FAG

Spiseforstyrrelser, graviditet og mulige påvirkninger på fosteret.

KLINISK SPESIALIST I PSYKIATRISK SYKEPLEIE
SISSEL KASPERSEN, OVERLEGE ØYVIND RØ, PH.D.

SAMMENDRAG

Denne artikkelen vil belyse problemer gravide med spiseforstyrrelser kan få i svangerskapet og mulige konsekvenser spiseforstyrrelser kan ha på fosteret. I tillegg vil det bli beskrevet hvordan helsepersonell kan bidra i forhold til disse kvinnene og barna deres i denne svært sårbare og utfordrende epoken i livet. Grunnlaget for artikkelen er hentet fra artikler og bøker om emnet og flere års klinisk erfaring i behandling av gravide og mødre med hovedsakelig diagnosene anoreksi og bulimi ved Modum Bad.

BAKGRUNN

I diagnosesystemet for mentale lidelser til American Psychiatric Association "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) som brukes i forskning er det tre ulike diagnoser på spiseforstyrrelser. Anoreksi (AN) kjennetegnes ved BMI 17,5 eller lavere, intens frykt for vektoppgang, selvvurderingen urimelig påvirket av kroppsvekt og kroppsform eller benekter alvoret i den lave kroppsvekt. Bulimi (BN) kjennetegnes ved gjentatte episoder med overspising og overdreven opptatthet av kontroll over kroppsvekt, gjentatt uhensiktsmessig kompensatorisk atferd som skal hindre vektøkning, som selvfremkalte brekninger, misbruk av avføringsmidler, diuretika, klyster eller andre midler, faste eller overdreven fysisk aktivitet, selvvurderingen er sterkt preget av kroppsform og vekt. Uspesifisert spiseforstyrrelse (EDNOS) ligner anoreksi og bulimi, men oppfyller ikke alle kravene til disse diagnosene. Pasienter med alvorlig tvangsspisingslidelse kommer inn i denne kategorien. Det er små forskjeller mellom DSM-IV og diagnosesystemet International Classification of Diseases versjon 10 (ICD-10) som brukes i Norge. Forekomsten av de ulike spiseforstyrrelsene varierer noe i ulike studier, men fordeler seg omtrent slik blant unge kvinner: Anoreksi 0,3 %, Bulimi 1,0 % og Uspesifisert spiseforstyrrelse 3 % (1).

Det er viktig å skille mellom spiseproblemer og spiseforstyrrelser. Personer som sliter med spiseforstyrrelser har en betydelig nedsatt funksjonsevne i hverdagen som følge av spiseforstyrrelser, de kan også periodevis være i alvorlig somatisk fare. Spiseproblemer medfører ikke samme somatiske risiko og påvirker ikke hverdagen i samme betydelige grad.

Personer med alvorlig undervekt har en synlig lidelse, men de fleste med spiseforstyrrelser er tilnærmet normalvektige og kan skjule sine vansker i mange år.

Tendensen ser ut til å være at flere debuterer med spiseforstyrrelser i voksen alder. Det finnes ingen klare tall på hvor mange med spiseforstyrrelser som blir gravide og hvor mange som gjennomgår et fullbyrdet svangerskap. Det meste av kunnskapen om graviditet og spiseforstyrrelser kommer primært fra klinisk praksis og de fleste studiene som er gjort er retrospektive studier.

METODE

Metoden som er benyttet i denne artikkelen er mange års klinisk erfaring med gravide og mødre med spiseforstyrrelser og relevante internasjonale artikler. Det er ikke benyttet systematiske søk.

Vansker i svangerskap og fødsel hos kvinner med spiseforstyrrelser

Kvinner som tidligere har hatt spiseforstyrrelser, men som har vært symptomfrie over lengre periode er utsatt for å få en oppblomstring av symptomene i forbindelse med svangerskap og fødsel (2). Erfaringene fra pasienter med pågående spiseforstyrrelser og ulike undersøkelser viser at de aller fleste gravide med spiseforstyrrelser opplever symptomlette under svangerskapet (3). Gravide som strever med

spiseforstyrrelser i svangerskapet fanges i liten grad opp av helsevesenet, problemet er mest sannsynlig større enn det tallene viser (4). Det kan være flere årsaker til at de ikke fanges opp. Hovedsakelig fordi helsepersonell ikke tar opp temaet. De færreste med spiseforstyrrelser informerer om sykdommen og symptomene sine før de blir spurt. Mødrene er opptatt av å gi barnet best mulige vekstvilkår. Det at symptomene for de aller fleste reduseres i forbindelse med graviditet kan gi håp om at sykdommen er på retur, dette kan bidra til at lidelsen ikke tematiseres. Frykten for eventuelle skader de kan påføre fosteret kan ytterligere forsterke skam og skyld og øke angsten. I en nylig norsk doktoravhandling kom det fram hvordan mødre med spiseforstyrrelser strever med skyld og skam (5). Skam er følelsen som i stor grad fører til taushet.

Forteller den gravide at hun har en spiseforstyrrelse er dette en stor tillitserklæring. Det er viktig å spørre henne hvordan spiseforstyrrelsen påvirker henne i forhold til de kroppslige endringene som skjer i forbindelse med graviditeten, vekt, ernæring og bekymring for fosteret og hvordan disse symptomene evt. preger forholdet til partner/barnefar.

På tross av symptomlette for de aller fleste i svangerskapet kan forløpet likevel variere mye og noen får alvorlig symptomøkning i svangerskapet. Kroppsmisnøye er et velkjent fenomen blant nesten alle som lider av spiseforstyrrelser. Noen beskriver at de skiller kroppen fra magen og at kroppen er noe de ikke kan bry seg om i denne perioden. Andre forsøker etter beste evne å kontrollere kroppens utvikling gjennom hele graviditeten ved hjelp av mat, trening, avføringsmidler, vanndrivende, oppkast og ulike slankemidler.

Flere strever i forhold til kroppen gjennom hele svangerskapet. Noen har vanskelig med å skille mellom følelsen av å være fet og være gravid. Denne første perioden i svangerskapet kan være svært utfordrende og kan føre til at de forsøker å kompensere for vektøkningen og kroppsendring ved for eksempel lavt energi inntak, økt treningsmengde og/eller intensitet og hyppigere oppkastepisoder.

Alle med spiseforstyrrelser strever på en eller annen måte med å ha et normalt matinntak og/eller spisemønster. De har dårlig regulert eller mistet normal sult og metthets følelse. De har ofte et ensidig og/eller et uregelmessig kosthold som kan påvirke fosterutviklingen. Noen kan ha en ekstrem kontroll på matinntaket, mens andre kan ha utviklet et uoversiktlig og kaotisk spisemønster. Noen drikker store mengder væske opptil mange liter pr. dag, mens andre nesten ikke drikker noe.

Veiing er for de fleste med spiseforstyrrelser vanskelig. Personer med spiseforstyrrelser tillegger ofte vekttallet svært stor betydning, om de har verdi som person eller om de har kontroll. Det å se at tallet stiger for hver veiing, i forhold til graviditetens utvikling, vil for mange med spiseforstyrrelser være en stor utfordring og kan skape angst og øke symptomene på spiseforstyrrelser, selv om de med fornuften vet at det er normalutvikling ved en graviditet. En del av de gravide som har spiseforstyrrelser vil med stor sannsynlighet øke mer i vekt i løpet av svangerskapet enn det som er anbefalt da de i utgangspunktet er i en under- og/eller feilernæringstilstand. Vektøkning i seg selv kan forsterke symptomene i forhold til spiseforstyrrelsen og hvis en da i tillegg øker mer i vekt enn det som er anbefalt, vil det ytterligere øke frykten. En del har urealistiske tanker om en betydelig vektøkning og noen har urealistiske tanker om umiddelbar vektreduksjon etter fødsel.

Motstand mot å veie seg kan føre til at de vegrer seg for å bli veid i svangerskapet. Hensynet til fosteret veier tungt for den gravide, og det er sannsynlig at hun vil akseptere å veie seg dersom hun blir forklart hvorfor dette er viktig for å følge fosterutviklingen. Lav vektøkning hos mor kan som kjent føre til komplikasjoner hos fosteret, som lav fødselsvekt, liten hodeomkrets og lav fødselsmodning (6).

Kvalme og oppkast - hyperemesis er vanlig tidlig i svangerskapet. Pasienter som strever med spiseforstyrrelser og da spesielt bulimi i svangerskapet vil ofte ha oppkastepisoder utover det som er normalen. Noen vil streve med det gjennom hele svangerskapet. Hyperemesis forekommer hyppigere hos kvinner med spiseforstyrrelser enn hos gravide generelt (2). Noen gravide med bulimisymptomer vil kunne ha hyppige overspisinger og oppkastepisoder gjennom hele svangerskapet. Andre kan oppleve svangerskapet som en friperiode der de kan kaste opp uten at det vekker bekymring i familien da det er et kjent symptom flere gravide har. Enkelte ganger må kvinner med spiseforstyrrelser som opplever en alvorlig økning av hyppigheten av oppkast innlegges i sykehus for å bryte denne atferden.

Fysisk aktivitet er viktig, også i svangerskapet. Overdreven fysisk aktiviteter er et av flere symptomer som pasienter med spiseforstyrrelser kan ha. Mange pasienter med spiseforstyrrelser registrerer ikke og/eller ignorerer kroppens signaler når det gjelder behov for hvile. I møte med gravide som er undervektig, >>>

>>> trener overdrevent eller tvangsmessig, er det grunn til å ha i tankene om dette kan være symptom på spiseforstyrrelser.

Noen av de som strever med spiseforstyrrelser bruker store mengder avføringsmiddel eller vanndrivende midler av ulike slag. I tillegg bør man være oppmerksom på eventuell bruk av nyere vektreduserende midler mot fedme, de skal ikke brukes ved graviditet med tanke på mulig påvirkning på fosteret.

National Guideline Clearingshouse som utarbeider veiledninger på vegne av statlige myndigheter i USA utgav i 2009 et forslag til kartlegging av gravide i forhold til spiseforstyrrelser (www.guideline.gov/).

Påvirkning på fosteret

Det er lite kunnskap om biologiske effekter på fosteret når mor har spiseforstyrrelser. En oversiktsartikkel fra 2009 har gjennomgått litteraturen om effekt på fosteret (7). I artikkelen oppgis det at ved anoreksi symptomer er det økt risiko for lav fødselsvekt, og prematur fødsel og ved bulimi symptomer økt risiko for abort og dødfødsel. Barn født av mødre med spiseforstyrrelse har i gjennomsnitt mindre hodeomkrets. Stress og ernæringstilstand under graviditeten kan ha innvirkning på fosterets utvikling. Prenatalt stress påvirker fødselsvekt, cardiovaskulære funksjoner, psykologiske og neurologiske faktorer samt kognitive funksjoner og gir økt tendens til prematur fødsel. Lavt energiinntak vil kunne påvirke fosterets hjerneutvikling og øker risikoen for neuropsykologiske skader. Lavt energiinntak fører til lavt proteinnivå og endret cortisolnivå, som påvirker fosteret og kan føre til lav fødselsvekt. Lavt folat og jern øker risikoen for lav graviditetsmodning. Pasienter med bulimi kan ha kraftige og plutselige svingninger i blodsukkernivået. Det kan gi økt risiko for svangerskapsdiabetes, som øker risikoen for fødselskomplikasjoner (7).

Spiseforstyrrelser postpartum

Flere studier viser at postpartum depresjon oppstår hyppigere hos kvinner som har eller har hatt spiseforstyrrelser. En studie viser til at 50% av de som hadde og 29% av de som tidligere hadde hatt spiseforstyrrelser rapporterte om postpartum depresjon mot 10 % i den øvrige populasjon (6). Flere studier viser at mødre med spiseforstyrrelser har tendens til å streve mer med amming (8), dette er også klinisk erfaring. De ammer i gjennomsnitt kortere enn normalen. Enkelte mødre med spiseforstyrrelser bruker ammingen som en metode for å gå raskt ned i vekt. Noen forteller at de ammet nesten kontinuerlig den første tiden for å få til en rask vektreduksjon. Denne måten å amme på er uhensiktsmessig både for mor og barn. Etter fødsel er det mye erfaring med at spiseforstyrrelsessymptomene kan komme tilbake eller øke betydelig. Fokus på kropp og vekt vil for mange øke etter gjennomført svangerskap. I tillegg medfører graviditet og fødsel kroppslige endringer som ikke går helt tilbake. Kroppsendringene kan medføre stor risiko for symptomøkning hos de som har eller har hatt spiseforstyrrelser. Mors eventuelle følelse av ikke å strekke til øker den negative selvevaluering.

Mange med langvarig alvorlig spiseforstyrrelser har ofte en sammensatt problematikk med andre psykiske tilleggslidelser. Noen av de vanligste tilleggslidelsene er rusproblemer, selvskading, depresjon, angst, tvangslidelser (OCD), ulike personlighetsforstyrrelser og post traumatisk stresslidelse (PTSD). Det er viktig å være klar over at flere pasienter med spiseforstyrrelser har opplevd seksuelle overgrep i barndom og oppvekst. Forhold rundt graviditet og fødsel kan på ulike måter reaktivere traumeminner som kan bidra til forverring av spiseforstyrrelser.

DISKUSJON

Gravide med spiseforstyrrelser er en gruppe det er vanskelig å identifisere. Det er mangel på kunnskap og erfaring blant helsepersonell om denne problematikken både når det gjelder den gravide og fosteret som begge er i en sårbar fase i livet. Det finnes ingen effektive rutiner for å identifisere problemene på et tidlig stadium i svangerskapet. Spesialisthelsetjenesten har relativt lite erfaring og begrenset med kunnskap om denne gruppen gravide og hvordan spiseforstyrrelser kan påvirke fosteret.

Det kan være vanskelig å skille mellom hyperemesis forbundet med graviditeten og bulimisymptomer som oppkast hos noen gravide med bulimi. Dialog med den gravide om tema vil være av betydning.

Erfaring med gravide som har vært til ultralyd i forbindelse med svangerskapet er at de ofte er uenig om termin satt ved ultralyd. De har ofte en formening om at de er kommet lenger i svangerskapet enn det ultralyden tilsier. Kan det tenkes at et foster som har vært utsatt for under- og/eller feilernæring ikke vil ha samme vekstutvikling allerede ved 17. til 19. svangerskapsuke som et foster med normal næringstilgang? Eller stemmer antagelsen om at fosteret tar til seg det som det trenger uavhengig av

mors ernæringstilstand.

Mye kan tyde på at gravide og mødre med spiseforstyrrelser er en voksende gruppe. Behandlingen for barn og unge med spiseforstyrrelser er blitt vesentlig mer effektiv i de senere år og resultatene er gode. Dette fører til at flere av dem blir fertile og blir gravide. I følge den store norske Mor Barn undersøkelsen er 50 % av graviditetene til kvinner med AN ikke planlagte graviditeter (9). I tillegg rapporteres det blant behandlere at det i de senere år er en betydelig økning i antall voksne kvinner som debuterer med spiseforstyrrelser i 30 og 40 års alder.

Fokus på amming som vektreduserende metode postpartum kan være med på å øke misnøyen med kropp og vekt og føre til økte symptomer på spiseforstyrrelser. Det kan føre til et uhensiktsmessig ammemønster som i mindre grad tar hensyn til den nyfødtes behov. Kanskje fokus når det gjelder amming i større grad bør vektlegge relasjonen mellom mor og den nyfødte framfor mors mulighet for vektreduksjon, det kan være med på å ta fokus bort fra mors kropp og over på det som for barnet er det viktigste og det er forholdet til omgivelsene. Økt oppmerksomhet på relasjonens betydning i svangerskapet og postpartum vil kunne bidra til å redusere risiko både hos mor og barn og kanskje redusere oppblomstring av symptomer på spiseforstyrrelser etter fødsel.

