

## Kapittel 30 Mental helse i svangerskapet

Thorbjørn Brook Steen (uxtoee@ous-hf.no)  
Malin Eberhard-Gran  
Hedvig Nordeng  
Hilde Nerum  
Sandra Lyng

### Anbefalinger

Vi *anbefaler* at kvinner med psykisk sykdom tilbys prekonsepsjonell veiledning. (III)

Vi *anbefaler* individuell barselspleie for kvinner med kjent bipolaritet og psykotiske lidelser, med tilrettelegning for søvn og hvile. (IV)

Vi *foreslår* at kvinners utsatthet for vold og tidligere seksuelle overgrep bør undersøkes i svangerskapet grunnet sammenhenger mellom plager og komplikasjoner under graviditet og fødsel. (IV)

Vi *anbefaler* at ikke-medikamentell behandling (samtaletterapi, kognitiv terapi osv.) er førstelinjebehandling ved psykisk sykdom av mild til moderat alvorlighetsgrad. (III)

Vi *anbefaler* følgende med hensyn til medikamentell behandling:

- Vi *anbefaler* at faste psykofarmaka ikke seponeres uten at behandlende lege (psykiater/fastlege) konsulteres. (III)
- Vi *anbefaler* at legemiddelbehandling bør alltid kombineres med ikke-farmakologisk behandling (samtalebehandling, psykososiale intervensjoner, familieterapi etc.). (III)
- Vi *anbefaler* at kvinner med alvorlig psykisk sykdom som står på legemidler når de blir gravide fortsetter med det etter grundig risiko-nytte vurdering. (III)
- Vi *anbefaler* at gravide med alvorlig psykisk sykdom i svangerskapet og med tidligere god respons på legemidler, tilbys behandling med legemidler etter grundig risiko-nytte vurdering. (III)
- Bytte fra et psykofarmaka til et annet kan imidlertid være problematisk. Vi *foreslår* at hvis kvinnen har alvorlig psykisk sykdom og allerede er gravid, bør et slikt bytte frarådes. (III)
- Vi *anbefaler* at valg av farmakoterapi bør gjøres ut ifra sikkerhetsprofil i svangerskapet og evt. tidligere god respons. (III)
- Vi *foreslår* ved bruk av antidepressiva, antipsykotika eller lamotrigin anbefales det monitorering av serumkonsentrasjon pga. farmakokinetiske endringer i løpet av svangerskapet. (III)
- Vi *anbefaler* at nyfødte som har blitt eksponert for psykofarmaka tett opp mot fødsel observeres for perinatale komplikasjoner, særlig respirasjonsvansker. (III)
- Vi *anbefaler* at kvinner som bruker psykofarmaka kan i de aller fleste tilfellene amme. (III)

### Søkestrategi

Pyramidesøk Mc Master plus, UpToDate, PubMed, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Royal College of Obstetricians & Gynecologists (RCOG). Anbefalingene bygger i stor grad på observasjonsstudier.

Søkeord for app versjonen: Depresjon, angst, tokofobi, psykose, barselpsykose, bipolar lidelse, ECT, spiseforstyrrelse, overgrep, antidepressiva

## **Depresjon**

### **Definisjon**

Begrepet fødselsdepresjon (perinatal depresjon) innebærer at en depresjon inntreffer i svangerskapet eller etter fødselen (1-3). Fødselsdepresjon er en sekkebetegnelse for en rekke ulike typer depressive tilstander som krever ulik tilnærming. En depresjon som oppstår i denne perioden kategoriseres på samme måte som depresjoner som oppstår på andre tidspunkter. En perinatal depresjon må ikke forveksles med barseltårer. Barseltårer eller «baby blues» er en forbigående følelsesmessig labilitet som oppstår første uken etter en fødsel.

### **Forekomst**

Ifølge internasjonale tall forekommer depressive symptomer hos omtrent hver tiende kvinne i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode (2,4,5). Omtrent 1/3 av alle perinatale depresjoner starter under svangerskapet. I Norge bruker ca. 1.5 % av alle gravide antidepressiva i løpet av svangerskapet (6). Dette tilsvarer ca. 900 svangerskap årlig.

### **Risikofaktorer**

En depresjon oppstår gjerne når summen av belastninger overstiger mestringsressursene. Faktorer som kan spille inn er tidligere psykiske problemer, søvnmangel, negative livshendelser, dårlig partnerforhold, manglende sosial støtte og rus-problematikk (2,3,5).

### **Konsekvenser**

Depresjon under svangerskapet og i tiden etter fødsel bør behandles fordi ubehandlet eller inadekvat behandlet psykisk sykdom i seg selv er forbundet med økt risiko for komplikasjoner hos både mor og barn (2,3). Blant annet øker risikoen for dårlig oppfølging av svangerskapskontroller, dårlig ernæringstilstand, bruk av alkohol og/eller andre skadelige stoffer og selvdestruktiv adferd. Det foreligger også økt risiko for eksempel for preeklampsi og spontanabort. For barnet øker blant annet risiko for prematuritet og lav fødselsvekt. Alvorlig depresjon postpartum er også vist å kunne ha negativ innvirkning på mor-barnrelasjonen og barnets kognitive og sosioemosjonelle utvikling. Deprimerte gravide som seponerer antidepressiva har økt risiko for tilbakefall sammenlignet med gravide kvinner som fortsetter med farmakoterapi (2,3).

