af 11 ud af 216 nyfødte: holoprosencefali, microcefali, spina bifida, Downs syndrom.

Både atypiske og typiske antipsykotica kan have bivirkninger i form af amenorrhø på grund af hyperprolaktæmi. Dette sammen med social belastning gør, at der flere sent opdagede graviditeter (198), Evidensgrad IIb

Tobaksforbrug er udbredt blandt skizofrene og er forbundet med vækstretardering, præterm fødsel og perinatal død (200, 201), evidensgrad III

- Forbrug/misbrug af cannabis, alkohol, opioider og stærkere euforiserende stoffer såsom kokain er et problem hos nogle skizofrene gravide (202), evidensgrad IIb.
- Større hyppighed af gestationel diabetes blandt skizofrene gravide. Både typiske og atypiske antipsykotica kan give vægtstigning på grund af øget appetit. Glukose-tolerancen nedsættes. Disse bivirkninger er mindre udtalte ved brug af atypiske antipsykotika (203), Evidensgrad III.

### **Anbringelser af børn**

- 20% af danske børn født af mødre med skizofreni anbringes uden for hjemmet inden for det første leveår (204).

Anbringelsesraten er højst det første leveår og falder jævnt gennem barndommen.

- 40% af børn født af mødre med skizofreni vil opleve mindst 1 anbringelse inden 18 års alderen.

Risiko for anbringelse stiger yderligere, hvis moderen er enlig, har lavt uddannelsesniveau, har et misbrug eller hvis faderen også har en psykisk lidelse, misbrug eller modtager førtidspension. Er faderen i arbejde eller har han en mellemlang eller videregående uddannelse ved barnets fødsel er det en beskyttende faktor i forhold til anbringelse.

### **Mor-barn relation**

Ranning et al, igangværende studie: Undersøgelsen bygger på kvalitativ tekstanalyse af 50 underretninger sendt til fra Psykiatrien til Kommunernes Børnefamilieafdelinger peger på, at forældrenes vrangforestillinger hyppigst giver problemer i forhold i forældre-barn relationen sammenlignet med andre symptomer på skizofreni. Særligt i tilfælde, hvor forældrene deler vrangforestillingerne med barnet eller/og hvor vrangforestillingerne omhandler barnet opstår der alvorlige problemer i relationen af barnet. Det være sig i form af tilknytningsproblemer, angst og utryghed hos barnet. Undersøgelsen peger endvidere på vigtigheden af at anskue familien og netværket som et samlet system af ressourcer, der kan støtte op om barnet og den/de syge forældre, snarere end at man ensidigt fokuserer på at „lære den syge, at blive en god mor eller far”.

### **Farmakologisk behandling.**

Penneføre Rene Ernst Kondrop

Valget om farmakologisk behandling under graviditet eller amning foretages af klinikerens i samarbejde med patienten og dennes familie på baggrund af en individuel vurdering af fordele og risici ved at opstarte behandling eller undlade behandling. Patienten og dennes familie er ofte bekymrede for risici, f.eks. malformationer eller udviklingsforstyrrelse, ved opstart eller fortsættelse af medicinsk behandling, og har mindre fokus på den risiko mor og barn udsættes for ved ikke at behandle den psykiske lidelse.

Risikoen for en ikke-planlagt graviditet er øget hos patienter med psykoselidelser, og 60 % af alle kvinder med en psykoselidelse bliver mor. Der findes ikke data på risikoen for tilbagefald af psykosesyntomer hos gravide med en generel psykoselidelse, men risikoen for tilbagefald af psykosesyntomer er øget til 65 % hos gravide med en skizofreni. Grundet den forøgede risiko for tilbagefald, bør den behandelende læge informere risici ved den nuværende behandling med patienten allerede inden graviditet, forklare om eventuelt behov for medicinskift ved graviditet, og informere om risikoen ved abrupt ophør med den medicinske behandling, f.eks. nedsat personlig pleje, in-sufficient ernæring, færre jordemoderbesøg og en øget forekomst af stofmisbrug.

Såfremt patient har ønske om graviditet, men den medicinske behandling vurderes suboptimal, skal der aftales sikker antikonception indtil ændringer i medicinsk behandling er foretaget, og den initiale risiko for tilbagefald ved medicinskift er overstået. Hvis patienten er gravid skal der laves en udførlig plan for samarbejde mellem relevante parter, f.eks. egen læge, psykiater, obstetrisk afdeling og kommunale samarbejdspartnere.

Foruden fokus på den farmakologiske behandling, må den psykosociale støtte til patienten optimeres, med henblik på at optimere graviditets outcome og minimere risikoen for tilbagefald. Livet efter barnets fødsel med forventninger og frygt fra patient og dennes familie, samt det psykiske og fysiske pres en nyfødt medfører, kan være med til at øge risikoen for tilbagefald af psykosesyntomer.

### **Risici ved farmakologisk behandling**

Der er beskrevet en øget forekomst af for tidlig fødsel hos personer behandlet med antipsykotika, men det er uvist om denne skyldes den farmakologiske behandling, eller om den er udtryk for den bagvedliggende sygdom (confounding by indication).

Der er kendte metaboliske bivirkninger til antipsykotika, og risikoen for metaboliske komplikationer hos den nyfødte er ikke afklarede, da nuværende data både tyder på høj og lav fødselsvægt. Der er dog fundet en øget risiko for hypoglykæmi hos den nyfødte, hvis moderen har været behandlet med atypiske antipsykotika under graviditeten.

De metaboliske bivirkninger til behandling med antipsykotika hos moderen skal monitoreres løbende, da risikoen for gestationel diabetes er øget. Efter fødslen kan der ses både histaminerg og kolinergt rebound, når barnet har været udsat for antipsykotika i føtal livet, medførende øget arousal, uro, gråd og søvnproblemer ved det histaminerge rebound, og gastrointestinale gener i form af hypersalivation og diarre ved det antikolinerge rebound.

### **Atypiske antipsykotika (anvendelse under graviditet)**

Der er rapporteret mere end 600 cases af gravide behandlet med olanzapin. Der er ikke set øget malformationsrisiko, fraset et uspecifik signal om øget forekomst af neuralrørsdefekter.

Der er rapporteret over 350 hundrede cases af gravide behandlet med risperidon. Der er ikke set et mønster af malformationer som kunne tyde på en specifik teratogen effekt af risperidon. De beskrevne tilfælde af malformationer har oftest været hos børn af mødre som har været behandlet med anden medicin med kendte teratogene bivirkninger.

Der er rapporteret mere end 325 cases af gravide behandlet med quetiapin. Der er ikke set noget mønster af malformationer, som kunne tyde på en specifik teratogen effekt af quetiapin, og der er ikke set en øget forekomst af malformationer sammenlignet med baseline risiko. Det er rapporteret mere end 200 cases af gravide behandlet med clozapin. Der er ikke set noget mønster af malformationer som kunne tyde på en specifik teratogen effekt af clozapin, og der er ikke set øget forekomst af malformationer sammenlignet med baseline risikoen.

Clozapin har en kendt mulig toksisk effekt på knoglemarven, hvilket medfører regelmæssige parakliniske kontroller af alle behandlede. Generelt anbefales monitorering af leukocytter, inkl. differentialetælling, og trombocytter, ugentligt de første seks måneder efter fødslen hos nyfødte der er eksponerede for clozapin.

Øvrige atypiske antipsykotika kan ikke anbefales under graviditet grundet manglende erfaringsgrundlag.

### **Typiske antipsykotika (anvendelse under graviditet)**

Typiske antipsykotika har været anvendt i flere år end atypiske antipsykotika, hvorfor erfaringsgrundlaget er bredere, og datamængden om anvendelsen er større. Hovedparten af data på anvendelsen af typiske antipsykotika har dog været til behandling af hyperemesis gravidarum, hvorfor viden om anvendelse af typiske antipsykotika i højere doser er begrænset.

**Haloperidol** (højpotent) er nyligt afprøvet i et mindre multicenter studie, uden der blev fundet en øget risiko for malformationer. Tidligere data har tydet på øget risiko for ekstremitetsreduktionsmalformationer.

**Perphenazin** (middelpotent) har tidligere været det hyppigst anvendte præparat til behandling af psykoser hos gravide, eller hos personer der ønskede at blive gravide. Data på anvendelsen af perphenazin er begrænset, om end lægemidler af phenotiazin gruppen er velundersøgte med cirka 4000 cases.

**Prochlorperazin, trifluoperazin og fluphenazin** (middelpotente) har tidligere været anvendt rutinemæssigt hos gravide og ammende, men oftest i lavere doser, til behandling af hyperemesis gravidarum.

**Chlorpromazin** (lavpotent) det bedst undersøgte antipsykotikum til anvendelse under graviditet. Data indikerer en sammenhæng mellem behandlingen og forekomst af kardielle malformationer, men forekomsten er ikke øget i forhold til baseline risikoen.

Øvrige typiske antipsykotika kan ikke anbefales under graviditet grundet manglende erfaringsgrundlag.

Generelt skal der være opmærksomhed på muligheden for prolaktin stigning, sekundær galaktorhea og amenorhea, som kan tolkes som graviditet af patienten, medførende abrupt diskontinuering af den medicinske behandling. Hos patienter i behandling med antipsykotika, med graviditets ønske, skal risikoen for forøget prolaktin, og sekundær nedsat fertilitet, overvejes og monitoreres, såfremt graviditet ikke opnåes.

### **Amning**

Anbefalinger om anvendelse af antipsykotika i amme periode er baseret på undersøgelser af forekomst af lægemiddel i modermælk, som beskrevet i afsnittet om amning under graviditet initialt i denne rapport.

- Såfremt moderen ønsker at amme barnet skal barnet jævnligt observeres for bivirkninger:
  - Extrapyramidale bivirkninger
  - Sedation
  - Forstoppelse
  - Urinretention

Ved mistanke om bivirkninger kan der foretages serum monitorering af lægemiddel hos barnet, overvejes dosisreduktion hos moderen, eller mindskelse af barnets eksponering ved delvist eller helt at overgå til modermælkserstatning.

Perphenazin, haloperidol, zuclophenixol, risperidon, quetiapin og olanzapin kan anvendes i ammeperioden.

#### **Barnets udvikling efter eksponering for antipsykotika**

Data på barnets udvikling efter eksponering for antipsykotika i føtal perioden er begrænset. De nuværende data tyder dog ikke på neurodevelopmentale problemer hos eksponerede for typiske antipsykotika, om end data ikke er konklusive.

#### **Anbefalinger mht. psykofarmakabehandling**

**Ikke tidligere behandlet:** Opstart behandling med olanzapin ved behov for sedativ effekt udover antipsykotisk effekt

Opstart behandling med perphenazin hvis der forventes behandling med lavere doser af medicin

**Tidligere/nuværende behandlet med antipsykotika:** Grundet risiko for tilbagefald ved medicinskift, skal det grundigt overvejes om der findes indikation for medicinskift. Her skal tidligere behandlingsrespons og sværhedsgrad af patientens sygdom veje.

#### **Kontrol og støtte under graviditeten.**

- Tidlig henvisning til Sårbar team (205-207), evidensgrad Ia, IIb, III.
- Psykiatrisk vurdering og fortsat kontrol.
- Opfordring og støtte til at råd om graviditet og graviditetskontroller følges: kost, vitaminer incl folinsyreprofylakse, jern, vægt, motion, hjælp til ophør/reduktion af tobak, familiedannelse m.m. Rådgives om tilbud om nakkefoldsscanning og misdannelsesscanning.
- Misbrugsanamnese.
- Ultralydsscanning med henblik på fostertilvækst og bonding. ( se særskilt afsnit med henblik på bonding ).
- Screening for gestationel diabetes efter vanlige retningslinjer.
- Tværsektorielt samarbejde: Vurdering af behov for støtte/foranstaltninger i graviditeten og efter fødslen. Involverer samarbejde med Familieafdeling, sundhedsplejerske, psykiatrisk afdeling og almen praksis. Væsentligt at involvere kvindens netværk.
- Fødselsforberedelse med opbakning fra partner eller anden tæt kontakt. Der kan evt. være behov for særlig undervisning, hvis den gravide ikke kan deltage i gruppeundervisning.
- Vigtigt, at den gravide informeres om tegn på begyndende fødsel og kender omgivelserne på fødestedet.
- Benægtelse af en graviditet og igangværende fødsel betragtes som et akut psykiatrisk problem (208), evidensgrad III.

- Focus på og hjælp til at reducere psykisk stress for den skizofrene gravide.

### *Puerperium*

- Indlæggelse på fuldt bemandet barselgang med henblik på støtte og hjælp til opbygning af mor-barn relation, amning, søvn m.m.
- Amning: Ønsker kvinden at amme støttes hun i dette. Kvindens psykiske tilstand vigtigere end amning, så vurderes det, at amning er for belastende eller lykkes det ikke, støttes kvinden i at ophøre med amning.
- Søvn: vigtigheden af at moderens søvnbehov opfyldes understreges.
- Barnet observeres for seponeringssyndrom og ved amning for bivirkninger ved amning.
- Muligheden for at sygemelde kvinden og lade barnefar overtage en del af barselsorloven overvejes.
- Focus på risiko for udvikling af psykotisk tilstand.
- Stillingtagen til behov for ændring af medicinsk behandling.
- Aftale om evt tværsektorielt møde inden udskrivelse.
- Råd og evt aftale vedr prævention.



## Bordeline personlighedsforstyrrelse

Penneførere: Birgit Bødker, Francisco Alberdi

### *Anbefalinger*

- **Sårbar team:** Gravide med Borderline personlighedsstruktur bør følges i fast Sårbar team
- **Mor-barn relation samt barnets personlighedsudvikling:** påvirkning må forventes i svære tilfælde
- **Tydelige rammer** og planer som er kendt for patienten og alle hendes behandlere vil medvirke til at sikre stabilitet og forebygge konflikter.
- **Komorbiditet:** Særlig opmærksomhed på komorbiditet, i særlig grad depression, selvskadende adfærd og selvmordstanker/trusler
- **Psykiater:** Behov for medicinsk behandling af moderen ved komorbiditet, - oftest angst / depression og misbrug, vurderes af behandlende psykiater.
- **Rusmidler:** Ved samtidig rusmiddelbrug skal kvinden henvises til Familieambulatorium
- **Netværksmøde** i graviditeten anbefales. Omfang og type af støtte er afhængig af symptomgrad.
- **Spædbarnspsykiatrisk afdeling:** Henvisning bør overvejes i svære tilfælde

### *SKS-kode*

DO993B.Psykiske sygdomme i graviditet, fødsel puerperium.

+DF6031 Emotionelt ustabil personlighedsstruktur af borderline type

### *Litteratursøgning*

Cochrane library

Pub med

Psyc Info

BPDresources.net

### *Beskrivelse af BPD*

Borderline personlighedsforstyrrelse (BPD) betegner en emotionelt ustabil personlighedsstruktur karakteriseret ved et spektrum af symptomer indenfor følelseslivet, impuls kontrol og interpersonelle relationer. De dominerende træk er en dårlig selvopfattelse, intense og ustabile relationer, impulsivitet og angst for at være alene. Selvskadende adfærd, brug af stoffer og alkohol er ikke sjældent en del af billedet. Diagnosen stilles ved en psykiatrisk undersøgelse med fokus på personlighedsforstyrrelser eventuelt efterfulgt af et strukturerede interviews (SCID II)

Ifølge ICD-10 kræver diagnosen at mindst 5 af følgende 10 kriterier er opfyldt (209):

1. tendens til at handle impulsivt og uoverlagt
2. stridbarhed, især ved impulsfrustration
3. affektlabilitet, eksplosivitet
4. manglende udholdenhed
5. ustabil og lunefuldt humør
6. forstyrret og usikker identitetsfølelse
7. tendens til intense og ustabile forhold til andre
8. udtalt tendens til at undgå at blive ladet alene
9. tendens til selvdestruktivitet
10. kronisk tomhedsfølelse

Der er en høj grad af sammenfald mellem BPD og andre psykiatriske diagnoser, hyppigst angst og depression. Væsentligt differentialdiagnostisk er adfærdsforstyrrelser siden adolescens og en vedvarende affektiv reaktivitet med hurtige skift mellem depression, vrede, impulsiv handlinger i modsætningen til de længere depressive perioder hos patienter med depression og bipolar lidelse.

### ***Epidemiologi***

Tilstanden findes hos ca 1-2% af befolkningen i Danmark

Internationale tal viser at ca 10% forsøger at begå selvmord og ca 75% udviser selvskadende adfærd ((210)DSM IV)

### ***Ætiologi***

Den aktuelle viden tyder på en multifaktoriel ætiologi, hvor såvel genetiske som biologiske og psykosociale årsager, herunder tilknytnings-trauma og en usikker, disorganiseret tidlig tilknytning mellem barn og forælder, kan være medvirkende til udvikling af borderline personlighedsstruktur. Et helt nyt tysk studie viste en sammenhæng mellem intrauterin eksponering for tobak og medicinske graviditetskomplikationer og BPD. Vedvarende omsorgssvigt og/eller misbrug og mishandling i familien (såkaldte tilknytningstrauma) har betydning for udvikling af personlighedsforstyrrelser, herunder borderline personlighedsforstyrrelse. Flere studier viser at en stor del af patienter med borderline har været udsat for omsorgssvigt og misbrug, herunder ofte seksuelt misbrug. Man ved også at den tidlige tilknytning mellem mor og barn har stor betydning for barnets evne til at udvikle forståelse for egne og andres følelser samt for bagvedliggende tanker og hensigter for adfærden (mentaliserings). Det er da også begrundede formodninger om at mentaliseringen forbedre evnen til at kunne regulere egne følelser hensigtsmæssigt. Som de øvrige personlighedsforstyrrelser udvikler BPD sig oftest allerede i de unge år, men kan til gengæld blive mindre udtalt med alderen og er oftest ikke meget fremtrædende hos den ældre voksne(211-213).

### ***Håndtering***

Væsentligst er psykoterapi. Individuel og/eller i grupper, langt oftest i ambulante regi.

Medicinsk behandling har sjældent en væsentlig plads i behandlingen og da oftest ved komorbiditet, som f.eks depression, hvor bl.a SSRI kan give en vis symptomlindning.

Der findes en del randomiserede studier som viser effekt af medicinsk og psykoterapeutisk behandling, men studierne er præget af små materialer, korte observationstider og dårligt definerede effektmålinger, ofte med selvrapporeret effekt i stedet for veldefinerede kriterier .

Psykoterapien kan være mentaliseringsbaseret eller dialektisk adfærdsterapi som bl.a arbejder med håndtering af den affektive ustabilitet, impulsstyring og forbedring af de relationelle evner. I terapiens første fase har håndteringen af selvskadende adfærd og suicidalitet første prioritet. I senere faser lægger man vægt på affektmodulering og forbedring af evnen til mentalisering. Selvskadende adfærd som cutting sker oftest ikke med ønske om selvmord og kræver i højere grad håndtering af den bagvedliggende personlighedsforstyrrelse (214-218).

Personer med BPD har svært ved at erkende og respektere grænser, og knytter sig ofte stærkt til deres terapeuter, men svinger også mellem mistro og tillid til deres terapeuter og andre sundhedspersoner, hvilket kan være en udfordring for andre sundhedspersoner, som jordemødre, praktiserende læger mm

### ***Graviditetskomplikationer***

I et amerikansk studie fra 2012 belyste man på baggrund af strukturerede interviews at sammenhængen mellem BPD og graviditetsmønster. Af 379 kvinder med og uden BPD som blev interviewet fandt man association mellem sværhedsgrad af symptomer og graviditet i teenagealderen og uplanlagt graviditet, men ingen association til spontane aborter (217).

Symptomerne ved BPD påvirker oftest kvindens evne til forældreskab med negativ effekt på barnets emotionelle og sociale udvikling. Mødre med BPD er ofte selv karakteriseret ved en opvækst med relationel ustabilitet og kan tilsvarende påvirke barnet gennem pludselige følelsesmæssige skift mellem idealisering og devaluering, mangelfuld modulering af depression og vrede , ligesom det dårlige selvværd og nedsat evne til empatisk samklang med barnet kan påvirke dets udviklingen i negativ retning. Mødre med BPD beskrives ofte som bekymrede, usikre og overvældede af børnenes behov.

I flere studier beskrives anvendelse af psykoterapi med målrettet mentalisering af den kommende graviditet hos kvinder med svære symptomer(219)

- Der er i litteraturen ikke beskrevet obstetriske komplikationer med direkte association til Borderlinediagnosen.

## ReferencerReferences

1. Anbefalinger for svangreomsorgen [Internet].; 2013. Available from: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/D76304BDB11F48BBB1E83CBC8E0AD85B.ashx>.
2. Killen K. Barndommen varer i generationer.
3. Omsorg for Gravide Og Smårbørnsfamilier Med Rusmiddelproblemer. Sundhedsstyrelsen, .
4. Fødeplanen region syddanmark, kapitel 28.3.3 side 227 [Internet]. Available from: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm280384>.
5. Who: Fact sheet no. 239: Violence against women [Internet].; 2013. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>.
6. SST Vejledning no.49: ”Vejledning Om Etablering Af Regionale Familieambulatorium”, .
7. Retningslinjer for udarbejdelse og anvendelse af forældrekompetenceundersøgelse [Internet]. Available from: <http://socialstyrelsen.dk/born-og-unge/aktuelt/retningslinjer-skal-afdaekke-foraeldrekompeterencer>.
8. Vejledning om særlig støtte til børn, unge og deres familier. vejl.no 3 til serviceloven [Internet]. Available from: <https://www.ministerialtidende.dk/Forms/L0700.aspx?s19=11&s20=2011>.
9. Serviceloven [Internet]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=158071>.
10. de Jong-Pleij EA, Ribbert LS, Pistorius LR, Tromp E, Mulder EJ, Bilardo CM. Three-dimensional ultrasound and maternal bonding, a third trimester study and a review. Prenat Diagn. 2013 Jan;33(1):81-8.
11. Rowe HJ, Wynter KH, Steele A, Fisher JR, Quinlivan JA. The growth of maternal-fetal emotional attachment in pregnant adolescents: A prospective cohort study. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2013 Dec;26(6):327-33.
12. Perry L, Morgan J, Reid F, Brunton J, O'Brien A, Luck A, et al. Screening for symptoms of eating disorders: Reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. Int J Eat Disord. 2002 Dec;32(4):466-72.

13. Goecke TW, Voigt F, Faschingbauer F, Spangler G, Beckmann MW, Beetz A. The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Arch Gynecol Obstet*. 2012 Aug;286(2):309-16.
14. Alhusen JL. **A literature update on maternal-fetal attachment**. *Journal Obstetrical Gynecological Neonatal Nursing*. 2008;37(3):315-28.
15. Anvendelse Af Psykofarmaka Ved Graviditet Og Amning – Kliniske Retningslinjer  
Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Obstetrik Og Gynækologi, Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi. (Under Udarbejdelse), 2014).
16. Dideriksen D, Pottegård A, Hallas J, Aagaard L, Damkier P. First trimester in utero exposure to methylphenidate. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2013 Feb;112(2):73-6.
17. Krüger S. Sex and gender differences in pharmacology. In: Regitz-Zagrosek V, editor. *Handbook of Experimental Pharmacology*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2012. p. 279-305.
18. Viguera AC, Newport DJ, Ritchie J, Stowe Z, Whitfield T, Mogielnicki J, et al. Lithium in breast milk and nursing infants: Clinical implications. *Am J Psychiatry*. 2007 Feb;164(2):342-5.
19. Behandling med serotoningenoptagshæmmere i graviditeten og under amningen [Internet].; 2009. Available from: [http://www.dsog.dk/sandbjerg/ssriguideline\\_10\\_08\\_09.pdf](http://www.dsog.dk/sandbjerg/ssriguideline_10_08_09.pdf).
20. Gøtzsche P. Pushing children into suicide with happy pills. In: Gøtzsche P, editor. *Deadly Medicines and Organised Crime*. Copenhagen: Peoples Press; 2013. p. 217-35.
21. Thomsen PH, Damm D. Et liv i kaos – om voksne med ADHD. Hans Reitzels forlag; 2011.
22. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007 May;190:402-9.
23. Pottegård A, Hallas J, Andersen J, Løkkegaard E, Dideriksen D, Aagaard L. First trimester exposure to methylphenidate: A population based cohort study. *J Clin Psych*. In press 2013.

24. Barkley A. Attention-deficit hyperactivity. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2006.
25. Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, Voigt RG, Killian JM, Weaver AL, et al. Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: A population-based birth cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Oct;53(10):1036-43.
26. Knouse LE, Cooper-Vince C, Sprich S, Safren SA. Recent developments in the psychosocial treatment of adult ADHD. *Expert Rev Neurother*. 2008 Oct;8(10):1537-48.
27. Molina BS, Hinshaw SP, Eugene Arnold L, Swanson JM, Pelham WE, Hechtman L, et al. Adolescent substance use in the multimodal treatment study of attention-Deficit/Hyperactivity disorder (ADHD) (MTA) as a function of childhood ADHD, random assignment to childhood treatments, and subsequent medication. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Mar;52(3):250-63.
28. Wade TD, Bulik CM, Neale M, Kendler KS. Anorexia nervosa and major depression: Shared genetic and environmental risk factors. *Am J Psychiatry*. 2000 Mar;157(3):469-71.
29. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 May;56(5):468-76.
30. Isomaa R, Isomaa AL, Marttunen M, Kaltiala-Heino R, Bjorkqvist K. The prevalence, incidence and development of eating disorders in finnish adolescents: A two-step 3-year follow-up study. *Eur Eat Disord Rev*. 2009 May;17(3):199-207.
31. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007 Aug;164(8):1259-65.
32. Blaabjerg A, Nyland TH. Kognitiv terapi, spiseforstyrrelser. Hans Reitzels forlag; 2011.
33. Tierney S, Fox JR, Butterfield C, Stringer E, Furber C. Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2011 Oct;48(10):1223-33.
34. Rocco PL, Orbitello B, Perini L, Pera V, Ciano RP, Balestrieri M. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: A prospective study. *J Psychosom Res*. 2005 Sep;59(3):175-9.

35. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry*. 2007 Mar;190:255-9.
36. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res*. 2007 Sep;63(3):297-303.
37. Knoph Berg C, Bulik CM, Von Holle A, Torgersen L, Hamer R, Sullivan P, et al. Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: Findings from the norwegian mother and child cohort study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008 May;42(5):396-404.
38. Fairburn CG, Stein A, Jones R. Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosom Med*. 1992 Nov-Dec;54(6):665-72.
39. Morgan JF, Lacey JH, Sedgwick PM. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *Br J Psychiatry*. 1999 Feb;174:135-40.
40. Knoph C, Von Holle A, Zerwas S, Torgersen L, Tambs K, Stoltenberg C, et al. Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *Int J Eat Disord*. 2013 May;46(4):355-68.
41. von Soest T, Wichstrom L. The impact of becoming a mother on eating problems. *Int J Eat Disord*. 2008 Apr;41(3):215-23.
42. Blais MA, Becker AE, Burwell RA, Flores AT, Nussbaum KM, Greenwood DN, et al. Pregnancy: Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *Int J Eat Disord*. 2000 Mar;27(2):140-9.
43. Crow SJ, Keel PK, Thuras P, Mitchell JE. Bulimia symptoms and other risk behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2004 Sep;36(2):220-3.
44. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Psychol Med*. 2007 Aug;37(8):1109-18.
45. Madsen IR, Horder K, Stoving RK. Remission of eating disorder during pregnancy: Five cases and brief clinical review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009 Jun;30(2):122-6.

46. Koubaa S, Hallstrom T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol.* 2005 Feb;105(2):255-60.
47. Franko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2000 Jun;95(6 Pt 1):942-6.
48. Broussard B. Psychological and behavioral traits associated with eating disorders and pregnancy: A pilot study. *J Midwifery Womens Health.* 2012 Jan-Feb;57(1):61-6.
49. Soares RM, Nunes MA, Schmidt MI, Giacomello A, Manzolli P, Camey S, et al. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: Prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern brazil. *Int J Eat Disord.* 2009 Jul;42(5):387-93.
50. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ.* 1999 Dec 4;319(7223):1467-8.
51. Luck AJ, Morgan JF, Reid F, O'Brien A, Brunton J, Price C, et al. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: Comparative study. *BMJ.* 2002 Oct 5;325(7367):755-6.
52. Wilson GT, Shafran R. Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet.* 2005 Jan 1-7;365(9453):79-81.
53. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord.* 2010 May;43(4):344-51.
54. Cotton MA, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. *J Gen Intern Med.* 2003 Jan;18(1):53-6.
55. Kagan S, Melrose C. The SCOFF questionnaire was less sensitive but more specific than the ESP for detecting eating disorders. *Evid Based Nurs.* 2003 Oct;6(4):118.
56. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, et al. Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behav Res Ther.* 2008 May;46(5):612-22.
57. Friberg O, Clausen L, Rosenvinge JH. A five-item screening version of the eating disorder inventory (EDI-3). *Compr Psychiatry.* 2013 Nov;54(8):1222-8.



58. Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, et al. Recognising the symptoms: How common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev*. 2013 Jul;21(4):340-4.
59. Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: Retrospective controlled study. *Psychosom Med*. 2006 May-Jun;68(3):487-92.
60. Abraham S. Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *J Psychosom Res*. 1998 Mar-Apr;44(3-4):491-502.
61. 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 Psychiatry*. 1999 Feb;60(2):130,5; quiz 135-7.
62. Carmichael SL, Shaw GM, Schaffer DM, Laurent C, Selvin S. Dieting behaviors and risk of neural tube defects. *Am J Epidemiol*. 2003 Dec 15;158(12):1127-31.
63. Pasternak Y, Weintraub AY, Shoham-Vardi I, Sergienko R, Guez J, Wiznitzer A, et al. Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012 Jan;21(1):61-5.
64. Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Jan;190(1):206-10.
65. Bansil P, Kuklina EV, Whiteman MK, Kourtis AP, Posner SF, Johnson CH, et al. Eating disorders among delivery hospitalizations: Prevalence and outcomes. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 Nov;17(9):1523-8.
66. Eagles JM, Lee AJ, Raja EA, Millar HR, Bhattacharya S. Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2012 Dec;42(12):2651-60.
67. Ekeus C, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *BJOG*. 2006 Aug;113(8):925-9.
68. Solmi F, Sallis H, Stahl D, Treasure J, Micali N. Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiol Rev*. 2013 Sep 11.

69. Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, et al. Birth outcomes in women with eating disorders in the norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord*. 2009 Jan;42(1):9-18.
70. Micali N, De Stavola B, dos-Santos-Silva I, Steenweg-de Graaff J, Jansen PW, Jaddoe VW, et al. Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: A population-based cohort study. *BJOG*. 2012 Nov;119(12):1493-502.
71. van der Spuy ZM, Steer PJ, McCusker M, Steele SJ, Jacobs HS. Outcome of pregnancy in underweight women after spontaneous and induced ovulation. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1988 Apr 2;296(6627):962-5.
72. Micali N, Northstone K, Emmett P, Naumann U, Treasure JL. Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: A longitudinal study of women with lifetime eating disorders. *Br J Nutr*. 2012 Dec 14;108(11):2093-9.
73. Nunes MA, Pinheiro AP, Camey SA, Schmidt MI. Binge eating during pregnancy and birth outcomes: A cohort study in a disadvantaged population in brazil. *Int J Eat Disord*. 2012 Nov;45(7):827-31.
74. Lacey JH, Smith G. Bulimia nervosa. the impact of pregnancy on mother and baby. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:777-81.
75. Torgersen L, Von Holle A, Reichborn-Kjennerud T, Berg CK, Hamer R, Sullivan P, et al. Nausea and vomiting of pregnancy in women with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord*. 2008 Dec;41(8):722-7.
76. Bloomfield FH. How is maternal nutrition related to preterm birth? *Annu Rev Nutr*. 2011 Aug 21;31:235-61.
77. Swann RA, Von Holle A, Torgersen L, Gendall K, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Attitudes toward weight gain during pregnancy: Results from the norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord*. 2009 Jul;42(5):394-401.
78. Siega-Riz AM, Von Holle A, Haugen M, Meltzer HM, Hamer R, Torgersen L, et al. Gestational weight gain of women with eating disorders in the norwegian pregnancy cohort. *Int J Eat Disord*. 2011 Jul;44(5):428-34.
79. Siega-Riz AM, Haugen M, Meltzer HM, Von Holle A, Hamer R, Torgersen L, et al. Nutrient and food group intakes of women with and without bulimia nervosa and binge eating disorder during pregnancy. *Am J Clin Nutr*. 2008 May;87(5):1346-55.
80. Dellava JE, Von Holle A, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Haugen M, Meltzer HM, et al. Dietary supplement use immediately before and during pregnancy in norwegian women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2011 May;44(4):325-32.

81. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr*. 2009 Jan;154(1):55,60.e1.
82. Micali N, Treasure J. Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: A review. *Eur Eat Disord Rev*. 2009 Nov;17(6):448-54.
83. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for gynækologi og obstetrik [Internet].; 2011. Available from: [http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Specialeplanlaegning/Specialevejledninger\\_2010/Specialevejledning\\_%20gynaekologi\\_obstetrik.ashx](http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Specialeplanlaegning/Specialevejledninger_2010/Specialevejledning_%20gynaekologi_obstetrik.ashx).
84. Kennedy SH, Kaplan AS, Garfinkel PE, Rockert W, Toner B, Abbey SE. Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Discriminating depressive symptoms and episodes. *J Psychosom Res*. 1994 Oct;38(7):773-82.
85. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *J Affect Disord*. 2011 Jun;131(1-3):150-7.
86. Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstet Gynecol*. 2010 Nov;116(5):1136-40.
87. Easter A, Treasure J, Micali N. Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: Results from the avon longitudinal study of parents and children. *BJOG*. 2011 Nov;118(12):1491-8.
88. Koubaa S, Hallstrom T, Hirschberg AL. Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2008 Jul;41(5):405-10.
89. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994 May;35(4):733-48.
90. Stein A, Woolley H, Senior R, Hertzmann L, Lovel M, Lee J, et al. Treating disturbances in the relationship between mothers with bulimic eating disorders and their infants: A randomized, controlled trial of video feedback. *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5):899-906.
91. Waugh E, Bulik CM. Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1999 Mar;25(2):123-33.

92. Agras S, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int J Eat Disord.* 1999 Apr;25(3):253-62.
93. Micali N, Simonoff E, Stahl D, Treasure J. Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: Maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2011 Jul;52(7):800-7.
94. Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Eat Behav.* 2010 Jan;11(1):54-61.
95. Stein A, Murray L, Cooper P, Fairburn CG. Infant growth in the context of maternal eating disorders and maternal depression: A comparative study. *Psychol Med.* 1996 May;26(3):569-74.
96. Koubaa S, Hallstrom T, Hagenas L, Hirschberg AL. Retarded head growth and neurocognitive development in infants of mothers with a history of eating disorders: Longitudinal cohort study. *BJOG.* 2013 Oct;120(11):1413-22.
97. Zerwas S, Von Holle A, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Stoltenberg C, Bulik CM. Maternal eating disorders and infant temperament: Findings from the norwegian mother and child cohort study. *Int J Eat Disord.* 2012 May;45(4):546-55.
98. Micali N, Stahl D, Treasure J, Simonoff E. Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: Understanding risk mechanisms. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013 Jun 27.
99. Larsson G, Andersson-Ellström A. **Experiences of pregnancy - related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders.** *European Eating Disorders Review.* 2003;11(2):116-24.
100. Torgersen L, Ystrom E, Haugen M, Meltzer HM, Von Holle A, Berg CK, et al. Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. *Matern Child Nutr.* 2010 Jul 1;6(3):243-52.
101. **Referenceprogram for unipolar depression hos voksne** [Internet]. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2007 [updated 2007; cited 2013]. Available from: [http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2007/plan/sfr/sst\\_dep.rapport.pdf](http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2007/plan/sfr/sst_dep.rapport.pdf).
102. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al. Saving mothers' lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. the eighth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the united kingdom. *BJOG.* 2011 Mar;118 Suppl 1:1-203.

103. Why mothers die 1997-1999. ISBN-10: 1900364654. 2001 CEMD.
104. Why mothers die 2000-2002. ISBN 1-904752-08-X: CEMACH 2004; 2004.
105. Straub H, Adams M, Kim JJ, Silver RK. Antenatal depressive symptoms increase the likelihood of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 Oct;207(4):329.e1,329.e4.
106. Ross LE, Grigoriadis S, Mamisashvili L, Vonderporten EH, Roerecke M, Rehm J, et al. Selected pregnancy and delivery outcomes after exposure to antidepressant medication: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2013 Apr;70(4):436-43.
107. Udechuku A, Nguyen T, Hill R, Szego K. Antidepressants in pregnancy: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010 Nov;44(11):978-96.
108. Hayes RM, Wu P, Shelton RC, Cooper WO, Dupont WD, Mitchel E, et al. Maternal antidepressant use and adverse outcomes: A cohort study of 228,876 pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 Jul;207(1):49.e1,49.e9.
109. Palmsten K, Hernandez-Diaz S, Huybrechts KF, Williams PL, Michels KB, Achtyes ED, et al. Use of antidepressants near delivery and risk of postpartum hemorrhage: Cohort study of low income women in the united states. *BMJ.* 2013 Aug 21;347:f4877.
110. Fransson E, Ortenstrand A, Hjelmstedt A. Antenatal depressive symptoms and preterm birth: A prospective study of a swedish national sample. *Birth.* 2011 Mar;38(1):10-6.
111. Kim DR, Sockol LE, Sammel MD, Kelly C, Moseley M, Epperson CN. Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression. *Arch Womens Ment Health.* 2013 Dec;16(6):475-82.
112. Szegda K, Markenson G, Bertone-Johnson ER, Chasan-Taber L. Depression during pregnancy: A risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2013 Oct 17.
113. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, et al. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2013 Apr;74(4):e321-41.
114. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry.* 2010 Oct;67(10):1012-24.

115. Ibanez G, Charles MA, Forhan A, Magnin G, Thiebaugeorges O, Kaminski M, et al. Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: Data from the EDEN mother-child cohort. *Early Hum Dev.* 2012 Aug;88(8):643-9.
116. Salkeld E, Ferris LE, Juurlink DN. The risk of postpartum hemorrhage with selective serotonin reuptake inhibitors and other antidepressants. *J Clin Psychopharmacol.* 2008 Apr;28(2):230-4.
117. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001 Jan;80(1):39-45.
118. Miller BJ, Murray L, Beckmann MM, Kent T, Macfarlane B. Dietary supplements for preventing postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Oct 24;10:CD009104.
119. O'Mahen HA, Richards DA, Woodford J, Wilkinson E, McGinley J, Taylor RS, et al. Netmums: A phase II randomized controlled trial of a guided internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychol Med.* 2013 Oct 23:1-15.
120. Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004 Oct 18;(4)(4):CD001134.
121. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. development of the 10-item edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry.* 1987 Jun;150:782-6.
122. Carothers AD, Murray L. Estimating psychiatric morbidity by logistic regression: Application to post-natal depression in a community sample. *Psychol Med.* 1990 Aug;20(3):695-702.
123. Rubertsson C, Borjesson K, Berglund A, Josefsson A, Sydsjo G. The swedish validation of edinburgh postnatal depression scale (EPDS) during pregnancy. *Nord J Psychiatry.* 2011 Dec;65(6):414-8.
124. **Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge** [Internet]. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen,; 2011; cited 2013]. Available from: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2011/vejledning-om-forebyggende-sundhedsydelse-til-boern-og-unge>.
125. Guedeney A, Guedeney N, Wendland J, Burtchen N. Mother-infant relationship psychotherapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013 Aug 31.

126. Teti DM, Goodman T. Postpartum depression- effects on infant. In: Haith IM, Benson J, editors. Encyclopedia of infant & early child development. Oxford, UK: Elsevier; 2008.
127. Fonagy P, Target M. Tidlig indsats og udviklingen af selvregulering. I affektregulering, mentalisering og selvets udvikling. København: Akademisk Forlag; 2007.
128. Gerlach C. Hjernens udvikling i spædbarnsalderen i spædbarnspsykologi, psyke & logos. ; 2008.
129. Hart S. Neuroaffektiv psykoterapi med børn. . 2011.
130. Stern D. De første seks måneder. Hans Reitzels Forlag; 1998.
131. Brazelton TB. Betydningen af tidlig indsats. In: Hart S, editor. Neuroaffektiv psykoterapi med børn. Hans Reitzels Forlag; 2011.
132. Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ. Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. Am J Psychiatry. 2011 Nov;168(11):1179-85.
133. Boden R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Andersen M, Kieler H. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: Population based cohort study. BMJ. 2012 Nov 8;345:e7085.
134. Boden R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Kieler H. Antipsychotics during pregnancy: Relation to fetal and maternal metabolic effects. Arch Gen Psychiatry. 2012 Jul;69(7):715-21.
135. Lee HC, Lin HC. Maternal bipolar disorder increased low birthweight and preterm births: A nationwide population-based study. J Affect Disord. 2010 Feb;121(1-2):100-5.
136. Forebyggende Ambulant Behandling Ved Svær Affektiv Lidelse ( Depression Og Mani), Sundhedsstyrelsen, 2006).
137. Levine RE, Oandasan AP, Primeau LA, Berenson AB. Anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Am J Perinatol. 2003 Jul;20(5):239-48.
138. Vythilingum B. Anxiety disorders in pregnancy. Curr Psychiatry Rep. 2008 Aug;10(4):331-5.

139. Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett ED, Blanchet C, Dodin S, et al. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jul 6;(7):CD007559. doi(7):CD007559.
140. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004 May;80(1):65-73.
141. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord*. 2009 Dec;119(1-3):142-8.
142. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*. 2012 Mar;25(2):141-8.
143. Littleton HL, Breitkopf CR, Berenson AB. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: A meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 May;196(5):424-32.
144. Brisch KH, Munz D, Bemmerer-Mayer K, Terinde R, Kreienberg R, Kachele H. Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *J Psychosom Res*. 2003 Aug;55(2):91-7.
145. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004 Dec 1;117(2):126-31.
146. Sosa C, Althabe F, Belizan J, Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1)(1):CD003581.
147. Stahl K, Hundley V. Risk and risk assessment in pregnancy - do we scare because we care? *Midwifery*. 2003 Dec;19(4):298-309.
148. Kowalcek I, Huber G, Bieniakiewitz I, Lammers C, Brunk I, Gembruch U. The influence of gestational age on depressive reactions, stress and anxiety of pregnant women and their partners in relation to prenatal diagnosis. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003 Dec;24(4):239-45.
149. Spielberger CD. *State-Trait anxiety inventory for adults. sampler set, manual set, scoring key*. In: Palo Alto CA, editor. Consulting Psychologists Press; 1983.



150. Matthey S, Fisher J, Rowe H. Using the edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: Conceptual and methodological considerations. *J Affect Disord*. 2013 Apr 5;146(2):224-30.
151. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hosli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007 Mar;20(3):189-209.
152. Glover V, O'Connor TG. Effects of antenatal stress and anxiety: Implications for development and psychiatry. *Br J Psychiatry*. 2002 May;180:389-91.
153. Johnson RC, Slade P. Obstetric complications and anxiety during pregnancy: Is there a relationship? *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003 Mar;24(1):1-14.
154. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol*. 2004 Sep;104(3):467-76.
155. Swallow BL, Lindow SW, Masson EA, Hay DM. Psychological health in early pregnancy: Relationship with nausea and vomiting. *J Obstet Gynaecol*. 2004 Jan;24(1):28-32.
156. Alvik A, Heyerdahl S, Haldorsen T, Lindemann R. Alcohol use before and during pregnancy: A population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(11):1292-8.
157. Goodwin RD, Keyes K, Simuro N. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the united states. *Obstet Gynecol*. 2007 Apr;109(4):875-83.
158. Hurley KM, Caulfield LE, Sacco LM, Costigan KA, Dipietro JA. Psychosocial influences in dietary patterns during pregnancy. *J Am Diet Assoc*. 2005 Jun;105(6):963-6.
159. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2000 Apr;95(4):487-90.
160. Schoeman J, Grove DV, Odendaal HJ. Are domestic violence and the excessive use of alcohol risk factors for preterm birth? *J Trop Pediatr*. 2005 Feb;51(1):49-50.

161. Wadhwa PD, Glynn L, Hobel CJ, Garite TJ, Porto M, Chicz-DeMet A, et al. Behavioral perinatology: Biobehavioral processes in human fetal development. *Regul Pept.* 2002 Oct 15;108(2-3):149-57.
162. Bergman K, Sarkar P, O'Connor TG, Modi N, Glover V. Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007 Nov;46(11):1454-63.
163. Huizink AC, Mulder EJ, Buitelaar JK. Prenatal stress and risk for psychopathology: Specific effects or induction of general susceptibility? *Psychol Bull.* 2004 Jan;130(1):115-42.
164. Zelkowitz P, Papageorgiou A, Bardin C, Wang T. Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. *Early Hum Dev.* 2009 Jan;85(1):51-8.
165. DiPietro JA, Novak MF, Costigan KA, Atella LD, Reusing SP. Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Dev.* 2006 May-Jun;77(3):573-87.
166. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics.* 2006 Nov;118(5):e1414-27.
167. O'Connor TG, Heron J, Glover V, Alspac Study Team. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002 Dec;41(12):1470-7.
168. Costei AM, Kozer E, Ho T, Ito S, Koren G. Perinatal outcome following third trimester exposure to paroxetine. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002 Nov;156(11):1129-32.
169. Bastani F, Hidarnia A, Montgomery KS, Aguilar-Vafaei ME, Kazemnejad A. Does relaxation education in anxious primigravid iranian women influence adverse pregnancy outcomes?: A randomized controlled trial. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2006 Apr-Jun;20(2):138-46.
170. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: A meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2013 Apr;74(4):377-85.
171. Chaudron LH, Nirodi N. The obsessive-compulsive spectrum in the perinatal period: A prospective pilot study. *Arch Womens Ment Health.* 2010 Oct;13(5):403-10.

172. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TL, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry*. 2009 Nov-Dec;50(6):503-9.
173. Uguz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karatayli S, Askin R, Guler O, et al. Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry*. 2007 Sep-Oct;48(5):441-5.
174. Uguz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karatayli S, Askin R, Guler O, et al. Course of obsessive-compulsive disorder during early postpartum period: A prospective analysis of 16 cases. *Compr Psychiatry*. 2007 Nov-Dec;48(6):558-61.
175. Uguz F, Kaya V, Gezginc K, Kayhan F, Cicek E. Clinical correlates of worsening in obsessive-compulsive symptoms during pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011 Mar-Apr;33(2):197-9.
176. Abramowitz JS, Nelson CA, Rygwall R, Khandker M. The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: A longitudinal study. *J Anxiety Disord*. 2007;21(1):91-104.
177. Maina G, Albert U, Bogetto F, Vaschetto P, Ravizza L. Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): The role of pregnancy/delivery. *Psychiatry Res*. 1999 Dec 13;89(1):49-58.
178. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2006 Aug;67(8):1285-98.
179. Speisman BB, Storch EA, Abramowitz JS. Postpartum obsessive-compulsive disorder. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011 Nov-Dec;40(6):680-90.
180. Forray A, Focseneanu M, Pittman B, McDougle CJ, Epperson CN. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*. 2010 Aug;71(8):1061-8.
181. Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. *J Clin Psychiatry*. 1997 Jul;58(7):330,4; quiz 335-6.
182. Neziroglu F, Anemone R, Yaryura-Tobias JA. Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry*. 1992 Jul;149(7):947-50.

183. Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Female hormones affect symptom severity in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006 May;21(3):171-5.
184. Fairbrother N, Abramowitz JS. New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behav Res Ther*. 2007 Sep;45(9):2155-63.
185. Navarro P, Garcia-Esteve L, Ascaso C, Aguado J, Gelabert E, Martin-Santos R. Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: Prevalence and comorbidity in a community sample. *J Affect Disord*. 2008 Jul;109(1-2):171-6.
186. Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Vallejo J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005 Apr;66(4):428,35; quiz 546.
187. Lord C, Rieder A, Hall GB, Soares CN, Steiner M. Piloting the perinatal obsessive-compulsive scale (POCS): Development and validation. *J Anxiety Disord*. 2011 Dec;25(8):1079-84.
188. Labad J, Alonso P, Segalas C, Real E, Jimenez S, Bueno B, et al. Distinct correlates of hoarding and cleaning symptom dimensions in relation to onset of obsessive-compulsive disorder at menarche or the perinatal period. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Feb;13(1):75-81.
189. Hudak R, Wisner KL. Diagnosis and treatment of postpartum obsessions and compulsions that involve infant harm. *Am J Psychiatry*. 2012 Apr;169(4):360-3.
190. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005 Jan;162(1):151-61.
191. Rosa-Alcazar AI, Sanchez-Meca J, Gomez-Conesa A, Marin-Martinez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2008 Dec;28(8):1310-25.
192. Timpano KR, Abramowitz JS, Mahaffey BL, Mitchell MA, Schmidt NB. Efficacy of a prevention program for postpartum obsessive-compulsive symptoms. *J Psychiatr Res*. 2011 Nov;45(11):1511-7.
193. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. epidemiology and etiology. *Schizophr Res*. 2008 Jul;102(1-3):1-18.

194. Viguera AC, Baldessarini RJ, Hegarty JD, van Kammen DP, Tohen M. Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Jan;54(1):49-55.
195. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006 May;15(4):352-68.
196. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: A systematic review. *BJOG*. 2010 Apr;117(5):540-50.
197. Yaeger D, Smith HG, Altshuler LL. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia during pregnancy and the postpartum. *Am J Psychiatry*. 2006 Dec;163(12):2064-70.
198. Robinson GE. Treatment of schizophrenia in pregnancy and postpartum. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2012;19(3):e380-6.
199. Matevosyan NR. Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: A meta-study. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Feb;283(2):141-7.
200. Seeman MV. Intervention to prevent child custody loss in mothers with schizophrenia. *Schizophr Res Treatment*. 2012;2012:796763.
201. Wehby GL, Prater K, McCarthy AM, Castilla EE, Murray JC. The impact of maternal smoking during pregnancy on early child neurodevelopment. *J Hum Cap*. 2011 Summer;5(2):207-54.
202. Petersen Z, Steyn K, Everett-Murphy K, Emmelin M. Pregnant women's responses to a tailored smoking cessation intervention: Turning hopelessness into competence. *Glob Health Action*. 2010 Dec 14;3:10.3402/gha.v3i0.5379.
203. Shah A, Christopherson R. Prenatal care for women with schizophrenia. *Curr Womens Health Rev*. 2010;6:28-33.
204. Ranning A, Nordentoft M. Out-of-home placement of children with parents suffering from severe psychiatric disorder: A danish nationwide register-based cohort study (to be published).
205. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet*. 2001 May 19;357(9268):1565-70.

206. Lin HC, Chen YH, Lee HC. Prenatal care and adverse pregnancy outcomes among women with schizophrenia: A nationwide population-based study in taiwan. *J Clin Psychiatry*. 2009 Sep;70(9):1297-303.
207. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health*. 2007 Sep 27;7:268.
208. Solari H, Dickson KE, Miller L. Understanding and treating women with schizophrenia during pregnancy and postpartum--motherisk update 2008. *Can J Clin Pharmacol*. 2009 Winter;16(1):e23-32.
209. Schwarze CE, Mobascher A, Pallasch B, Hoppe G, Kurz M, Hellhammer DH, et al. Prenatal adversity: A risk factor in borderline personality disorder? *Psychol Med*. 2013 Jun;43(6):1279-91.
210. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord*. 2004 Jun;18(3):226-39.
211. Paris J. Borderline personality disorder. *CMAJ*. 2005 Jun 7;172(12):1579-83.
212. Paris J. Personality disorders over time. Washington: American Psychiatric Press; 2003.
213. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Ruther E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res*. 2005 Apr 15;134(2):169-79.
214. Drug treatment for borderline personality disorder [Internet].: Cochrane Summaries; 2010. Available from: <http://summaries.cochrane.org/CD005653/drug-treatment-for-borderline-personality-disorder>.
215. Psychological therapies for borderline personality disorder [Internet].: Cochrane Summaries; 2013. Available from: <http://summaries.cochrane.org/CD005652/psychological-therapies-for-borderline-personality-disorder>.
216. Rinne T, van den Brink W, Wouters L, van Dyck R. SSRI treatment of borderline personality disorder: A randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2002 Dec;159(12):2048-54.
217. De Genna NM, Feske U, Larkby C, Angiolieri T, Gold MA. Pregnancies, abortions, and births among women with and without borderline personality disorder. *Womens Health Issues*. 2012 Jul-Aug;22(4):e371-7.

218. Biskin RS, Paris J. Management of borderline personality disorder. CMAJ. 2012 Nov 20;184(17):1897-902.

219. Markin RD. Mentalization-based psychotherapy interventions with mothers-to-be. Psychotherapy (Chic). 2013 Sep;50(3):360-5.