Gravide som sliter med spiseforstyrrelser setter stor pris på og er takknemmelig for å få drøftet tema med helsepersonell når de blir møtt med kunnskap, respekt, forståelse og toleranse. Dette er kvinner som ofte er ensomme, redde, bekymrede og føler skam og skyld. Særlig bør oppmerksomhet etter fødsel være på utvikling av postpartum depresjon. Kvinner med spiseforstyrrelser er kanskje den gruppen som kjenner seg mest ensomme da det er vanskelig for andre å forstå og identifisere seg med denne problematikken. Det er vi som helsepersonell som må sette tema på dagsorden og på den måten bidra til å bryte tabu.

KONKLUSJON

Det er viktig at helsepersonell blir i stand til å identifisere gravide med spiseforstyrrelser. Dette krever at jordmødre og leger har den kunnskap, de verktøy og den rutine som trengs for å gjøre denne jobben. Får en tanker om at den gravide kan streve med spiseforstyrrelser, bør en avtale ny oppfølging med fokus på spiseforstyrrelser og kartlegging i forhold til eventuelle symptomer.

Videre har disse kvinnene og barna deres, behov for at helsepersonell samarbeider og vet om hverandre. Kun på den måten blir vi i stand til å gi optimal støtte til både mor, barn og familie. Flere mødre vi har snakket med syns det er rart og vanskelig at de ulike helseaktørene de er i kontakt med ikke kommuniserer. Dette kan skape usikkerhet og kan bidra til å øke skyld, skam og ensomhet. Nært samarbeid mellom de ulike aktørene i helsevesenet og overføringssamtaler vil være nyttig for mor og barn.

Gravide og mødre med spiseforstyrrelser er en forholdsvis liten gruppe. Det gjør det vanskelig for helsepersonell å skaffe seg rutine på å møte problemet. Samtidig blir forskning på feltet problematisk på grunn av lavt antall som gjør det vanskelig å konkludere.

Økt oppmerksomhet på problematikken rundt graviditet, postpartum, fosterutvikling og oppfølging av barna over tid vil kunne bidra til mer kunnskap på feltet. Det trengs mer forskning. Dersom de ulike fagmiljøene, som møter disse kvinnene, som obstetrikk, gynekologi, pediatri, jordmortjenesten, helsesøstre og psykiatri, arbeidet sammen om forskningen ville det kunne gi viktig og verdifull kunnskap.
Denne gruppen gravide og barna deres er risikogrupper og mange av dem er i behov av tett oppfølging og god kommunikasjon fra helsevesenet over tid.

Referenser

(1) Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Curr Opin Psychiatry 2006 Jul;19(4):389-94.
(2) 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.
(3) Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MC, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. Int J Eat Disord 2006 Apr;39(3):202-11.
(4) Ward VB. Eating disorders in pregnancy. BMJ 2008 Jan 12;336(7635):93-6.
(5) Rortveit K, Astrom S, Severinsson E. The meaning of guilt and shame: a qualitative study of mothers who suffer from eating difficulties. Int J Ment Health Nurs 2010 Aug;19(4):231-9.
(6) Astrachan-Fletcher E, Veldhuis C, Lively N, Fowler C, Marcks B. The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care. J Womens Health (Larchmt) 2008 Mar;17(2):227-39.
(7) 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.
(8) Stapleton H, Fielder A, Kirkham M. Breast or bottle? Eating disordered childbearing women and infant-feeding decisions. Matern Child Nutr 2008 Apr;4(2):106-20.
(9) Bulik CM, Hoffman ER, Von HA, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. Obstet Gynecol 2010 Nov;116(5):1136-40.