### **Diagnostikk**

Relevante kartleggingsinstrumenter er EPDS-skalaen (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (validert for norske forhold) (5) og MADRS-skalaen (Montgomery And Åsberg Depression Rating Scale). Som ved diagnostikk av depresjoner generelt må det først vurderes om kvinnen har en depressiv sykdom og deretter fastslå hvilken type depresjon det dreier seg om.

### **Behandling**

Depresjon under graviditet og i barseltid behandles som andre depresjoner (2,3). De fleste kliniske retningslinjer anbefaler at kvinner med alvorlig depresjon som planlegger graviditet eller som allerede er gravide, kan starte med eller fortsette å bruke antidepressive legemidler (2).

## **Angstlidelser**

### **Definisjon**

Når flere ulike symptomer (kriterier) er tilstede med en viss varighet, har kvinnen en angstlidelse ifølge vanlige diagnostiske systemer. Angsten er da av en slik alvorlighetsgrad at den fører til store innskrenkninger i pasientens liv, eller gir funksjonsnedsettelse. Grovt sett finnes 5 hovedtyper av angstlidelser; generalisert angstlidelse, panikklidelse, fobier, posttraumatisk stresslidelse og tvangslidelser.

### **Forekomst**

Forekomsten av angstlidelser under svangerskap og barselperiode er antatt å være omtrent lik forekomsten i den generelle populasjonen (7,8); det vil si at omtrent hver tiende gravid kvinne har en angstlidelse. Forekomsten av angstsymptomer er derimot høyere under svangerskapet enn i andre livsfaser (9). Generalisert angst blir ofte noe verre under graviditet (10). Det samme gjelder for tvangslidelser, hvor symptomene kan bli særlig uttalte i barselperioden (8).

### **Tokofobi**

I senere år har det vært mye fokus på en spesifikk fobi knyttet til selve fødselen, så kalt tokofobi (ekstrem frykt for fødselen). Noen kvinner oppgir at en slik frykt alltid har vært der, mens andre relaterer frykten til en tidligere traumatisk hendelse. Det å føle frykt og uro før en fødsel er normalt, men for noen blir frykten så altoverskyggende at hverdagen blir ødelagt. Noen av disse kvinnene kan da se keisersnitt som eneste løsningen (11). I følge skandinaviske tall har mellom 6 og 10% av alle gravide en uttalt frykt for å føde (12). Disse tallene inkluderer imidlertid også kvinner som ikke oppfyller de diagnostiske kriteriene for en fobisk frykt, hvilket tilsier at forekomsten av tokofobi er mye lavere.

### **Risikofaktorer**

De fleste angstlidelser er ikke direkte koblet til svangerskap og fødsel, men noe kvinnen har strevd med tidligere i livet også. De store fysiske og psykiske endringene i denne livsfasen kan imidlertid medføre en forverring. Svangerskap og fødsel vil også kunne reaktivere tidligere traumer, som dødfødsler, komplikasjoner i forbindelse med fødsel/barnet eller andre traumatiske hendelser (for eksempel fysiske, psykiske eller seksuelle overgrep). En svært negativ fødselsopplevelse vil også kunne bidra til angstutvikling i forbindelse med fremtidige svangerskap eller unngåelse av ny graviditet. Rundt en tredel av alle kvinner opplever det å føde som traumatisk, og mellom 3-6 % utvikler symptomer på posttraumatisk stress etter fødselen (13).

### **Konsekvenser**

Metaanalyser vedrørende sammenheng mellom prenatale angstsymptomer og utfall hos fosteret viser enten ingen eller veldig små sammenhenger (14). Det må imidlertid sies at kunnskapsgrunlaget fortsatt er svært begrenset. Det er dokumentert at kvinner med perinatal angst mer sjelden søker helsehjelp enn de som strever med depresjon (15). Alvorlig angst er koblet til økt medikamentbruk og økt risiko for keisersnitt (11,14). Mødre med alvorlig angst ammer ofte mindre enn de som ikke har angst og kan ha problemer med å

knytte seg til barnet (16), særlig de som lider av tvangstanker (14). Det forekommer også at en angsttilstand kan føre til sykkelig bekymring for barnet.

### **Diagnostikk**

Det finnes ikke noe spesifikt diagnostisk hjelpemiddel for å avdekke angstlidelser under svangerskapet, ettersom den ikke skiller seg kvalitativt fra angst i andre livsfaser. For å identifisere og måle grad av fødselsfrykt kan man imidlertid benytte måleinstrumentet «Fear of Birth Scale» (17).

### **Behandling**

De fleste angstlidelser skal behandles som i andre faser av livet, men ikke-farmakologiske metoder er viktigere nå enn ellers. Kognitiv adferdsterapi, eller annen egnet samtaleterapi, er anbefalt som førstelinjehandling ved de fleste moderate tilstander (2). Slik behandling bør gis av psykolog eller psykiater med spesialkompetanse på psykisk helse i perinatalperioden. Kvinner med ekstrem angst for fødselen (tokofobi) bør tilbys mulighet til samtaler og ekstra oppfølging av jordmor eller fødselslege med kunnskap om psykisk helse i denne livsfasen. Etter fødselen bør mor og barn følges opp i et tverrfaglig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å være klar over at ubehandlet angst kan utløse en depresjon.

## **Bipolar lidelse**

### **Definisjon**

Bipolar lidelse er en samlebetegnelse på psykiske vansker karakterisert av unormalt kraftige variasjoner i humør, energi og aktivitetsnivå. Dette er en alvorlig psykiatrisk lidelse som preges av perioder med depresjon og andre perioder med oppstemthet, mani. Hyppigheten av slike episoder varierer fra pasient til pasient, og det vil også avhenge av om pasienten står på medikamentell behandling eller ei. Mange lever godt med en bipolar lidelse med rett behandling og egen innsats. Definisjon og kategorisering er den samme under svangerskap som under andre livsfaser (18).

### **Forekomst**

Bipolar lidelse forekommer hos 1-2 % av befolkningen. Det er derfor ikke uvanlig at kvinner med bipolar lidelse blir gravide. Risikoen for debut eller forverring av allerede eksisterende bipolar sykdom er høy i forbindelse med perinatalperioden, særlig første tiden etter fødselen (20). Førstegangsmødre med bipolar sykdom har mer enn 20 ganger så høy risiko for innleggelse i sykehus første måneden etter forløsningen sammenlignet med andre tidspunkter (21).

### **Postpartumpsykose**

Begrepet «postpartumpsykose» brukes ofte om en psykose som oppstår i kjølvannet av en fødsel. En psykose er imidlertid ikke én bestemt lidelse eller sykdom, men et tegn eller symptom som kan kalles en forvirringstilstand der vedkommende ikke kan skille mellom fantasi og virkelighet. Postpartumpsykose forekommer ved 1-2 av 1000 barnefødsler (19), og de fleste av disse tilfellene oppfattes som ledd i en bipolar lidelse. I postpartumperioden kan en psykose også oppstå hos kvinner som ikke har en sykdomshistorie som skulle tilsa at de er i risikozonen.

## **Risikofaktorer**

Mellom 25-50 % av kvinner med kjent bipolar lidelse utvikler en psykose i barselperioden dersom forebyggende legemiddelbehandling settes ut (22). Risikoen er særlig høy dersom utsettelse skjer brått. Risikoen for affektiv episode (ikke psykotisk) er også kraftig økt. Søvnmangel er en velkjent «trigger». Mangel på søvn og ro på barselavdelingen kan derfor øke risikoen for tilbakefall betraktelig (23). Andre kjente risikoforhold er stress, uregelmessig livsføring, alkohol og rusbruk.

## **Konsekvenser**

En ubehandlet bipolar lidelse i forbindelse med svangerskap og fødsel medfører betydelig risiko for utbrudd av psykose og andre stemningsepisoder. En barselpsykose er en potensielt livstruende tilstand som setter både mor og barn i fare. Suicidale impulser (selvmordstanker) er ikke uvanlige, og aggressive impulser rettet mot barnet forekommer (18).

## **Diagnostikk**

Ved mani eller psykose kommer symptomene plutselig og er vanligvis svært påfallende. Tidlige tegn kan være rastløshet, agitasjon, irritabilitet og søvnløshet. En depressiv episode kan lett mistolkes som vanlig (unipolar) depresjon. Å stille riktig diagnose er viktig fordi antidepressiv behandling til en bipolar pasient kan i noen tilfeller fremkalle en manisk episode.

## **Behandling**

Kvinner med bipolar lidelse trenger god oppfølging i svangerskapet, hvor individuelt tilpassede tiltak og behandling er viktig for å forebygge sykdomsepisoder postpartum (2,24). Dette krever et nært samarbeid mellom fødeavdelingen og psykiater/ psykologspesialist. Medikamentell behandling er som oftest nødvendig for å unngå en psykotisk episode (25,26)). Ved psykosegjennombrudd eller mani må kvinnen som regel legges inn for utredning og behandling av psykiater. Spesielt må man være oppmerksom på mulig selvmordsrisiko og – i ytterste konsekvens – risiko for barnet. Ved svært alvorlige tilstander kan elektrokonvulsiv terapi (ECT) være en effektiv behandling i barselperioden. Under svangerskapet er derimot ECT forbundet med relativt høy risiko for fosteret og bør kun benyttes som siste utvei (27). Det er viktig å respektere hvis kvinnen velger å ikke amme fordi hun ønsker å sikre søvn og hvile.

## **Kroniske psykoselidelser**

### **Definisjon**

Kroniske psykoselidelser omfatter blant annet schizofreni, schizoaffektiv lidelse og vrangforstillingslidelse. Disse lidelsene er vanligvis langvarige og svært alvorlige sykdommer, men forløp og intensitet kan variere fra individ til individ.

### **Forekomst**

Kroniske psykoselidelser forekommer hos cirka 0,5-1 % i befolkningen. Forekomsten av psykosesykdom blant gravide er ikke kjent, men antakelig lavere enn i den generelle befolkningen fordi kvinner med disse sykdommene føder noe færre barn enn

gjennomsnittet (28). Som gruppe er kvinner med kronisk psykoselidelse mer alene, har i mindre grad stabile partnere, er mer utsatt for seksuelle overgrep, har mindre kunnskaper om seksuell risikoatferd og er derfor mer utsatt for ikke-planlagte svangerskap (29).

### **Risikofaktorer**

Opptil to tredeler av kvinner med schizofreni vil få et tilbakefall i barselperioden hvis behandling med antipsykotika avbrytes (29).

### **Konsekvenser**

Gravide med schizofreni har omtrent 3 ganger så høy risiko for å få diabetes, høyt blodtrykk og blodpropp (metabole bivirkninger grunnet antipsykotika) sammenlignet med kvinner som ikke har denne sykdommen. De har også økt risiko for placentaløsning, sepsis, keisersnitt og barna deres fødes oftere for tidlig (30). I tillegg, har de cirka 5 ganger så høy risiko for å dø i selvmord eller ulykker i løpet av første året postpartum sammenlignet med ikke-schizofrene mødre (30).

### **Diagnostikk**

Ettersom psykoselidelser kan føre til alvorlige konsekvenser for både moren og fosteret/barnet er det viktig å identifisere disse pasientene tidlig.

### **Behandling:**

Gravide kvinner med en kronisk psykoselidelse utgjør en liten men svært sårbar gruppe. Disse kvinnene skal håndteres i tett samarbeid med psykiatrien og de trenger kontinuerlig oppfølging av faste fagpersoner gjennom hele svangerskapet (2). Det er viktig å formidle informasjon om hva som skjer i kroppen i løpet av svangerskapet, hvordan en fødsel skjer, hvordan og hvor svangerskapskontroller foregår, og hvordan tilværelsen må planlegges etter fødselen. Forløsningsmetode bør diskuteres i god tid før fødselen.

## **Spiseforstyrrelser**

### **Definisjon**

Mens ICD-10 omtaler hovedgruppene anorexia nervosa og bulimia nervosa har DSM-5 også med overspisingslidelser som en egendefinert kategori. Grovt sett kan man si at når en persons tanker og atferd om mat, kropp og vekt tar så stor plass at det går utover livskvalitet og mulighetene til å leve et vanlig liv, har vedkommende en spiseforstyrrelse (31).

### **Forekomst**

Ifølge skandinaviske tall er 3-5 % av alle gravide og 7-13% av nybakte mødre i risikozonen for å ha en alvorlig spiseforstyrrelse (32,33). Anoreksi forekommer noe mindre hyppig blant gravide enn ikke-gravide fordi sykdommen i seg selv gir redusert fruktbarhet (2). Bulimia påvirker ikke fruktbarheten i like stor grad. I motsetning til overspisingslidelse, er det uvanlig at anoreksi og bulimia debuterer i forbindelse med svangerskap. Kvinner med anoreksi har økt risiko for ikke planlagte svangerskap (34).

### **Risikofaktorer**

I svangerskapet er det stort fokus på mat, både på hva man får og hva man ikke får spise. Den gravide mister kontrollen over kroppen, noe som kan trigge i gang tankemønstre hos kvinner som har, eller har hatt en spiseforstyrrelse (35).

## **Konsekvenser**

For mange - spesielt kvinner med bulimi – er graviditeten en god periode (36). De kroppslige endringene som skjer i forbindelse med graviditet kan allikevel oppleves utfordrende (37). For noen blir svangerskapet bruddet med spiseforstyrrelsen, mens andre kan oppleve å falle tilbake til symptomer, særlig etter at barnet er født (35). Dårlig vektoppgang ved minst to måletilfeller i andre trimester er ofte et varseltegn. Andre varseltegn kan være hyperemesis gravidarum, dårlig tannemalje, elektrolytt forstyrrelser (særlig lavt kalium) eller angst- og depresjonssymptomer (36). Gravide med spiseforstyrrelser har økt risiko for spontanabort og prematur fødsel. Kvinner med anoreksi har flere graviditets- og fødselskomplikasjoner og barna deres har økt risiko for lav fødselsvekt og lav APGAR skåre (36). Nybakte mødre med en spiseforstyrrelse har høyere risiko for fødselsdepresjon og oftere ammeproblemer (38,39).

## **Diagnostikk**

Ettersom spiseforstyrrelser under graviditet kan føre til alvorlige konsekvenser er det viktig å identifisere disse pasientene tidlig. Svært lav kroppsmasse-indeks kan være en indikasjon på anoreksi, men disse pasientene har en tendens til å skjule sykdommen. Ved mistanke om sykdom bør man spørre den gravide om hennes forhold til mat, kropp og frykt for vektoppgang.

## **Behandling**

Gravide kvinner med spiseforstyrrelser bør følges opp i samråd med ernæringsfysiolog samt psykiater/psykolog. Ved kraftig undervekt bør S-Fe, B12, elektrolytter, folat og kalium måles. Kvinnen bør forberedes på de kroppslige forandringer et svangerskap medfører. Fostrets vekst bør vurderes fortløpende (2). Det er også viktig å være oppmerksom på vanlige komorbide tilstander som angst/depresjon, rusmisbruk og personlighetsforstyrrelser. Alvorlig senket stemningsleie kan medføre suicidrisiko. Nybakte mødre med spiseforstyrrelser bør følges nøye opp med hensyn til amming og ernæring av barnet.

## **Seksuelle overgrep**

### **Definisjon**

Seksuelle overgrep benevnes når noen utsettes for eller trekkes inn i seksuelle handlinger mot sin vilje. Det innbefatter seksuell utnyttelse av barn, voldtekt og mishandling. Voldtekt benevnes som det mest alvorlige og voldelige. Seksuell krenking kan skje også i andre former, som blotting, kinking, verbal eller elektronisk trakassering eller som trusler om vold.

### **Forekomst**

Forekomsttall av seksuelle overgrep er vanskelig å tallfeste grunnet kulturelle forskjeller, kompleksiteten i overgrepens karakter, ulike definisjoner og underrapportering. I følge norske tall oppgir 33% av kvinner å ha vært utsatt for noen form for seksuelle overgrep i løpet av livet, av disse oppgir 9,4 % å ha blitt utsatt for voldtekt (40). I MorBarn undersøkelsen oppgav 18,4 % å ha vært utsatt for seksuell vold i løpet av livet. Av disse oppgav 3,6 % å ha vært utsatt for voldtekt (41).

## Konsekvenser

Svangerskap og fødsel kan være en svært sårbar periode, der kroppslige forandringer kan gi påminnelser og andre helseproblemer som kvinnen har etter overgrep kan forsterkes. For noen kan svangerskapet eller fødselen aktivere tidligere overgrep for første gang.

Gravide som har vært utsatt for overgrep benytter seg i større grad av helsetjenester, rapporterer høyere grad av vanlige svangerskapsplager, det gjøres flere ultralydundersøkelser, flere innleggelser grunnet ekstrem svangerskapskvalme, smerteproblemer eller for tidlig rier. De har en høyere risiko for å få satt fødselen i gang, blødning etter fødsel og fødselen blir oftere avsluttet operativt ved hjelp av vakuumpompe eller keisersnitt (42-45). Studier og anekdotisk litteratur viser at uavhengig av fødemåte vil reaktivering av tidligere traumer kunne forekomme under fødselen (46)

## Medisinering

### Antidepressiva

#### **SSRI (selektive serotonin-reopptakshemmere)**

Data fra over 30 000 gravide i Norden som brukte SSRI eller venlafaksin i første trimester tyder ikke på økt risiko for strukturelle misdannelser (47). Flere studier viser noe kortere gestasjonsvarighet og noe lavere fødselsvekt hos barn av mødre med antidepressivabruk i svangerskapet, men forskjellene er små (gjennomsnittlig mindre enn 1 uke/ 100 gram forskjell) (48). Bruk av antidepressiva gir ikke økt risiko for blødninger i svangerskapet i forhold til andre kvinner (49). Bruk av SSRI sent i graviditeten er assosiert med en noe økt risiko for vedvarende pulmonal hypertensjon hos den nyfødte (absolutt risiko: 1-2 av 1000 eksponerte) (50). Bruk av SSRI tett opp mot fødsel gir økt risiko for perinatale komplikasjoner (irritabilitet, hypertensjon, dieproblemer) (absolutt risiko: 20-30% av de eksponerte) (48). Studier som har undersøkt risiko langtidseffekter (ADHD, autisme) hos barn eksponert for SSRIer *in utero* er heterogene, og konfunderende faktorer (arv, livsstil, ol) spiller trolig større rolle enn legemidlene (51).

#### **SNRI(Serotonin-noradrenalinreopptakshemmere)**

Det foreligger mindre dokumentasjon på sikkerhet av SNRIer (f.eks. venlafaksin (Effexor depot®), duloxetin (Cymbalta®)) i svangerskapet enn for andre antidepressiva. Derfor anbefales vanligvis andre antidepressiva til gravide som førstevalg.

#### **TCA (trisykliske antidepressiva)**

Hovedparten av studier har ikke vist økt risiko for strukturelle misdannelser eller psykomotoriske og kognitive utviklingsforstyrrelser. Behandling med TCA i tredje trimester gir økt risiko for forbigående neonatale symptomer (respirasjonsproblemer, kramper, irritabilitet og tremor):

## Stemningsstabiliserende

### **Lamotrigin (Lamictal®)/Antiepileptika**

Flere antiepileptika brukes som stemningstabiliserende legemidler (lamotrigin, karbamazepin, valproat). Karbamazepin og valproat skal ikke brukes til denne indikasjonen hos gravide pga. risiko for fosterskade (se kapittel ...). Det er ikke påvist økt risiko for hverken fosterskade eller langtidseffekter av lamotrigin i doser opp til 400 mg daglig (51). Lamotrigin (Lamictal®) betraktes derfor som førstevalg blant antiepileptika til gravide kvinner med bipolare lidelser (52). Store individuelle farmakokinetiske forskjeller i løpet av



svangerskapet tilsier behov for jevnlig monitorering av serumkonsentrasjonen av dette legemidlet i svangerskapet (se kapittel ...).

### **Litium**

Litium har tradisjonelt blitt betraktet som kardiotoxisk, med spesielt økt risiko for Ebstein's anomali. I dag vurderes den absolutte risikoen for Ebstein's anomali etter første trimester eksponering for litium er lav (0,5-1: 1000, sammenlignet med 1: 20.000 i befolkningen) (53). Litium bør være reservert for tilfeller der andre psykofarmaka med gunstigere risikoprofil er uegnet. Kvinner som bruker litium i svangerskapet, kan tilbys en tidlig ultralydsundersøkelse for å utelukke mulige føtale hjertefeil. Nyfødte bør overvåkes for tegn på nevromuskulære bivirkninger første uke postpartum (ekstrapyrimidale bivirkninger).

### **Antipsykotika**

Antipsykotika foreskrives til 1% av alle gravide kvinner (6), hovedsakelig for bipolar lidelse og schizofreni. Første generasjons antipsykotika (haldol (Haldol®), perfenazin (Trilafon®), zuklopentiksol (Cisordinol®), klorprotiksen Truxal®), levomepromazin (Nozinan®), er kjent for å gi menstruasjonsforstyrrelser og nedsatt libido (reduisert fertilitet grunnet blokkering av D2-reseptorer med påfølgende økning av prolaktin-nivåer). Andre generasjons antipsykotika (for eksempel aripiprazol (Abilify®), olanzapin (Zyprexa®), risperidon (Risperdal®), har derimot metabolske bivirkninger som kan øke risikoen for kraftig vektøkning under graviditet, svangerskapsdiabetes (særlig olanzapin) og preeklampsi. Hovedparten av studier har ikke vist øker risiko for strukturelle misdannelser, selv om det foreligger mindre data for den nyeste atypiske antipsykotika. Bruk av antipsykotika tett opp mot fødselen kan gi økt risiko for ekstrapyrimidale bivirkninger hos nyfødte. De fleste retningslinjer advarer mot seponering eller dosereduksjon for å unngå risiko for tilbakefall, og å overvåke nyfødte for mulige perinatale komplikasjoner.

### **Benzodiazepiner og z-hypnotika**

Benzodiazepiner brukes av omlag 2% av gravide i Norge (6). Kortvarig, sporadisk bruk kan være nødvendig ved sterk angst og uro i svangerskapet. Samlet kunnskapsgrunnlag gir ikke grunnlag for å mistenke økt risiko for fosterskade. Benzodiazepiner kan gi perinatale komplikasjoner hos nyfødte som hypotoni, respirasjonsvansker, irritabilitet og sugeproblemer ved gjentatt bruk i tredje trimester tett opp mot fødselen.

### **Amming**

Antidepressiva: Kvinner som bruker antidepressiva kan amme i de aller fleste tilfellene. Lavest overgang til morsmelk er rapportert for sertralín (Zoloft®). Fluoxetin (Fontex®) er ikke førstevalg til ammende pga. relativt høy overgang i morsmelk, lang halveringstid (inkludert aktiv metabolitt norfluoxetin) og enkelte rapporter om bivirkninger hos barnet. I de tilfellene hvor bivirkninger (irritabilitet, sedasjon) har vært rapportert, har barnet som regel også vært eksponert for legemidlet før fødsel og vært under to måneder (umoden nyre- og leverfunksjon).

Lamotrigin: Det anbefales forsiktighet med bruk av lamotrigin ved amming pga. moderat til høy overgang til morsmelk, og enkelte bivirkningsrapporter hos diebarn.

*Litium:* Amming frarådes ved bruk av litium på høy overgang til morsmelk.

Antipsykotika: Risiko for påvirkning av barnet er liten ved terapeutiske doser antipsykotika. Ved høye doser eller langvarig bruk anbefales tilbakeholdenhet med amming pga. fare for legemiddeleffekter hos barnet. Når mors dose er høy, kan blandingsernæring bli aktuelt. Redusert antall amninger og amming på tidspunkter med lav konsentrasjon i melken, kan redusere barnets legemiddeleksponeering. Antipsykotika kan øke melkeproduksjonen ved å øke prolaktinnivået.

Benzodiazepiner og z-hypnotika (zopiclon, zolpidem): Kvinner som har behov for sporadisk bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika i lave doser kan i de fleste tilfeller fortsette å amme. Kvinnen bør informeres om å observere barnet for sedasjon og endret adferd.

For informasjon om de enkelte virkestoffene i ammeperioden, se referansene 54 og kapittel 3.

## **Oppfølging i svangerskapet**

Kvinner med psykisk sykdom trenger tett oppfølging under svangerskapet, fødsel og i barselperioden. Det bør etterstrebtes en tverrfaglig oppfølging, med obstetrikker, jordmor, fastlege og psykolog eller psykiater. Så godt det lar seg gjøre bør det legges opp en plan både for fødsel og barselstid. Der hvor det er behov kan den gravide vurderes for innleggelse for behandling eller avlastning. Det skal da vurderes om det bør være på psykiatrisk avdeling eller en antenatal avdeling ut ifra symptomer og planlagt behandling.

Noen kvinner vil kunne trenge lengre liggetid på sykehuset etter fødsel, både for vurdering av mors psykiske tilstand og for observasjon av barnet med tanke på eventuelle reaksjoner. Ved mistanke eller risiko for perinatal depresjon bør kvinnen henvises til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), eventuelt kommunepsykologer eller forebyggende helseteam avhengig av hvilken kommune kvinnen bor i.

## **Pasientinformasjon**

Som gravid med psykisk sykdom er det viktig at du tar kontakt med fastlegen, psykologen eller psykiateren din på et så tidlig tidspunkt som mulig. Dersom det er mulig bør du faktisk ha en samtale allerede før du blir gravid. Hvis du bruker medisiner skal du fortsette med dem til du har snakket med psykiateren eller fastlegen din. Da kan det hende at de endrer medisinene dine eller starter deg på nye.

Under graviditeten er det lurt å følges opp både av primærhelsetjenesten og eventuelt en psykiater eller psykolog, dersom du allerede går til en. I tillegg bør de henvise deg på et tidlig tidspunkt til fødeavdelingen din. Der vil jordmødrene og legene jobbe med å tilrettelegge graviditeten, fødselen og barselstiden din på bakgrunn av dine behov og eventuelle plager.

På barselavdelingen vil det vurderes om du trenger å ligge på enerom og få avlastning den første tiden. Der vil også barnet observeres spesielt hvis du har brukt medisiner under graviditeten. Kvinner som bruker antidepressiva og de fleste andre medisiner for psykisk sykdom kan amme.

## Referanser

1. Slinning K, Eberhard-Gran M. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE clinical guideline 192. Last updated April 2018. [www.nice.org.uk/guidance/cg192](http://www.nice.org.uk/guidance/cg192). (søkedato 21.04.2019).
3. Vigod SN, Wilson CA, Howard LM. Depression in pregnancy. *BMJ*. 2016; 352: i1547.
4. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017; 219: 86-92.
5. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S: Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106: 426-433.
6. Engeland A, Bjørge T, Klungøy K, Hjellvik V, Skurtveit S, Furu K. Trends in prescription drug use during pregnancy and postpartum in Norway, 2005 to 2015. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2018; 27: 995-1004.
7. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch General Psychiatry* 2008, 65: 805-15.
8. Osnes RS, Roaldset JO, Follestad T, Eberhard-Gran M. Insomnia late in pregnancy is associated with perinatal anxiety: A longitudinal cohort study. *J Affect Disord* 2019, 248: 155-65.
9. 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; 80: 65-73.
10. Buist A, Gotman N, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *J Affect Disord* 2011; 131: 277-83.
11. Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 2006; 113: 638-46.
12. Størksen HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth and its association with anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 237-242.
13. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16: 1-10.
14. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384:1800-19.
15. Wollhouse H, Brown S, Krastev A, Perlen S, Gunn J. Seeking help for anxiety and depression after childbirth: results of the Maternal Health Study. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12: 980-85.
16. Garthus-Niegel S, Horsch A, Ayers S, Junge-Hoffmeister J, Weidner K, Eberhard-Gran M. The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: A longitudinal population-based study. *Birth* 2017; 45: 193-201.
17. Haines H et al Identifying women who are afraid of giving birth: A comparison of the fear of birth scale with the WDEQ-A in a large Australian cohort. *Sex Reprod Health* 2015, 6: 204-10.
18. Cohen LS, Nonacs RM, red. Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum.I: Oldham JM, Riba MB, red. *Review of Psychiatry Series*. Bd. 24, no. 4. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 2005.
19. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662-73.
20. Pope CJ, Sharma V, Mazmanian D. Bipolar disorder in the postpartum period: management strategies and future directions. *Womens Health (Lond)* 2014; 10: 359-71.

21. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296: 2582-9.
22. Jones I, Craddock N. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results from a family study. *Am J Psychiatr* 2001; 158: 913-7.
23. Bilszta JL, Meyer D, Buist AE. Bipolar affective disorder in the postnatal period: investigating the role of sleep. *Bipolar Disord* 2010; 12: 568-78.
24. Anke T, Slinning K, Skjelstad DV. «What if I get ill?» perinatal concerns and preparations in primi- and multiparous women with bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord* 2019; 7:7.
25. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Remnick A, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1817-24.
26. Berle JØ, Solberg DK, Spigset O. Behandling av bipolar lidelse under svangerskap og etter fødsel. *Tidssk Nor Legefor* 2011; 2: 126-9.
27. Leiknes KA, Cooke MJ, Jarosch-von Schweder L, Harboe I, Høie B. Electroconvulsive therapy during pregnancy: a systematic review of case studies. *Arch Wom Ment Health* 2015; 18: 1-39.
28. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard L. Bipolar, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet* 2014; 384: 1789-1799.
29. Miller LJ. Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr Bull* 1997; 23: 623-35.
30. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis CL, et al. Maternal and newborn outcomes among women with schizophrenia: a retrospective population-based cohort study. *BJOG* 2014; 121: 566-74.
31. Skårderud F. Sterk-Svak. Håndboken om spiseforstyrrelser. Oslo: Aschehoug & Co, 2000.
32. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P. 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; 37: 1109-1118.
33. Pettersson CB, Zandian M, Clinton D. Eating disorder symptoms pre- and postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2016; 19: 675-80.
34. Bulik CM, Hoffmann ER, von Holle A et al. Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 1136.
35. Knoph C, von Holle A, Zerwas S, et al. Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *Int J Eat Disord*. 2013; 46:355-68.
36. Crow SJ. Eating disorders in pregnancy. Last updated June 2018. [www.uptodate.com/contents/eating-disorders-in-pregnancy](http://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-in-pregnancy) (søkedato 15.2.2019).
37. Swann RA, von Holle A, Torgersen L et al. Attitudes toward weight gain during pregnancy; results from the Norwegian mother and child cohort study MoBa. *Int J Eat Disord* 2009; 42:394.
38. Mazzeo Se, Slof-Op't MC, Landt IR. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord* 2006; 39:202-211.
39. Torgersen L, Ystrøm E, Haugen M et al. Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. *Matern Child Nutr* 2010; 6:243.
40. Thoresen S, Hjemdal OK, Myhre M, Holth I, Wentzel-Larsen T. Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress 2014;1.
41. Henriksen L, Schei B, Vangen S, Lukasse M. Sexual violence and mode of delivery: a population-based cohort study. *BJOG* 2014; 121:1237-44.
42. Nerum H, Halvorsen L, Straume B, Sørli T, Øian P. Different labour outcomes in primiparous women that have been subjected to childhood sexual abuse or rape in adulthood: a case-control study in a clinical cohort. *BJOG* 2013; 120: 487-95.

43. Henriksen L, Vangen S, Schei B, Lukasse M. Sexual violence and antenatal hospitalization. *Birth* 2013; 40: 281-8.
44. Gisladdottir A, Luque-Fernandez MA, Harlow BL, *et al.* Obstetric outcomes of mothers previously exposed to sexual violence. *PloS One* 2016; 11: e0150726.
45. Nerum H, Halvorsen L, Øian P, Sørli T, Straume B, Blix E. Birth outcomes in primiparous women who were raped as adults: a matched controlled study. *BJOG* 2010; 117: 288-94.
46. Halvorsen L, Nerum H, Oian P, Sørli T. Giving birth with rape in one's past: a qualitative study. *Birth* 2013; 40: 182-91
47. Furu K, Kieler H, Haglund B, Engeland A, Selmer R, Stephansson O, Valdimarsdottir UA, Zoega H, Artama M, Gissler M, Malm H, Nørgaard M. Selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine in early pregnancy and risk of birth defects: population based cohort study and sibling design. *BMJ* 2015; 350:h1798.
48. Ross LE, Grigoriadis S, Mamisashvili L, *et al.* Selected pregnancy and delivery outcomes after exposure to antidepressant medication: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 436-43.
49. Lupattelli A, Spigset O, Koren G, Nordeng H. Risk of vaginal bleeding and postpartum hemorrhage after use of antidepressants in pregnancy: a study from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *J Clin Psychopharmacol* 2014; 34:143-8.
50. Huybrechts KF, Bateman BT, Palmsten K, Desai RJ, Paterno E, Gopalakrishnan C, Levin R, Mogun H, Hernandez-Diaz S. Antidepressant use late in pregnancy and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *JAMA* 2015; 313: 2142-51.
51. Morales DR, Slattery J, Evans S, Kurz X. Antidepressant use during pregnancy and risk of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: systematic review of observational studies and methodological considerations. *BMC Med* 2018; 16: 6.
52. Retningslinjer for behandling av kvinner med epilepsi, Den norske legeforening, 2018. <https://legeforeningen.no/PageFiles/26911/Retningslinjer%20for%20behandling%20av%20kvinner%20med%20epilepsi%202018.pdf> (søkedato: 21.02.2019).
53. Poels EMP, Bijma HH, Galbally M, Bergink V. Lithium during pregnancy and after delivery: a review. *Int J Bipolar Disord* 2018; 6: 26.
54. Nordeng H, Sortvik Nilssen L. G8. Amming og legemidler. *Norsk Legemiddelhåndbok*. Rosness T (red). 2019. [www.legemiddelhandboka.no/#G8#Amming\\_og\\_legemidler](http://www.legemiddelhandboka.no/#G8#Amming_og_legemidler).