



IZDAJATELJ

Klinika za ginekologijo in perinatologijo
Univerzitetni klinični center Maribor

UREDNIKI

Red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik
Arijana Steblovnik, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
Dr. Nejc Kozar, dr. med.

ELEKTRONSKO GRADIVO

Zbornik je dostopen v elektronski obliki na:

<http://www.ukc-mb.si/>

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

618.1/.3-056:616.89(082)(0.034.2)

MARIBORSKI tečaj psihosomatike v ginekologiji in porodništvu (1 ; 2018 ; Maribor)

Zbornik predavanj [Elektronski vir] / 1. mariborski tečaj psihosomatike v ginekologiji in porodništvu ; [uredniki Iztok Takač, Arijana Steblovnik, Nejc Kozar] ; [organizatorji] Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo ... [et al.]. - El. zbornik. - Maribor : Univerzitetni klinični center, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, 2018

ISBN 978-961-7039-26-9 (pdf)

1. Takač, Iztok 2. Univerzitetni klinični center Maribor. Klinika za ginekologijo in perinatologijo

COBISS.SI-ID 95689985

UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER MARIBOR
Klinika za ginekologijo in perinatologijo
Oddelek za psihiatrijo

MEDICINSKA FAKULTETA UNIVERZE V MARIBORU
Katedra za ginekologijo in porodništvo
Katedra za psihiatrijo
Katedra za klinično psihologijo

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije

ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR

1. MARIBORSKI TEČAJ PSIHOSOMATIKE V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU

ZBORNİK PRISPEVKOV

7. december, 2018

ORGANIZACIJSKI ODBOR

Red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik, predsednik
Jure Koprivšek, dr. med., podpredsednik
Red. prof. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med., višja svetnica
Izr. prof. dr. Darja Arko, dr. med.
Dr. Nejc Kozar, dr. med.
Asist. Tamara Serdinšek, dr. med.
Danijela Pušnik, dipl. m. s., mag. zdr. nege
Andreja Šlag, PS
Dragica Polajner, ZA

STROKOVNI ODBOR

Arijana Steblovnik, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., predsednica
Doc. dr. Hojka Gregorič Kumperščak, dr. med., podpredsednica
Asist. mag. Anica Prosnik Domjan, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
Prim. Danilo Maurič, dr. med.
Izr. prof. dr. Faris Mujezinović, dr. med.
Doc. dr. Milena Treiber, dr. med.
Rosemarie Franc, dipl. bab.

PROGRAM 7.12.2018

8.30–8.50 Registracija

8.50–9.00 **Pozdravne besede**
Arijana Steblovnik, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

PSIHOSOMATIKA V REPRODUKTIVNI MEDICINI IN PERINATOLOGIJI

Moderatorja: *Izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med., izr. prof. dr. Faris Mujezinović, dr. med.*

9.00–9.20 **Psihosomatika v ginekologiji in perinatologiji skozi čas**
Prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., univ. dipl. psih.

9.20–9.40 **Psihosomatski vidiki v postopkih OBMP**
Izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med.

9.40–10.00 **Najpogostejše somatiformne motnje v adolescenci**
Doc. dr. Hojka Gregorič Kumperščak, dr. med.

10.00–10.20 **Psihosomatski vidiki testov ogroženosti ploda v nosečnosti**
Izr. prof. dr. Faris Mujezinović, dr. med.

10.20–10.40 **Prihološki vidiki prezgodnjega poroda**
Doc. dr. Vislava Velikonja Globevnik, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

10.40–11.00 **Sporočanje slabe novice**
Vesna Ribarič Zupanc, dr. med.

11.00–11.30 **Odmor**

11.30–11.50 **Porod po meri ženske**
Rosemarie Franc, dipl. bab., Sara Kac, dipl. bab.

11.50–12.10 **Strah pred porodom**
Arijana Steblovnik, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

12.10–12.30 **Stiske materinstva in dojenje**
Prim. Andreja Tekauc Golob, dr., med., IBCLC

12.30–12.50 **Perinatalne depresije**
Red. prof. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med., višja svetnica

12.50–13.10 **Obravnavanje duševnih motenj v nosečnosti in v poporodnem obdobju - multidisciplinarni pristop**
Jure Koprivšek, dr. med.

13.10–14.00 **Odmor**

PSIHOSOMATIKA V UROGINEKOLOGIJI IN GINEKOLOŠKI ONKOLOGIJI

Moderatorja: *Jure Koprivšek, dr. med., Megie Krajnc, mag. psih.*

- 14.00–14.20 **Kakovost življenja bolnic z urinsko inkontinenco**
Znan. svet. prof. dr. Adolf Lukanović, dr. med., svetnik
- 14.20–14.40 **Kronična medenična bolečina**
Red. prof. dr. Dubravko Habek, dr. med.
- 14.40–15.00 **Sodobni vidiki motenj hranjenja**
Asist. dr. Karin Sernec, dr. med.
- 15.00–15.20 **Predmenstrualni sindrom in duševne motnje v perimenopavzi**
Mirela Batta, dr. med.
- 15.20–15.40 **Izgorelost**
Mag. Borjana Kremžar Jovanović, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
- 15.40–16.30 **Odmor**
- 16.30–16.50 **Ginekološka psihoonkologija**
Mag. Andreja Cirila Škufca Smrdel, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
- 16.50–17.10 **Komunikacija z ginekološkimi onkološkimi bolnicami in njihovo družino**
Izr. prof. Špela Smrko, dr. med.
- 17.10–17.30 **Psihološka podpora v paliativni oskrbi**
Vesna Ribarič Zupanc, dr. med.
- 17.30–17.50 **Izguba, žalovanje, psihološka podpora**
Megie Krajnc, mag. psih.
- 17.50–18.10 **Spolna zloraba**
*Red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik,
Tina Bizjak, dr. med., izr. prof. dr. Darja Arko, dr. med.*
- 18.10–18.30 **Abnormalen PAP bris - kaj sedaj?**
Milena Mikluš, dr. med., prim. izr. prof. dr. Alenka Repše Fokter, dr. med.
- 18.30–18:50 **Spolne motnje**
Asist. mag. Anica Prosnik Domjan, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
- 18.50–20.00 **Razprava, zaključki**
*Arijana Steblovnik, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.,
red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik*

KAZALO VSEBINE

PSIHOSOMATIKA V REPRODUKTIVNI MEDICINI IN PERINATOLOGIJI

Psihosomatika v ginekologiji in perinatologiji skozi čas <i>Prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., univ. dipl. psih.</i>	11
Psihosomatski vidiki v postopkih OBMP <i>Izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med.</i>	17
Najpogostejše somatiformne motnje v adolescenci <i>Doc. dr. Hojka Gregorič Kumperščak, dr. med.</i>	23
Psihosomatski vidiki testov ogroženosti ploda v nosečnosti <i>Izr. prof. dr. Faris Mujezinović, dr. med.</i>	31
Prihološki vidiki prezgodnjega poroda <i>Doc. dr. Vislava Velikonja Globevnik, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.</i>	39
Porod po meri ženske <i>Rosemarie Franc, dipl. bab., Sara Kac, dipl. bab.</i>	49
Strah pred porodom <i>Arijana Steblovnik, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.</i>	59
Stiske materinstva in dojenje <i>Prim. Andreja Tekauc Golob, dr., med., IBCLC</i>	63
Perinatalne depresije <i>Red. prof. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med., višja svetnica</i>	71
Obravnava duševnih motenj v nosečnosti in v poporodnem obdobju - multidisciplinarni pristop <i>Jure Koprivšek, dr. med.</i>	77

PSIHOSOMATIKA V UROGINEKOLOGIJI IN GINE- KOLOŠKI ONKOLOGIJI

Kakovost življenja bolnic z urinsko inkontinenco <i>Znan. svet. prof. dr. Adolf Lukanović, dr. med., svetnik</i>	85
Kronična medenična bolečina <i>Red. prof. dr. Dubravko Habek, dr. med.</i>	91
Sodobni vidiki motenj hranjenja <i>Asist. dr. Karin Sernec, dr. med.</i>	97
Predmenstrualni sindrom in duševne motnje v perimenopavzi <i>Mirela Batta, dr. med.</i>	103
Izgorelost <i>Mag. Borjana Kremžar Jovanović, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.</i>	113

Ginekološka psihoonkologija

Mag. Andreja Cirila Škufca Smrdel, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.121

Komunikacija z ginekološkimi onkološkimi bolnicami in njihovo družino

Izr. prof. Špela Smrkolj, dr. med.127

Psihološka podpora v paliativni oskrbi

Vesna Ribarič Zupanc, dr. med.133

Izguba, žalovanje, psihološka podpora

Megie Krajnc, mag. psih.135

Spolna zloraba

Red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik,

Tina Bizjak, dr. med., izr. prof. dr. Darja Arko, dr. med.145

Abnormalen PAP bris - kaj sedaj?

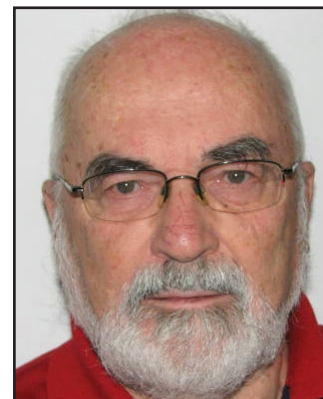
Milena Mikluš, dr. med., prim. izr. prof. dr. Alenka Repše Fokter, dr. med.159

Spolne motnje

Asist. mag. Anica Prosnik Domjan, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.165

Psihosomatika v ginekologiji in perinatologiji skozi čas

Marjan Pajntar



PSIHOSOMATIKA

Zgodovina

Psihosomatika je veda, ki skuša v zadnjih desetletjih popraviti tisto, na kar je opozarjal že Platon, ki je dejal: »Velika napaka današnjih dni je, da skušajo zdravniki ločiti dušo od telesa.« (1).

Prepričanje, da fiziologija in psihologija nista dve ločeni področji, temveč vplivata eno na drugega, se je pojavilo že v 10. stoletju, ko sta perzijska psihologa in zdravnika Ahmed ibn Sahl al-Balkhi in Haly Abbas razvila model bolezni, ki je poudarjal interakcijo med umom in telesom (2). Zanimanje za koncept psihosomatike se je obnovilo na začetku 20. stoletja s psihoanalitikom Franzom Alexandrom, Sigmundom Freudom in Georgom Groddeckom, ki je raziskoval možnost zdravljenja somatskih bolezni s psihološkimi procesi (3). Francoski kirurg Henri Laborit, eden od začetnikov moderne nevropsihofarmakologije, je v 70. letih prejšnjega stoletja z eksperimenti dokazal, da se pri miših, katerim je onemogočen boj ali beg v stresnih situacijah, zgodaj razvije bolezen, za razliko od miši, ki te omejitve nimajo. Laborit je menil, da na razvoj psihosomatskih bolezni pri ljudeh vplivajo omejitve, ki jih družba postavi posamezniku, da bi se ohranjala hierarhija (4).

Človekova osebnost, njegova konstitucija, genetska dediščina, psihični sistem, socialno okolje in dejavniki bolezni so v stalni interakciji. Psihosomatske bolezni so tako bolezni, ki nastanejo zaradi čustvenih motenj. Določena čustvena stanja lahko spremenijo nevrovegetativne funkcije, te pa delovanje različnih organov in organskih sistemov. Če je oseba izpostavljena močnejšemu stresu, predvsem distresu, postane fizično in čustveno napeta. Če so take čustvene napetosti dolgotrajne, prihaja do kroničnih sprememb v delu organov in končno tudi do strukturnih sprememb različnih tkiv. Z naraščanjem življenjskega ritma raste pomen psihičnega stresa. Vse več je psihosomatskih bolezni, vse več je motenj v delovanju človeškega telesa, ki so psihosomatskega izvora (5).

PSIHOSOMATIKA V GINEKOLOGIJI IN PERINATOLOGIJI

Spolnost, nosečnost, porod in poporodno obdobje so tista področja v življenju ženske, ki so najbolj povezana s čustvi, zato ni nenavadno, da so psihosomatske težave tako pogoste v ginekologiji, med nosečnostjo ter med in po porodu.

Psihosomatika v ginekologiji

Na področju ginekologije imajo nekatere bolezni pomembno psihosomatsko komponento, zato je pomembno, da ginekolog pri delu uporablja psihosomatski pristop. Ženske so nagnjene k

projekciji emocionalnih težav na dele telesa, ki so bolj povezani z žensko naravo, torej na svoje spolne organe in njihovo zapleteno endokrino fiziologijo. Emocionalni konflikti in nevroza lahko po različnih poteh privedejo do celega spektra motenj in patoloških manifestacij pri ženskah. Najpomembnejša pot nastanka psihosomatskih bolezni v ginekologiji je nevroendokrini pot. Povezava med umom, možgansko skorjo in limbičnim sistemom ter njen vpliv na os hipotalamus-hipofiza-ovarijski sistemom so širše znani. Centralni živčni sistem preko hipotalamusa, ki neprestano prejema živčne signale iz drugih predelov možganov, vpliva na ovarijski cikel in na sintezo spolnih hormonov, ovarijski hormoni pa vplivajo na ženske spolne in tudi številne druge organe. Poleg tega na ženske spolne organe razne napetosti vplivajo tudi preko vegetativnega živčevja. Ta pot nastanka psihosomatskih motenj v ginekologiji je manj raziskana. Po njej živčni signal iz centralnega živčevja pride do ženskih spolnih organov neposredno preko vegetativnega živčevja. Čeprav je v fiziološkem stanju nevrovegetativni vpliv na te organe majhen, pa postane v patoloških stanjih pomemben in povzroča številne motnje. Tudi motnje v imunskem sistemu, ki je prav tako podvržen vplivom psiholoških faktorjev, lahko prizadenejo ženske spolne organe, s tem pa se poveča možnost infekcij in nastanka malignomov.

Področja telesa, kjer se psihosomatska motnja izrazi, so zelo individualno pogojena in so odvisna od osebnostnih značilnosti in življenjskih izkušenj vsake posameznice. Ta se lahko pojavi kot amenoreja ali oligomenoreja, polimenoreja, dismenoreja, menoragija, predmenstrualna disforična motnja, rekurentni vulvovaginitis, pelvična bolečina, disparevnija in celo endometrioza (6).

Psihosomatske motnje se bolj pogosto pojavljajo pri ženskah, ki jemljejo oralne kontraceptive (7), obratno pa tudi psihološki faktorji vplivajo na uporabo oralnih kontraceptivov (8).

Stres in čustvena neravnovesja vplivajo na plodnost, prav tako pa neplodnost vpliva na čustva in počutje ženske. Psihosomatska komponenta je prisotna tudi pri spremembah v razpoloženju na prehodu v menopavzo. Ni znano, zakaj se somatizacija psihološkega konflikta pojavi kot točno določen simptom ali bolezen, zato je toliko bolj pomembno, da ginekolog posveča pozornost vsem tem mehanizmom in njihovi dinamiki (6).

PSIHOSOMATIKA V NOSEČNOSTI IN MED PORODOM

Duševnost ženske v nosečnosti In med porodom

Nosečnost je obdobje, v katerem je ženska telesno in psihično zelo obremenjena. Postane čustveno zelo labilna, mnogo normalnih vprašanj vsakdanjega življenja postane pretežkih. Vse te psihične spremembe in obremenitve so za nosečnico z motnjami osebnosti še večje in še težje obvladljive. Mnoge bežijo tako, da se nagrajujejo. Prihaja do sprememb zunanjega videza. Pojavijo se strahovi. Zaradi čustvenih napetosti prihaja tudi do motenj delovanja endokrinih žlez in vegetativnega živčnega sistema. Do izraza pridejo čustveni dejavniki in konflikti, ki se kažejo v različnih organskih reakcijah. Ljudje, ki prihajajo velikokrat v nasprotja z okolico in s samim seboj, mobilizirajo neustrezne obrambne mehanizme, živijo bolj ali manj duševno napeti. Med njimi najdemo pogosto take, ki imajo nevrotično izkrivljeno osebnostno strukturo (9).

Nevrotičnost

Nevrotičnost je skupina motenj, pri kateri se oblike vedenja, procesi mišljenja, čustvene reakcije in somatske funkcije osebnosti stereotipno ponavljajo na način, ki ne ustreza in je slabo prilagojen vsakdanjim obremenitvam in zahtevam življenja. Osebnost deluje po načelih, ki so značilni za infantilno in otroško obdobje.

Pri vsaki nosečnosti se pojavlja konflikt med močnim instinktom reprodukcije in

samoohranitve in to s spremljajočimi čustvi tesnobe in krivde. Te reakcije imajo svoj izvor v zgodnjem psihoseksualnem doživljanju.

Čustva v nosečnosti so različna od jeznega protesta proti nosečnosti do kaznovanja same sebe zaradi sovražnih občutkov. Nosečnico je lahko strah, da po rojstvu otroka ne bo več deležna tolikšne ljubezni partnerja, ali pa se boji, da jo bo otrok oviral pri poklicu. Taka ženska ni psihoseksualno zrela. Nosečnica mora biti zadovoljna, da je ženska. Mora si želeti materinstva, tega, da bo lahko nekemu dajala ljubezen.

Nosečnost je sama po sebi stres, pri čustveno moteni osebnosti pa so lahko te obremenitve distresne. V času nosečnosti so pogostejše mešane in labilne čustvene reakcije in stanja, ne pa, kot ljudje pogosto mislijo, stanje zadovoljstva (5).

Psihosomatske težave v nosečnosti in med porodom - Slovenija

Naše raziskovalno delo (sodelavci: Prof. dr. Miran Čuk, psiholog, statistik, prof. dr. Marko Lavrič, ginekolog in porodničar, doc. dr. Janez Rojšek, psiholog, dr. Alenka Sever, psihologinja, prof. dr. Borut Šali, psiholog)

Ugotovili smo:

1. Nevrotičnost s tendenco vegetativne labilnosti je tista motnja osebnosti, ki je bila pri ženskah z različnimi porodniškimi komplikacijami močnejše izražena kot pri ženskah, ki teh komplikacij niso imele.
2. Nevrotičnost z vegetativno labilnostjo je bila močnejše izražena pri vseh preiskovanih porodniških komplikacijah. Osebnostne strukture, merjene z OI testom pa so bile močnejše izražene le pri posameznih komplikacijah. Osebnostne strukture žensk s posameznimi porodniškimi komplikacijami se razlikujejo med seboj in od osebnostnih struktur žensk brez komplikacij.
3. IPsihične obremenitve (strah), ki so povezane s samo nosečnostjo in porodom, pri ne nevrotičnih ženskah nimajo vpliva na potek poroda. Strah in druge emocionalne tenzije v sami nosečnosti in med porodom povzročajo komplikacije v nosečnosti in med porodom samo pri ženskah, pri katerih je bil že prej vzpostavljen mehanizem neadekvatnega somatofiziološkega reagiranja.
4. Močno toženje o bolečinah med prvo porodno dobo je tisti zunanji emocionalni izraz, ki je bil od opazovanih oblik obnašanja med porodom povezan na eni strani z večjimi nevrotičnimi tendencami, na drugi strani pa z motnjami med popadki in motnjami otrokovih srčnih utripov (5).
5. Osebnostne lastnosti ženske ne vplivajo na vzpostavitev laktacije (10).
6. Ženske, ki niso dojile ali pa dojile krajši čas, so imele izrazitejšo nevrotično tendenco (10).

Glede na podatke iz literature in naše raziskave, menim, da so tipične psihosomatke motnje v nosečnosti, med porodom in po porodu sledeče:

1. Slabost in bruhanje
2. Hipertenzivne bolezni v nosečnosti
3. Spontani splav
 - Psihosomatske motnje pričetka in poteka poroda
 - Prezgodnji porod
 - Prekasen pričetek poroda
 - Motnje maturacije cerviksa
 - Motnje med porodom
4. Motnje v dinamiki kontrakcij

5. Motnje v dilataciji cervikalnega kanala
6. Motnje dojenja

Nekaj zanimivih ugotovitev:

1. Ženske s težko obliko EPH gestoze imajo močnejše izražene poteze nevrotičnosti in introvertiranosti ter druge motnje v emocionalnem profilu, več osebnostnih potez, kot so nesocialnost, distanca do socialnega okolja, manj tendenc po močnem socialnem kontaktu. Otroci žensk s težko EPH gestozo so v glavnem manj motorično zreli, imajo enostavne motorične vzorce, ki imajo velike amplitude in so bolj počasni, imajo težave pri korekciji gravitacijskih sil in imajo slabšo koordinacijo.
2. Pričetek poroda pri ženskah z močnejše izraženimi nevrotskimi tendencami je lahko različen: rodijo pred terminom in je potek poroda kratek ali pa rodijo po terminu in je potek poroda dolg.
3. Privesnice s prezgodnjimi porodi lahko opredelimo pretežno v okviru nevrotskih motenj, so notranje negotove ter imajo občutek manjvrednosti. Mnogorodnice, ki prezgodaj rodijo, imajo znake, ki spadajo v okvir osebnostnih motenj.
4. Pri ženskah s povečanimi nevrotskimi tendencami in povečano vegetativno labilnostjo se podaljšata prva in druga porodna doba, kar rezultira v večji pojavnosti porodniških operacij (5).

OSNOVE ZDRAVLJENJA PSIHOSOMATSKIH MOTENJ

V zadnjih desetletjih se je v pristopu do zdravljenja psihosomatskih bolezni povečal interes za terapevtske metode, ki vključujejo modifikacijo vedenja. Psihosomatske bolezni se v glavnem zdravijo s psihoanalizo in psihoterapijo, uporabljajo se mišična relaksacija, biofeedback, hipnoza, kontrolirano dihanje, joga in masaža (11).

Težava pri psihoterapiji ljudi s psihosomatskimi boleznimi je v tem, da se ti ljudje pritožujejo zaradi telesnih težav in se le redko zavedajo vloge psiholoških dejavnikov. Pacienti s psihosomatskimi obolenji se po navadi tudi težje ukvarjajo s svojimi čustvenimi problemi, zaradi česar je potek psihoterapije počasnejši. Psihoterapija ljudi s psihosomatskimi motnjami ima lahko različne cilje. Lahko je usmerjena v to, da pacient razume nezavedne psihološke procese, ki so povezani s telesnimi težavami, in da se prične usmerjati na svoje čustveno doživljanje. Lahko pa so cilji bolj omejeni in usmerjeni na bolj ustrezne načine reševanja vsakodnevnih problemov, na učenje tehnik sproščanja in na razvijanje bolj ustreznih zdravstvenih navad.

Če želimo, da bodo pri nosečnicah s čustvenimi motnjami in začetnimi psihosomatskimi komplikacijami nosečnost, porod in poporodno obdobje potekali dobro, moramo delovati preventivno. Poizkušati moramo čim bolj zmanjšati različne čustvene napetosti, katerih vzrok so različni stresni.

S terapijo moramo začeti že kmalu v nosečnosti. Pomembni so relaksacija, čustvena podpora, pomoč pri reševanju konfliktnih situacij, ohrabritev in prenos reševanja velikih življenjskih problemov na poporodno obdobje (5).

Sam uporabljam hipnoterapevtski pristop, ki temelji na relaksaciji, zmanjševanju čustvenih napetosti in krepitvi ega. Uporabljam sugestije za zmanjševanje bolečin med porodom ter vizualizacijo stanja po porodu.

Literatura

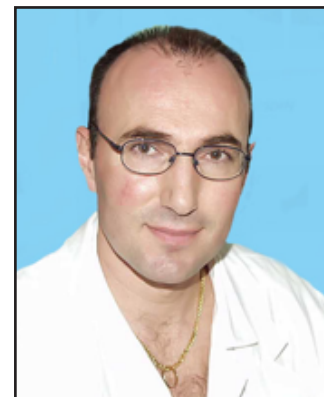
1. Weiss E, English O S. Psychosomatic Medicine. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1962.
2. Deuraseh N, Abu Talib M. Mental health in Islamic medical tradition. The International Medical Journal. 2005;4(2);76-79.
3. Erwin E. The Freud Encyclopedia: Theory, Therapy and Culture. New York: Routledge; 2002. p.

245-246.

4. Kunz E. Henri Laborit and the inhibition of action. *Dialogues Clin Neurosci.* 2014;16(1);113-117.
5. Pajntar M. Vpliv nekaterih osebnostnih potez in nosečnostnih emocionalnih tenzij na nosečnost, porod in otroka [Thesis]. Ljubljana: M. Pajntar; 1964.
6. Soucasaux N. Basis for the Study of the Neurovegetative Influences in Gynecology. *Jornal Brasileiro de Medicina.* 1989; 57(4); 21-30.
7. Welling L L M. Psychobehavioral effects of hormonal contraceptive use. *Evolutionary Psychology.* 2013;11(3): 718-742.
8. Schanzer K. Psychosomatic aspects of oral contraception. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1991; 51(12); 955-958.
9. Pajntar M. Duševnost ženske v nosečnosti in med porodom. In: Pajntar M, Novak Antolič Ž, Lučovnik M. *Nosečnost in vodenje poroda.* Ljubljana: Društvo Medicinski razgledi; 2015. p. 151-153.
10. Lavrič M, Rojšek J, Rizner T, Pajntar M. Dojenje in osebnostne lastnosti mater. *Zdrav Vestn.* 1985; 54:99-102.
11. Kaplan H I, Sadock B J. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1997. p. 797-802.

Psihosomatski vidiki v postopkih OBMP

Milan Reljič



Izvleček

Soočanje z neplodnostjo predstavlja za pare psihično obremenitev, ki lahko povzroči depresijo, anksioznost in stres. Čeprav neposredne vzročne težave med psihičnimi motnjami in neplodnostjo niso dokazali, pa se ta dejavnik po biopsihosocialni teoriji pomembno vpleta tudi v njeno etiologijo. Pari, ki se zdravijo s postopki zunajtelesne oploditve, so še dodatno psihično obremenjeni, saj jih skrbi invazivnost in možnost zapletov ter neuspešnost teh postopkov. Psihosocialna podpora je zato zelo pomemben del obravnave neplodnosti še posebno pri parih, ki potrebujejo tovrstno zdravljenje. Temelji na empatičnem odnosu in osredotočenosti na dobrobit para. Obsega izčrpno podajanje informacij o vzrokih neplodnosti in načinih zdravljenja ter predvideva sodelovanje para pri vseh ključnih odločitvah o poteku njunega zdravljenja. Osnovna psihosocialna obravnava zadošča pri večini parov in le manjši delež jih potrebuje psihoterapevtski pristop ustreznih strokovnjakov. Takšna komplementarna psihosocialna podpora ne le zmanjša stres in izboljša kvaliteto življenja para, temveč tudi poveča uspešnost postopkov zunajtelesne oploditve.

Ključne besede: neplodnost, psihološke motnje, postopki zunajtelesne oploditve, psihosocialna obravnava

Abstract

Facing infertility represents a psychological burden for couples and may cause depression, anxiety and stress. Although there is no evidence for a direct causal link between psychiatric disorders and infertility, this factor plays a significant role in its etiology according to the biopsychosocial approach. Couples undergoing IVF treatment are additionally placed under psychological stress due to their concern for the invasiveness and risk of complications as well as unfavourable outcome of the procedures. Psychosocial support is therefore a very important part of treating infertility, especially in couples requiring this type of treatment. It is based on empathy and focus on the well-being of the couple. It encompasses giving comprehensive information on the causes of infertility and treatment methods and anticipates the cooperation of the couple in all key decisions regarding the course of their treatment. The basic psychosocial treatment usually suffices for most couples and only a small percentage requires psychotherapeutic approach of relevant experts. Such complementary psychosocial support not only reduces stress and improves the couple's quality of life but also increases the success rate of IVF procedures.

Key words: *infertility, psychological disorders, in vitro fertilisation, psychosocial care*

Uvod

Povezanost med neplodnostjo in psihičnimi motnjami je poznana že iz biblijskih časov. Veliko laične javnosti in tudi medicinskega osebja verjame, da je psihični stres (zaskrbljenost, napetost), ne le posledica, temveč tudi pomemben vzročni dejavnik neplodnosti. Neplodnim parom pogosto svetujejo, da se morajo samo sprostiti in odmisлити težave z zanositvijo in uspeh bo zagotovljen. Takšen pristop pa ni priporočljiv, ker jih dodatno obremeni z občutkom krivde in odgovornosti za neplodnost in prispeva, da pari kasneje poiščejo zdravniško pomoč (1). Neplodnim parom lahko nudimo podporo le, če poznamo psihološke obremenitev, ki jih prinaša neplodnost in njeno zdravljenje in razumemo pristope in možnosti, ki jih imamo pri lajšanju teh težav.

Vpliv neplodnosti na psihosocialno stanje parov

Neplodnost prizadene pare psihično, čustveno in socialno (2). Neplodni moški in ženske so pogosteje depresivni, anksiozni, imajo nizko samopodobo in so obremenjeni z občutki, sramu, krivde in osamljenosti. V nedavnem pregledu literature s tega področja, so ugotovili, da ima 25–60 % neplodnih parov psihološke motnje, ki so praviloma bolj izražene pri ženskah (3). Prevladujejo simptomi depresije in anksioznosti, ki so signifikantno pogostejši kot pri plodni populaciji. V eni izmed študij so poročali, da je imelo kar 9,4% neplodnih žensk samomorilne misli (4). Pri ženskah z nepojasnjeno neplodnostjo so pogostejše obsesivne motnje, ki se kažejo s pretiranim prizadevanjem po spremembi načina življenja, prekomerno telesno aktivnostjo in restriktivnimi dietami (5). Psihološko breme negativno vpliva na kakovost življenja in partnerski odnos (6). Neplodni pari so manj zadovoljni s partnersko zvezo in nezadovoljstvo se stopnjuje s trajanjem obravnave neplodnosti (7, 8).

Vpliv neplodnosti na psihosocialno stanje je odvisen od strukture osebnosti, socialnega okolja in partnerskega odnosa. Na izraženost psiholoških težav vplivajo tudi vzrok neplodnosti in prognoza zdravljenja (9). Neplodnost veliko težje sprejemajo ženske, ki vidijo materinstvo kot najpomembnejše življenjsko poslanstvo. K takšnemu doživljanju prispeva tudi vzgoja deklic v otroštvu in adolescenci, ki predstavlja starševstvo kot najpomembnejši del osebnostne identitete (10). Nekateri pari doživljajo neplodnost kot izgubo identitete in pomembno omejitev ter nesposobnost. Pri teh parih poteka sprejemanje neplodnosti, tako kot ob drugih hudih izgubah, v fazah: šok; otopelost in zanikanje; jeza; krivda; obžalovanje in depresija (11).

Psihosomatski vzrok neplodnosti

V prvi polovici 20. stoletja so veliko vlogo posvečali psihosomatskem vzroku neplodnosti. Menili so, da je večina nepojasnjene neplodnosti posledica psihopatologije (12). Pomembno vlogo so pripisovali psihičnemu konfliktu zaradi motene spolne identitete, podzavestnim strahom pred nosečnostjo in materinstvom ter nezmožnosti identifikacije z žensko vlogo (13). Ženske z nepojasnjeno neplodnostjo naj bi imele osebnostne značilnosti nezdržljive z materinstvom. Bile naj bi osebnostno šibke, čustveno nezrele in hiperprotektivne ali ambiciozne, agresivne in dominantne karieristke (14). Psihoanalitični pogled na vzroke neplodnosti je doživel veliko kritik in danes nima večje teže.

V zadnjem obdobju, tako kot pri razlagi etiologije drugih bolezni, prevladuje biopsihosocialna teorija, ki temelji na multifaktorialni etiologiji (15). Po tej teoriji naj bi na plodnost vplivali biološki, psihološki, socialni, in okolski dejavniki. Vpliv teh dejavnikov na posameznika je odvisen od genetskih zasnov, prejšnjih izkušenj, osebnostnih značilnosti, načina življenja, izobrazbe, itd.. Ker se psihološki dejavniki praviloma prepletajo z ostalimi, je njihovo neposredno vzročno povezavo težko dokazati. Največ raziskav je obravnava povezanost med psihološkim stresom in neplodnostjo. Ugotovili so, da stres vpliva na izločanje gonadotropinov preko osi hipotalamus-hipofiza-nadledvična žleza in tako

moti delovanje jajčnikov (16). Vendar se fiziološki odziv na stres s ponavljanjem istega sprožitelja zmanjšuje, zato je ta mehanizem dolgotrajne neplodnosti manj verjeten (17, 18). Dolgotrajni stres lahko vpliva tudi na imunološki odziv organizma, ki igra pomembno vlogo pri reproduktivnih procesih, predvsem pri sprejemljivosti endometrija za ugnezditev zarodkov, vendar raziskave te neposredne vzročne povezave niso uspeli dokazati (19). Zaradi nepojasnjenih patofizioloških mehanizmov je večina raziskovalcev mnenja, da dolgotrajna neplodnost ne more biti povzročena samo s psihološkimi motnjami (20). Vendar je potrebno upoštevati možen posredni vpliv psiholoških dejavnikov na plodnost, kot so način življenja (kajenje, alkohol, prehrana, fizična aktivnost, spolnost) in dovzetnost za obravnavo neplodnosti (1).

Postopki zunajtelesne oploditve in psihosocialni dejavniki

Za večino parov predstavljajo postopki IVF dodatno psihično obremenitev. Skrbi jih invazivnost posegov, možnost dolgoročnih in kratkoročnih zapletov ter neželenih učinkov in predvsem neuspešnost zdravljenja. Psihično breme se povečuje s številom neuspešnih postopkov. Ocenjujejo, da do 30 % parov, zaradi psihološke izgorelosti, preneha z zdravljenjem še preden dosežejo zaželeni cilj (21). Ugotovili so, da imajo ženske bolj izražene znake depresije in anksioznosti pred pričetkom IVF postopkov, na dan punkcije jajčnih foliklov in prenosa zarodkov ter predvsem med štirinajst dnevni čakanjem na rezultat zdravljenja (22-24). Za moške predstavljajo IVF postopki manjšo psihološko obremenitev, vendar je tudi pri njih zaznati bolj izražene znake depresije pred postopki in med čakanjem na test nosečnosti (20, 25).

Še vedno ni dokazano, da psihični stres pred in med IVF postopki vpliva na uspešnost zdravljenja. Rezultati številnih raziskav s tega področja so si nasprotujoči. Ena izmed obsežnejših metaanaliz, ki je zajela štirinajst prospektivnih raziskav, ni ugotovila povezanosti med stopnjo stresa in deležem zanositev. Razloge za to iščejo tudi v metodološki oporečnosti in heterogenosti raziskav. Opozarjajo na neobjektivnost vprašalnikov s katerimi ugotavljajo stopnjo anksioznosti, depresije in stresa (6). V raziskavah, ki so stres objektivno dokazovale z biomarkerji, kot je koncentracija alfa amilaze v slini in vrednosti kortizola v lasih, so ugotovili signifikantno povezanost med stresom in stopnjo zanositve (26, 27). Nekateri so mnenja, da pri IVF postopkih zaradi spodbujanja ovulacije z gonadotropini in lutealne suplementacije ne pride do izraza negativni hormonski vpliv preko osi hipotalamus-hipofiza-nadledvična žleza. Ta negativen učinek pa postane pomemben le pri hudo izraženi anksioznosti, ki je prisotna pri manj kot 15 % bolnic (28).

Psihološka obravnava neplodnih parov

Psihološka obravnava je postala pomemben del zdravljenja neplodnosti. Obsega tri komplementarne ravni obravnave in sicer osnovno psihosocialno obravnavo, psihološko svetovanje (krizna intervencija, pomoč pri žalovanju in soočanju s posledicami), in psihoterapijo (1). Osnovno psihosocialno podporo nudijo vsi zaposleni v IVF centru med celotnim potekom obravnave neplodnosti. V ta okvir sodi izčrpno seznanjanje z diagnostičnimi postopki in zdravljenjem. Pari pričakujejo tudi informacije o vplivu načina življenja na plodnost oziroma kako lahko sami prispevajo k uspešnosti zdravljenja. Pomembno je da, aktivno sodelujejo pri odločanju o poteku obravnave, po tem ko smo jih seznanili z vsemi možnostmi zdravljenja, njihovimi prednostmi, slabostmi in tveganji. Obravnava mora biti empatična in osredotočena na dobrobit neplodnega para. Potrebno je poznati pričakovanja parov, ki so odvisna od načina in poteka zdravljenja. Pri IVF postopkih so potrebe po psihosocialni podpori različne pred začetkom postopka, med postopki in po uspešnem oziroma neuspešnem zdravljenju. Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo je izdalo priporočila o osnovni psihosocialni obravnavi pred, med in po IVF postopkih, ki lahko služijo kod vodilo vsem, ki izvajajo te postopke (29). Pri večini parov zadošča osnovno psihosocialno svetovanje. Približno 20% parov, z bolj z izraženimi psihološkimi težavami, pa potrebujejo dodatno psihološko

svetovanje in/ali psihoterapijo, ki jo izvajajo psihologi, psihiatri in ustrezno usposobljeni strokovnjaki (30). Potrebo po dodani psihološki obravnavi lahko izrazijo pari sami, ali pa jim to svetuje osebe, ki izvaja osnovno psihosocialno obravnavo. Dodatno psihosocialno obravnavo pogosteje potrebujejo ženske, ki so v preteklosti imele psihološke težave in se težje soočajo s frustracijami ter imajo manjšo podporo socialnega okolja in partnerja (31).

O učinkovitosti komplementarne psihosocialne obravnave je bilo opravljenih veliko raziskav. Samo v zadnjem obdobju jih v literaturi najdemo 39 in še 6 meta analiz tovrstnih raziskav (6). Večina raziskav ugotavlja pozitiven vpliv psihosocialne obravnave na počutje parov in uspešnost zdravljenja. Dokazali so, da že osnova psihosocialna obravnava zmanjša stres in zaskrbljenost zaradi posegov, prispeva k boljšemu poznavanju načinov zdravljenja in izboljša kvaliteto življenja ter partnerske odnose (32-34). Poleg tega pa poveča zadovoljstvo parov, zmanjša možnost za opustitev zdravljenja in za 15 % poveča uspešnost IVF postopkov za (35).

Zaključek

Povezanost med psihološkimi motnjami in neplodnostjo je zelo kompleksna. Ne glede na vzrok neplodnosti in način zdravljenja je potrebno veliko pozornosti posvetiti tudi psihološki obravnavi. S takšnim pristopom lahko pomembno zmanjšamo psihične obremenitve para in izboljšamo njuno kvaliteto življenja ter uspešnost zdravljenja.

Literatura

1. Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *Br Med J*. 2011; 342: 223.
2. Ying LY, Wu LH, Loke AY. Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(10): 1640-52.
3. De Berardis D, Mazza M, Marini S, et al. Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *Clin Ter*. 2014; 165(3): 163-169.
4. Shani C, Yelena S, Reut BK, Adrian S, Sami H. Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Res*. 2016; 240: 53-59.
5. Karimzadeh M, Salsabili N, Akbari Asbagh F, et al. Psychological disorders among Iranian infertile couples undergoing assisted reproductive technology (ART). *Iran J Public Health*. 2017; 46(3): 333-341.
6. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018; 20(1): 41-47.
7. Onat G, Beji N. Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sex Disabil*. 2012; 30(1): 39-52.
8. Gerrity DA. Five medical treatment stages of infertility: implications for counselors. *The Family J*. 2001; 9(2): 140-50.
9. Wischmann T. Psychogenic infertility—myths and facts. *J Assist Reprod Genet* 2003;20:485-94.
10. Deka PK, Sarma S. Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*. 2010; 3: a336.
11. Menning BE. Counseling infertile couples. *Contemp Obstet Gynecol*. 1979; 13: 101-8.
12. Menninger WC. The emotional factors in pregnancy. *Bull Menninger Clin*. 1943 ;7: 15-24.
13. Rubenstein BB. An emotional factor in infertility: a psychosomatic approach. *Fertil Steril*. 1951; 2: 80-6.
14. Fischer IC. Psychogenic aspects of infertility. *Fertil Steril*. 1952; 4: 466-71.
15. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196: 129-35.

16. Lancaster D, Boivin J. Dispositional optimism, trait anxiety, and coping: unique or shared effects on biological response to fertility treatment? *Health Psychol.* 2005; 24: 171-8.
17. Grissom N, Bhatnagar S. Habituation to repeated stress: get used to it. *Neurobiol Learn Mem.* 2009; 92: 135-8.
18. Li XF, Edward J, Mitchell JC, Shao B, Bowes JE, Coen CW, et al. Differential effects of repeated restraint stress on pulsatile leutenizing hormone secretion in female fischer, lewis and wistar rats. *J Neurobiol.* 2004; 16: 620-7.
19. Haimovici F, Takahashi K, Anderson DJ. Antifertility effects of antisperm cell-mediated immunity in mice. *Journal of Reproductive Immunology.* 1992; 22:281-98.
20. Wichman CL, Ehlers SL, Wichman SE, Weaver AL, Coddington C. