

# Fødselssmertens psykologiske betydning

Fødselssmerten kan være en kilde til vækst for kvinden. Men den kan også tage magten fra hende og dermed forstyrre tilknytningen til barnet. Kvindens opfattelse af smerten afhænger af meget andet end smertens intensitet og styrke.

Af Mette Kold Jensen, psykolog m.fl.

Foto: Heidi Maxmilling

**S**merte er en subjektiv størrelse, der er altid genstand for en individuel fortolkning. Det har som konsekvens, at smerte ofte er svært at snakke om; vi kommer nemt til at fremstå som bedrevidende, hvis vi udtaler os om andres smerteoplevelse, når nu smerten ikke kan måles og vejes. Men da det er os jordemødre, der skal hjælpe kvinden igennem fødslen og tilbyde hende smertelindring/reflektere på hendes forespørgsel eller krav herom, bliver vi nødt til at have en eksplicit holdning til smerte.

Ifølge Nortvedt har smertens betydning for individet baggrund i dets egen vurdering af sin smerte. Smerte er som udgangspunkt negativ. En forudsætning for at smerte kan opfattes positivt er, at den kan afledes, omdefineres eller defineres ind i en større motivations-kontekst. Såfremt individet ved bevidst anstrengelse formår dette, kan smerten bidrage til noget værdifuldt (1).

Fødselssmerter kan således være værdifulde, hvis kvinden er motiveret for at opfatte smerterne positivt. Når kvinden ser smerterne, som nødvendige for at føde barnet, kan de opfattes positivt. Omvendt er det ikke muligt at "tvinge" kvinden til at omdefinere smerterne som

positive og brugbare i forhold til fødslen, hvis hun ikke selv er åben og motiveret herfor.

Hvad kunne tænkes at være positivt ved at opleve smerte? Nortvedt skriver, at smerten snævrer bevidsthedens og perceptionens fokus ind, og at den gør noget ved opfattelsen af tiden, rummet og relationen til andre. Tilværelsen bliver således reduceret til det at være i kroppen (2). Gennem smerten retter kvinden altså fokus mod kroppen, barnet og fødslen og forholder sig til, at hun er ved at føde.

## Det påvirker smerte

Det er nødvendigt, at vi ser fødselssmerter som del af den større helhed, som fødselsoplevelsen er. I hvilken grad er smertefortolkningen del af kvindens fødselsoplevelse? Waldenströms randomiserede undersøgelse af 1111 kvinder påpeger, at det er andre faktorer end smerte alene, der præger kvindens generelle oplevelse af fødslen. Undersøgelsen konkluderer, at fem faktorer påvirker fødselsoplevelsen:

Angst under fødslen påvirker oplevelsen i negativ retning. Det understreges, at der er forskel på angsten i graviditeten og den angst, der opleves i fødslen. De kvinder, der er angste for fødslen tidligt i graviditeten, får ikke nødvendigvis en dårlig fødselsoplevelse. Hvorimod hvis man oplever angst under selve

### Forfattere:

Artiklen er skrevet af Kirsten Haulrick Bech, Lene Laustsen, Tina Forsberg Bendtsen og Tina Andreasen Dahl, der er studerende ved jordemoderuddannelsen i Aalborg i samarbejde med Mette Kold Jensen, der underviser i psykologi på uddannelsen. Den tager udgangspunkt i en afsluttende opgave i fagene pædagogik/psykologi, som de studerende afslutter på uddannelsens tredje år.



fødslen, er der en signifikant øget risiko for at få en dårlig fødselsoplevelse.

Ikke smerten i sig selv, men fortolkningen af smerten er afgørende. Mange kvinder oplever den som "værst tænkelig", men de der oplever den som havende en funktion, oplever den som en positiv smerte.

Engagement/delagtighed og følelse af kontrol påvirker fødslen i positiv retning.

Paritet, altså det antal fødsler kvinden har bag sig, påvirker i positiv retning.

Støtte fra jordemoder – kvindens tillid til jordemoderens faglige kompetence, er en af de endog meget væsentlige faktorer for fødselsoplevelsen. Derudover er støtte fra mand/andre pårørende vigtigt.

Endelig nævnes andre faktorer som: Længde af fødsel, fødselsmiljø, forberedelse til fødslen. De fremstår dog som mindre vigtige end de fem punkter (3).

### **Fødslen – en potentiel kilde til vækst**

Fødslen kan blive en oplevelse, der beriger og forøger følelsen af styrke og kompetence, men også en erfaring, der kan føre til, at selvfølelsen sættes på en alvorlig prøve. Kvinden gennemgår forskellige bevidsthedstilstande gennem graviditet og fødsel, hvor hun bliver mere sensitiv og klar til at modtage sit barn. Winnicott kalder det PMP: Primary Maternal Preoccupation (4).

**Ønsket om at få effektiv smertelindring under fødslen er voksende. Det har betydet, at brugen af epiduralblokaden er steget markant på danske fødesteder de seneste år. Men efterspørgslen på blokaden herhjemme ligger stadig langt under øvrige nordiske landes brug af den effektive smertelindring.**

### **Fødselssmertens funktion**

I det følgende vil vi se på fødselssmertens betydning og funktion i et psykologisk perspektiv. Vores formål er at blive fagligt klædt på til at gå i dialog om de psykologiske faktorer, der har betydning for hvornår og hvorfor, det er hensigtsmæssigt at føde sit barn med smerte.

I slutningen af 70'erne / starten af 80'erne blev der lavet en del forskning, som viste nødvendigheden af, at kvinden får mulighed for at tage ansvar for og blive delagtig i fødslen. Denne forskning blev fundamental for de store ændringer, der er sket i fødselsrutinerne de sidste to årtier. Af essentielle undersøgelser kan bl.a. nævnes Lagerkrantz' fra midt 70'erne, hvor så mange som en tredjedel af alle fødende kvinder havde en meget negativ oplevelse af deres fødsel. De havde oplevet den som kaotisk og uden for deres bevidste kontrol og gav udtryk for følelser af uvirkelighed og følelser af at være udenfor. Det førte til skyldfølelse og resulterede i en afvisende indstilling til barnet i tiden efter fødslen (5).

Betyder den afvisende holdning til barnet lige efter fødslen noget på længere

sig? Grossman et al fandt i deres store amerikanske undersøgelse, at fødselskomplikationer stadig havde eftervirkninger i hvert fald et år efter fødslen (6).

En nyere meta-analyse af risikofaktorer med hensyn til fødselsdepression finder, at fødselskomplikationer i nogen grad er forbundet med øget risiko for post partum depression (7).

Bl.a. ovennævnte undersøgelser og "bonding" teorierne (Bowlby, Winnicott, Stern) har understreget betydningen af de første timers og døgnets kontakt for bindingen/tilknytningen mellem mor og barn. Kvaliteten af dette møde afgøres altså i væsentlig grad af fødselsoplevelsen. En kvinde, der har oplevet fødslen som en fiasko, er ikke åben for at møde sit barn umiddelbart efter. De før beskrevne følelser af uvirkelighed, kaos og mangel på deltagelse i processen kan gøre, at moderen kan have svært ved at opleve barnet. Medicinering kan påvirke modtageligheden for barnet, og det samme gælder smertefulde og langtrukne fødsler. Hormonale forandringer, bl.a. endorfiner som udløses under fødslen (når kvinden ikke får smertelindring), formodes at spille en rolle for den forøgede følsomhed. Det har ligeledes været kendt i mange år, at denne følsomhed synes at forøge moderens lydhørhed over for det spæde barns kommunikation af yderst subtile signaler i nyfødthedsperioden (8).



### Krop-psyke split

Der eksisterer ikke videnskabelige undersøgelser om sammenhængen mellem epidural smertelindring og hæmning af bonding processen. Givet er det, at epidural smertelindring skaber et krop-psyke split, idet kvinden jo ikke kan mærke fødselens progression i kroppen. Hun får den i stedet fortalt. Hun mister således på ét plan kontrollen over fødslen. Det er tydeligt, at hvor kvinden tillægger smerten en funktion i forhold til at nå endemålet, sikrer smerterne, at fokus rettes mod kroppen, og selve tilværelsen reduceres til én ting: Nemlig at føde et barn. Krop og bevidsthed er her ét. Og at nå målet: Fødslen af et sundt og velskabt barn åbner hende efterfølgende for mødet med barnet. I de fleste tilfælde må således den normale fødsel uden smertelindring være den optimale forudsætning for bonding processen. Til støtte herfor er også Waldenstrøms undersøgelse: De fleste kvinder blev overraskede over, hvor stærke de egentlig selv var.

For nogle kvinder vil epidural-blokaden imidlertid være dét, der skal til, for at de opnår den tryghed, der skal til, for at de får det vigtige fokus på barnet og tilknytningsprocessen. Sådan at det altså ikke er hændelserne under fødslen i sig selv, der afgør, hvorledes samspillet med barnet udvikles, men snarere den

indflydelse disse oplevelser har på kvindens identitetsoplevelse og selvfølelse. Fordi hendes positive selvfølelse er grundlaget for, at hun har ressourcerne til at møde barnet.

### Ingen vej tilbage

At være i fødsel er om noget en grænsesituation. Når fødslen er i gang, er der ingen vej tilbage, og kvinden har ikke mulighed for at træde ud af situationen. Grænsesituationer adskiller sig fra andre situationer ved, at vi ikke kan forandre dem, vi kan ikke overvinde dem. Situationen er irreversibel og den eneste mulighed vi har, er at konfrontere os med den. Når mennesket træder ind i en grænsesituation med åbne øjne, får de mulighed for at finde sig selv i eksistentiel forstand, siger Bo Jacobsen (9). Dette gælder, hvad enten den fødende kvinde har fået smertelindring eller ej. Og for nogle kvinder vil smertelindring være den støtte og hjælp, der skal til, for at de magter at træde fuldt ind i grænsesituationen.

### Aleneheden

En anden eksistentiel dimension i fødslen er aleneheden. Leick og Davidsson beskriver, at i forbindelse med kriser og traumatiske oplevelser, møder vi aleneheden. Det er skræmmende at opleve, at uanset hvor nære relationer vi

Det er dokumenteret, at kvindens opfattelse af om hun mestrede fødslen, er vigtig for den tidlige mor-barn kontakt. Men det er endnu uvist, om det har en betydning for den tidlige kontakt, at kvinden smertelindres med epiduralblokade.

har til andre mennesker, er vi fundamentalt adskilt fra dem og dybest set alene. Tør man mærke denne alenehed, bliver man imidlertid bedre til at mestre både nærhed og afstand til andre (10).

Fødslen er ikke nødvendigvis en krise, men den er en grænsesituation, hvor kvinden er alene. Uanset at hun får støtte fra sin mand og jordemoderen, er hun den eneste, der kan gennemleve fødslen. Når fødslen går godt, vil kvinden opleve, at hun og ingen anden mestrede situationen, hvilket giver en øget selvfølelse. At stå med ansvaret for et nyfødt barn, 24 timer i døgnet, konfronterer i endnu større omfang de fleste kvinder med aleneheden (selvom de fleste selvfølgelig deler ansvaret med deres mand, men i den praktiske virkelighed er de fleste kvinder alene med barnet mange timer hver dag). De undgår således ikke aleneheden, den er et eksistentielt grundvilkår. Men i jo højere grad de er blevet styrket af fødslen, i jo højere grad er de rustet til at tage ansvaret på sig.



## Smerte over for lidelse

Lidelse forekommer ikke uden smerte, mens man godt kan føle smerte uden at lide. Smerte er ikke lidelse, hvis man ser smerte som en positiv udfordring. Smerte er heller ikke lidelse, hvis graden af smerteoplevelse er lille. For at man kan tale om lidelse, forudsætter det smerte af en vis størrelse, intensitet og varighed (12).

Det er netop her – før smerten bliver til lidelse – vi finder det "optimale" område for fødselssmerte.

Som nybagt mor reviderer de fleste kvinder deres egne roller i tilværelsen. For at finde sig tilrette i den nye rollestruktur kan det være vigtigt at kunne mestre både nærhed og afstand til andre, og mødet med aleneheden kan derfor blive om end hårdt, så positivt og udviklende.

Der kan være risiko for, at kvinder snyder sig selv for muligheden for vækst gennem fødslen ved at forudbestille en smertefri fødsel. En sund og velfungerende kvinde vil i udgangspunktet ikke behøve smertelindring, mener vi. Omvendt er der situationer, hvor epiduralblokade vil kunne give den meget fødsels- og/eller smerte-angste kvinde den ro, der skal til, for at hun kan fokusere på det kommende barn. Derfor kan spørgsmålet om forudbestilt smertelindring ikke besvares entydigt. Og derfor er der en stor risiko for at misforstå hinanden i dialogen om smertelindring eller ej.

### Det optimale smerteområde

Charlotte Mosbæk beskriver fødselens psykologi bl.a. med forsvarsmekanismen regression (11). Forsvarsmekanismer skal ikke umiddelbart anskues negativt, idet de ofte tjener en positiv funktion for det enkelte menneske. Således beskriver hun regression som en normal krisereaktion, der træder i kraft, når menneskets hidtidige forståelse af omverdenen

ikke længere giver mening. Tidligere erfaringer, tænke- og handlemåder rækker ikke til at håndtere situationen. Parallelt med sine funktionsmåder som voksent menneske vender man tilbage til funktionsmåder fra tidligere udviklingstrin. Regressionen viser sig f.eks. gennem en større afhængighed, frygt for at være alene, frygt for smerte og for fysisk skade under fødslen. Processen foregår både under graviditeten og fødslen, men det tidspunkt hvor regressionen er højest, falder oftest sammen med det tidspunkt i fødslen, hvor smerterne er kraftigst.

Regressionens væsentligste funktion er, at kvinden ændrer bevidsthedstilstand, hen imod den før nævnte primære moderlige fordybelse, som altså er præget af den øgede sensitivitet, der sætter hende i stand til bedre at forstå barnets signaler og møde dets behov.

Skal vi overføre denne viden til praksis, må vi forsøge at indkredse det "optimale" smerteområde, hvor smerten ikke opleves for kraftig, men heller ikke helt udebliver. Begge yderpoler vil kunne reducere graden af PMP. Derfor skal vi turde forholde os til den smerte, som kvinden i graviditeten forestiller sig at komme til at opleve, og i særlig grad den smerte, hun faktisk udtrykker at opleve under fødslen, samarbejde med hende, hjælpe hende til at håndtere situationen, så hun ikke føler sig ladt i stikken.

### Referencer:

- 1) Nortvedt, Finn & Nortvedt, Per (2001): Smerte – fenomen og forståelse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Side 86-87.
- 2) Nortvedt, Finn & Nortvedt, Per (2001): Smerte – fenomen og forståelse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Side 70.
- 3) Waldenström, Ulla (1999): Experience and Labor and Birth in 1111 Women. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol 47, no. 5, pp. 471-482.
- 4) Winnicott, Donald W. (1958): Primary Maternal Preoccupation. I: *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. London: Tavistock Publications.
- 5) Lagerkrantz, Elisabeth (1979): Förstföderskan och hennes barn. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- 6) Grossman, Frances K., Eichler, Lois S. & Winickoff, Susan A. (1980): *Pregnancy, Birth and Parenthood*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- 7) O'Hara, M.W., Swain, A.M. (1996): Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 8: 37-54.
- 8) Klaus, Marshall H. & Kennell, J.H. (1982): *Labor, Birth and Bonding*, i Klaus, Marshall H. & Kennell, J.H. (eds.): *Parent-Infant Bonding*. St. Louis, Missouri: The C.V. Mosby Company.
- 9) Jacobsen, Bo (1998): *Eksistens psykologi*. København: Hans Reitzels Forlag. Side 75.
- 10) Davidsen-Nielsen, Marianne & Leick, Nini (2001): *Den nødvendige smerte*. 2. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag.
- 11) Mosbæk, Charlotte (1996): *Det nyfødte barn – de nye forældre*. København: Pædagogisk Bogklub. Side 59-75.
- 12) Nortvedt, Finn & Nortvedt, Per (2001): Smerte – fenomen og forståelse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Side 93-94.

# Smertens udtryk

De fleste kvinder oplever voldsomme smerter under en fødsel. En af jordemoderens opgaver er at lytte til kvindens verbale og kropslige udtryk, der er med til at give et helhedsindtryk af kvindens tilstand og behov.



Af Mette Kold Jensen, psykolog m.fl.

Foto: Heidi Maxmilling

**H**vilke redskaber har jordemoderen til rådighed for at vurdere det optimale smerteområde? Først og fremmest må hun naturligvis lytte til, hvad kvinden selv udtrykker, er hendes behov – og i videst muligt omfang respektere det og hjælpe hende med at håndtere situationen derfra.

Nogen kvinder har behov for hel eller delvis smertelindring. Andre kvinder såsom førstegangs-fødende og kvinder, der kun kender til smerte i forbindelse med sygdom, kan have svært ved at forestille sig, at smerte kan vendes til noget positivt og at den kan have en funktion for dem. Disse kvinder kan formentlig have interesse i, at man som jordemoder lidt mere aktivt prøver at støtte dem til en fødsel uden smertelindring med de udviklingsmæssige gevinster, vi før har beskrevet (se artiklen Fødsels-smertens betydning side 18).

Den smertepåvirkede kvindes udtryk og behov kan skifte hurtigt, idet hendes spontane klynken eller vredesudbrud kan være verbale udtryk for naturlig regression. At det ikke er muligt alene at tage kvindens mundtlige udsagn til indtægt, støttes af Waldenström et al's undersøgelse. De fleste kvinder oplever fødselssmerter som de værst tænkelige smerter. De vil typisk bruge samme ord

til at beskrive smerten, uanset hvilken psykisk tilstand, de befinder sig i. De vil komme med udtryk som "det er den værste smerte, jeg nogensinde har oplevet", "jeg troede ikke, det gjorde så ondt" etc. Ud fra ordene alene kan vi altså ikke fastslå hendes oplevelse af smerte og dennes påvirkning af hendes psykiske tilstand.

## Lyt dig frem

I artiklen "Obstetrics by ear" (1) redegøres for kvindens lyde, når hun er i fødsel. For at kunne undersøge disse lyde, har man optaget et antal fødsler på video. Efterfølgende har jordemoderen og kvinden set video'erne og kommenteret dem. Kvinderne gav udtryk for, at de kunne genkende lydene og de følelser, der var forbundet hermed. Lydene afspejler kvindens psykiske tilstand og opdeles i fem kategorier (fig. 1).

Vi må således foretage en helhedsvurdering af kvindens situation for at få indblik i hendes psykiske tilstand. Udover at analysere hendes lyde som ovenfor beskrevet, analyserer vi kropssprog og ansigtsudtryk. Det samlede indtryk gør, at jordemødre ikke altid opfatter smerteudbrud som noget negativt. Nogle gange faktisk tværtimod. Visse lyde kan være trøstende og hjælpe kvinden konstruktivt gennem ve-arbejdet (fig. 1: 1,2). Andre lyde kan udtrykke, at hun har brug for støtte og omsorg fra jordemoder

### Forfattere:

Artiklen er skrevet af Kirsten Haulrick Bech, Lene Laustsen, Tina Forsberg Bendtsen og Tina Andreasen Dahl, der studerende ved jordemoderuddannelsen i Aalborg i samarbejde med Mette Kold Jensen, der underviser i psykologi på uddannelsen. Den tager udgangspunkt i en afsluttende opgave i faget pædagogik/psykologi, som de studerende afslutter på uddannelsens tredje år .

**Figur 1. Sådan lyder en fødsel**

Et menneskes oplevelse af smerte kan ikke alene vurderes ud fra, hvad hun giver verbalt udtryk for. Der skal en helhedsvurdering til, hvor blandt andet krops- og ansigtsudtryk inddrages.

eller sin mand (fig. 1: 3). Atter andre lyde udtrykker desperation; det er når smerten forvandles til lidelse og har nået et niveau, hvor smerten er destruktiv, både i forhold til fødselsforløbet og i forhold til kvindens udvikling (fig. 1: 4). Set i et psykologisk perspektiv er det her, kvinden har brug for epiduralblokade. Det næste spørgsmål er så, om det er fysisk muligt, eller om hun er for langt i fødslen til, at det er relevant. Det sidste spørgsmål er, om det praktisk er muligt, altså om anæstesiolog er tilgængelig.

**Altid i samråd med kvinden**

Det er vor faglige holdning, at der er psykologiske gevinster ved at føde med smerte. Disse gevinster er dog betinget af forskellige faktorer som den enkelte kvindes personlighedsstruktur, hendes motivation gennem fødselsforløbet, hendes syn på smerten og fødsels forløb generelt. Derfor kan vi ikke generelt sige, at kvinder skal føde med smerte. Beslutningen om eventuel smertelindring må træffes i samråd med kvinden. Men samtidig skal vi stå ved vor rolle som eksperter, der nogle gange ser mere, ser dybere, ser klarere, såvel vedrørende de fysiske som de psykiske dimensioner. I sådanne tilfælde er det vores opgave, i dialogen med kvinden, respektfuldt at kommunikere denne merviden.

Tilstand	Typiske lyde	Signifikans	Omsorgsgivers gensvar
1. Arbejde/indsats: Effektiv tilpasning	Strubelyd; grynt; "uhhh"; Primal/animalistisk (lav tonehøjde)	Udtryk for anstrengelse; effektiv brug af mavemuskler. "Jeg arbejder".	Responderende i.f.t kvindens arbejde (blender sig ikke, men validerer at kvindens lyde er relateret til det arbejde, hun gør)
2. Coping: Tilpasning/trøst af sig selv/beroligelse	Suk; "ohhh", stønnen (lav tonehøjde)	Udtryk for spænding/lettelse/ given slip. "Jeg håndterer"	Responderende og opmuntrende if. kvindens arbejde (sikrer sig at hendes lyde hænger sammen med spændingsreduktion)
3. Regressiv (2): Følelser dominerende/ikke tilpasning	Gråd (som et barn), klynken, hvinen (som en dukke), "owie" (høj tonehøjde)	Smerte/ lidelse: "Det gør ondt." "Jeg behøver hjælp." "Jeg er bange." "Jeg mister kontrollen."	Bliver aktiv for at afbøde større lidelse (gentagelse af coping strategier)
4. Ude af kontrol: Følelser dominerer/ikke tilpasning	"EYEE"; råb, trækker vejret for voldsomt, larmende (meget høj tonehøjde)	Ekstrem smerte/lidelse: "Jeg kan ikke gennemføre dette." "Jeg har mistet håbet."	Meget aktiv mht. at give/dirigere adfærd (fx. åndedræt, pressemåde eller kropslig aktivitet, smertelindring).
5. Epidural anæstesi: Krop-psyke split	Stille; normal konversation	Udtryk fra kvinden indeholder ikke data om den fysiske tilstand. "Jeg ved ikke, hvad der sker."	Variabel, fra ingen aktivitet til særdeles dirigerende; kan mangle lynning, hvis inkongruens mellem kvindens fysiske og psykiske tilstand.

**Referencer**

- 1) McKay, Susan et.al (1990) : Obstetrics by ear. Journal of Nurse-Midwifery. Vol 35, no 5, september – oktober.
- 2) I den engelske artikel bruges ordet "childlike". Vi mener, at dette ord langtfra er dækkende og ikke viser respekt for kvindens bevidsthedstilstand. "Regressiv" er et fagligt mere præcist begreb, jf. teksten.