

Mor og barn i risiko

når psykiske vansker, rus og andre belastninger forstyrrer svangerskap og småbarnstid

FRIDA-jordmødrene

ROGALAND | En del av
A-SENTER | Kirkens Bymisjon



Det psykologiske svangerskapet

Kvinneres psykiske utvikling og modning fra barndom fram til første svangerskap innebærer en vedvarende frigjøringsprosess. Vi frigjør oss fra avhengighet, uselvstendighet og manglende kontroll over eget liv.

Proessen fram mot det å bli mor er en bevegelse i helt motsatt retning. Vi gir fra oss kontroll, får økt behov for støtte og omsorg og går inn i en dyp avhengighetstilstand i forhold til barnet og andre som står oss nær.



Utfordrer dette dagens kvinner mer enn det gjorde før?

- Vi er vant til å klare oss selv
- Vi lever travle og krevende liv
- Vi bor ofte langt unna foreldre, annen familie og venner
- Vi har høye krav til oss selv
- Vi har mange kilder til å danne oss forestillinger om vellykkethet, det gode liv, det å være en sprek og opplagt blivende mamma og en super mor - det er mange å sammenligne seg med
- Er det blitt mer – ikke mindre – tabu å streve med psykiske belastninger, et vanskelig parforhold, rusproblemer og dårlige sosioøkonomiske forhold?



I svangerskapet

- Går vi inn i det ukjente, psyken reorganiseres og vi blir «tynnhudet»
- Blir vi minnet på vår hjelpeløshet og vår dødelighet samtidig som vi opplever livets største under
- Samtidig med at sterke følelser velter fram opplever vi at mange av våre gamle strategier og mestringsmåter kommer til kort ift det livet som nå venter
- Plutselig kjenner vi ikke oss selv igjen, og mange blir utrygge
- Evnen til selvkontroll og til å takle ordinære utfordringer – så viktig i vårt moderne samfunn - glipper



Dette er normale opplevelser



Som har betydning for den psykologiske utviklingen - den personlige veksten - i svangerskapet. Graviditeten og de første månedene som mor er en fase som gir store muligheter for «mental trening».

Vi trener på å tåle å miste fotfestet, være i ubalanse, kjenne på uro og overveldelse.

Vi trener på å romme oss selv, og dermed også på å romme og akseptere barnet og alt barnet vekker i oss.



Noen strever mer enn andre - hvem bør radaren rettes mot, hvem bør tilbys ekstra god hjelp og støtte?

- Gravide som lever i stressende livssituasjoner
- Gravide som ikke knytter seg til barnet
- Gravide med psykiske lidelser
- Gravide med rusvansker



Hvem lever med stress?



Det kommer an på:

- Hjernens fungering
 - Terskel for «fyring» av stress-systemet
 - Tiden det tar før det autonome nervesystem og utskillelse av stresshormoner er tilbake til normalt nivå
- Evne til selvberoligelse (indre regulering)
- Og på tilgang til trøst, hjelp og støtte (reguleringshjelp utenfra)



Hvordan påvirker kvinnens stress det ufødte barnet?

- De viktigste delene av HPA-systemet i barnehjernen er utviklet allerede **30 dager** etter unnfangelse
- Høyt stressnivå hindrer danning av kortikosteroide reseptorer i barnehjernen
- Stress i svangerskapet viser sammenhenger til mindre hodeomkrets, mindre grå substans og et vanskeligere temperament hos barnet etter fødsel
- Angst og stress i 3.trimester viser sammenheng med adferdsvansker og følelsesmessige vansker hos barn opp til 4 års alder
- Høyt og/eller langvarig stress hos små barn påvirker evnen til hukommelse og innlæring



Hvordan påvirker stress omsorgsevne?

- Psykiske belastninger og/eller høyt indre stressnivå gjør det vanskelig å være sensitivt tilstede i relasjoner. Energien går innover i stedet for utover
- Barneskrik eller -gråt har en lydfrekvens som fra naturens side er ment å alarmere omsorgsgiver og utløse adferd som nedregulerer barnets emosjoner eller fysiske smerte
- En stresset /stressbar mamma kan overreagere, føle at stresssystemet overbelastes, streve med evnen til å roe seg selv, trekke seg unna og overlate barnet alene - eller forsøke å ta kontroll (over gråten) med pågående, skremmende adferd



Hva kan en gjøre?

- Tilby hyppigere samtaler
- Tematisere og trygge ift fødselsangst og annen uro
- Informere om hvordan stress kan påvirke barnet i magen
- Komme med innspill, vise til andres måter å løse dette på, foreslå sykemelding
- Tilby samtaler med barnefar til stede
- Informere om kurstilbud:
avspenningsteknikker,
mindfulness, yoga, pusteteknikk



Når den gravide ikke knytter seg til barnet:

Mulige varselsignaler

- Kvinnen viser lite ønske om å få kunnskap om det ufødte barnet
- Viser lite glede over kontakt med barnet i magen eller tanker om samspill med barnet etter fødsel
- Virker å ha lite oppmerksomhet på å beskytte barnet og ivareta dets behov; kosthold, svangerskapskontroller, nikotinbruk, rusmiddelbruk, fysisk aktivitet, hvile og ro
- Viser ingen bekymring over muligheten for å miste barnet eller over at noe ikke er som det skal
- Setter egne behov og impulser foran hensynet til barnet (bruk av penger, valg av nabolag, konflikter med familie)



Hva har vist seg å kunne ha effekt?

- Spørre om barnets søvn- og bevegelsesmønster
- Stille spørsmål som vekker nysgjerrighet og interesse for barnet (hvem er hun som person tror du, lytter hun til oss nå, hvordan blir det å møte henne, hva ville du ha sagt til henne nå om du kunne, hva tror du hun hadde svart, har hun et kallenavn, etc?)
- Informere om hvor barnet er i utvikling og kompetanse
- Kan det tilbys ekstra u-lydundersøkelser for å fremme tilknytningen? Se spesielt etter:
 - » Barnets utseende og bevegelsesmønster
 - » Barnets utforsking av sansene
 - » Barnets respons på stimulering
- For noen kan det å tegne barnet eller skrive brev til barnet styrke tilknytningen, andre kan ha glede av å skrive (svangerskaps)dagbok



Psykiske lidelser i graviditet

Mange typer tilstander

Hyppigst: angst og depresjoner

Mest belastende for barnet:
alvorlige personlighetsforstyrrelser



Angst og fødselsdepresjoner

- Forekomst: mellom 10 og 20 %. Ofte blandede tilstander
- 1/3-del av fødselsdepresjonene starter i svangerskapet
- Det er vist at prenatalt utløst depresjon predikerer søvnevansker, uro, irritabilitet og stressbarhet hos nyfødte og fram til barnet er 3,5 år. Det samme er ikke tilfellet for postnatalt utløst depresjon
- Fødselsdepresjoner som starter i graviditet bedres sjelden spontant etter fødsel



Fødselsdepresjoner forts:

Vanlige depressive symptomer, men den gravide kan i tillegg:

- Føle seg overveldet ved tanken på barnet og dets behov
- Føle seg fanget, redd og panikkslagen
- Føle seg alene og ute av stand til å snakke om hva hun opplever
- Være redd for å kunne skade babyen
- Være redd for å skade seg selv

Jo mindre engasjert barnefar er i graviditeten, jo større risiko for depresjon og stress hos kvinnen



Videoanalyser av mor-barnsamspill viser at:

Deprimerte mødre

- Ser på, berører og prater mindre med barnet
- Responderer langsommere og mindre kontingent på barnets signaler
- Har færre positive og flere negative ansiktsuttrykk i møte med barnet
- Har en tendens til å oppfatte barnet mer negativt
- Veksler mellom å være for påtrengende og for tilbaketrukket i kontakt
- Er oftere uforutsigbare i væremåte og reaksjoner når de er sammen med barnet

(Vibeke Moe 2012)



Personlighetsvansker

- Mennesker med personlighetsvansker eller personlighetsforstyrrelser (PF) preges av måter å tenke, føle, reagere og handle på som er klart annerledes enn blant folk flest i samme kultur.
- PF kommer til uttrykk gjennom uvanlige eller urimelige reaksjoner og adferd innen et stort spekter av personlige og sosiale situasjoner.
- Vanskene viser seg gjerne gjennom:
 - Mellommenneskelige problemer
 - Negativ selvopfatning
 - Manglende styring av egen adferd
 - Sviktende mentaliseringsevne



Flere former for personlighetsvansker

- Det antas at 13% av befolkningen lider av en eller flere PF. Forekomsten er høyere i enkelte undergrupper, som blant mennesker med andre psykiske lidelser, kriminelle og rusavhengige
- Hyppigst forekommende:
 - Unnvikende PF. Hemmet i sosiale relasjoner og i følelsesuttrykk, lav selvfølelse, rigide tankemønstre, høy grad av kontroll
- Mest utfordrende:
 - Emosjonelt ustabil PF. Lite hemmet i sosiale relasjoner og følelsesuttrykk, manglende stabilitet i humør, planer, relasjoner, indre tomhet, sinneutbrudd, rus og selvskade



	Forekomst av PF		
	Oslo befolkning (n= 2053) (Torgersen 2009)	Klinisk utvalg (n=751) Norsk Nettverk (Kvarstein et al 2013)	
PF kategorier	%	%	% single PD
Schizotypal	1.5	1	0
Schizoid	2.5	3	0
Paranoid	5	16	2
Antisosial	0.5	2	0
Narsissistisk	1.5	4	0
Emosjonelt ustabil	0.5	36	14
Histrionisk	4	4	0
Unnvikende	6.5	42	17
Tvangspreget	2.5	12	1
Avhengig	2.5	19	1



Hva kan antyde personlighetsproblematikk?

- **Angstlidelser** som ikke responderer på hjelp og støtte
- **Depresjoner** som virker kroniske
- **Rusproblemer**
- Der det stadig blir vanskelig i **behandlingsrelasjonen**:
 - Sterke følelser, krav og press fra alle kanter
 - Pasienter en ikke klarer å avslutte/tilbyr mye mer
 - Der det er «så veldig mye»
 - Der mye ikke blir nok



Barn av foreldre med PF

- Studier av barn av foreldre med ulike former for psykiske vansker viser at barn av foreldre med PF kommer dårligst ut
- Barn av foreldre med emosjonelt ustabil PF har det vanskeligst. Som ungdommer har de flere og større emosjonelle problemer enn de andre, og svært lav selvfølelse
- Emosjonelt ustabil PF kjennetegnes av impulsivitet, intense følelser, veksling mellom å idealisere og devaluere andre, aggressive utbrudd i upassende sammenhenger, liten tiltro til andre, sterke humørsvingninger
- Som foreldre kan de ha en pågående, invaderende og kontrollerende omsorgstil
- En omsorgstil som fremmer desorganisert tilknytning hos barnet



Vanskelige å fange opp:

- Mennesker med personlighetsforstyrrelser søker ofte ikke hjelp
- Det er klare sammenhenger mellom PF hos foreldre og psykiske vansker hos barn i førskolealder. Risikoen øker betydelig dersom ikke de biologiske foreldre lever sammen.
- Det er lite kunnskap om hvordan PF påvirker omsorgsevne, samspill og tilknytning i barneverntjenesten, den kommunale helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Barna blir derfor ofte store og utvikler alvorlige problemer før vanskene fanges opp.
- Det er forbudt å slå barn – men hva med den emosjonelle mishandlingen?

T.S.Berg-Nielsen (2010)



Gravide med rusproblemer

- Ca 60 000 fødsler i Norge pr år. Ca 6000 i Rogaland
- Livstidsforekomst for alkohol- og/eller stoffavhengighet antas å være mellom 10 – 20% i Norge, og å være økende
- Her- og nåforekomst antas å være mellom 5 – 10%, og økende
- Det er de yngre og de godt voksne aldersgruppene som drikker mest
- Kvinner er i ferd med å utvikle et drikkemønster som er mer likt menns: oftere, sterkere og i større volumer



Siste estimat FASD: 2,4% - 4,8%
(oktober 2014)

PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Prevalence and Characteristics of Fetal Alcohol Spectrum Disorders

Philip A. May, Amy Baete, Jaymi Russo, Amy J. Elliott, Jason Blankenship, Wendy O. Kalberg, David Buckley, Marita Brooks, Julie Hasken, Omar Abdul-Rahman, Margaret P. Adam, Luther K. Robinson, Melanie Manning and H. Eugene Hoyme

Pediatrics, originally published online October 27, 2014;

DOI: 10.1542/peds.2013-3319



Viktige forskningsfunn:

Nyere forskning kan tyde på at et fullverdig kosthold - i tillegg til tilskudd av peptider eller andre stoffer som beskytter nervevevet – til en viss grad kan redusere skadene på barnets hjerne når kvinnen bruker alkohol i svangerskapet

Rottestudier viser også at omega-3 fettsyrer, vitamin D og kolin-tilførsel etter fødsel svekker de negative effektene av alkoholeksponering i fosterlivet på rotteungenes hjerne (og adferd) i betydelig grad

<http://www.arcr.niaaa.nih.gov/arcr/arcr371/article07.htm>



Røyking i svangerskapet:

- 8 % røyker i første del av svangerskapet
- Ca 50% fortsetter å røyke
- CO binder seg til hemoglobin og blokkerer transport av O₂
- Nikotinet får blodårene i morkaken til å trekke seg sammen
- Redusert hjernevolum (pga færre nevroner?)
- Redusert corpus callosum pga færre fibre
- Økt forekomst av ADHD, lærevansker, forsinket språkutvikling, redusert visuelt minne



Mentalisering

- Mentalisering handler om å forestille seg mentale tilstander i seg selv og andre, og å forstå adferd som meningsfulle uttrykk for disse mentale tilstandene (tanker, følelser, behov, intensjoner)
- Evnen til å forstå seg selv og andre er grunnlaget for god regulering av følelser
- God regulering av følelser henger sammen med god psykisk helse

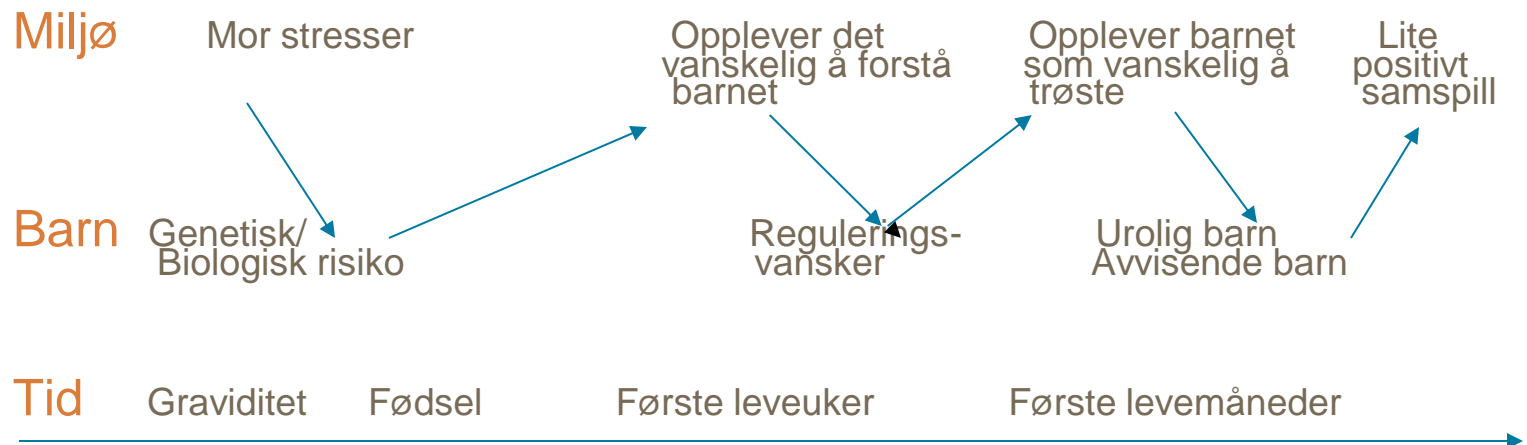


Tidlig samspill

- Sensitivt og godt inntonet samspill oppstår vanligvis spontant og flyter godt
- Men når det ikke skjer, er følgene alvorlige:
 - Barnet lærer seg ikke å gjenkjenne og sette navn på sine følelser
 - Barnet lærer seg ikke å skille mellom følelser det selv har og følelser hos den andre
- Risiko-omsorg:
 - Hovedproblemet ligger ofte i at den voksne mistolker barnets signaler
 - Unnlater å tenke på hva barnet ønsker/vil/trenger
- Slik at den voksnes respons ikke «treffer mål»



Et sårbart barn møter et ikke-kompenserende omsorgsmiljø (Sameroff's transaksjonsmodell):



Generasjonsoverføringer av tilknytningsmønstre



- Det er klare sammenhenger mellom mors tilknytningsforhold som barn, og det tilknytningsmønster barnet utvikler til henne.
- Tilknytningsmønsteret har vist seg å være en av de mest robuste prediktorene for barnets videre utvikling
- Uforutsigbare, påtrengende, lite sensitive og/eller manglende svar på barnets signaler gir grunnlag for usikker eller desorganisert tilknytning
- Det er ikke mors omsorgserfaringer i seg selv som skaper vansker i samspillet, men mangelen på bearbeidelse av disse
- Evne til mentalisering spiller en nøkkelrolle i overføringen av tilknytningsmønstre fra en generasjon til den neste



Sviktende evne til mentalisering; mulige tegn i graviditet:

- Kvinnen gjenkjenner eller tolererer ikke ulike, ofte motsetningsfylte, tanker og følelser knyttet til svangerskapet
- Kvinnen tenker ikke på barnet som et eget individ, heller ikke på slutten av graviditeten
- Kvinnen ser ikke, eller ønsker ikke se, sin egen betydning for barnet
- Kvinnen ser ikke/ønsker ikke å anerkjenne betydningen barnet har for henne
- Følelser, tanker og forestillinger om barnet aktiveres i liten grad i svangerskapet
- Følelser og tanker rundt svangerskap, barnet og det å bli mor er hovedsakelig negative
- Minner, følelser og tanker om egen mor er idealiserte, svart-hvite, klisjefylte og mangler tydelige fortellinger/eksempler



Den tidlige omsorgen:

Ikke bare kinn mot kinn, men sinn mot sinn



Stress, psykiske lidelser, rusmiddelbruk og manglende tilknytning til barnet i graviditet – finnes det fellesfaktorer i oppveksten?

ACE-studien (Adverse Childhood Experiences):

-18.000 deltakere i USA

-besvarte spørreskjema om negative oppvekstforhold: vanskjøtsel, mishandling, vold i hjemmet, rusmisbruk hos foreldre, psykisk sykdom hos foreldre, tidlig tap av foreldre og kriminalitet hos foreldre

Funn:

Forekomst av psykisk, fysisk og/eller seksuell mishandling: **22%**

Forekomst av: rusmisbruk hos foreldre: **26%**

psykiske lidelser hos foreldre: **19%**

vold mot mor: **13%**

(Felitti & Anda 2005)

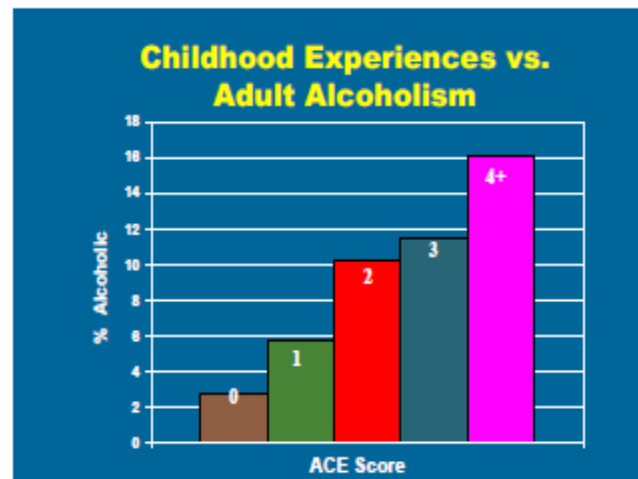
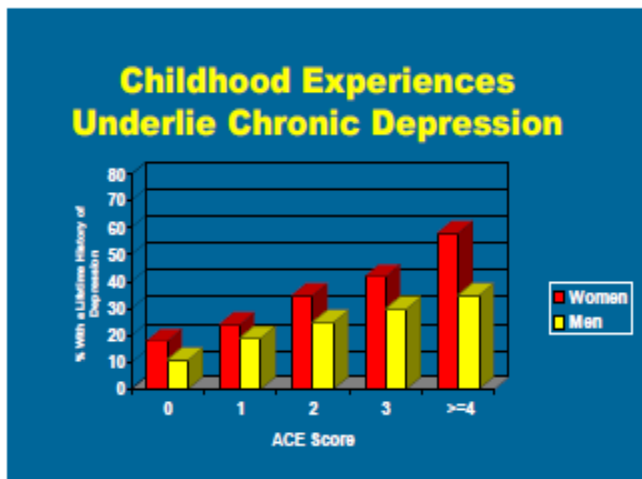
Annette Bjelland/Rogaland A-senter



ACE-skårer hos deltakerne:

- 0: 48%
- 1: 25%
- 2: 13%
- 3: 7%
- 4 eller fler: 7%

Over halvparten hadde opplevd minst en stor påkjenning eller langvarige negative oppl. i oppveksten



Spør vi om hva gravide selv har opplevd som barn?



Bygger vi opp om rosenrøde forestillinger?

- Vi forbinder gjerne graviditet med lykke, håp og forventning, og møter gravide på det
- Men vi må ikke glemme å invitere til samtaler om den andre siden: ambivalens, redsel og følelsen av overveldelse



Implikasjoner for hjelpetiltak

- Spør om psykiske belastninger. Nå? Tidligere?
- Spør om følelser av stress, oppjagethet, indre uro
- Spør om hvordan en har det - og fungerer - i relasjoner til viktige andre
- Spør om rus, røyking og vanedannende medikamenter
- Gravide trenger kunnskap om at det kan være uheldig for barnet om de stresser, og oppfordres til å ta vare på seg selv
- Partnere må få vite det samme, og oppfordres til å ha omsorg for den gravide



Hva ønsker vi for mammaene vi møter og barna de venter?





Takk for meg!

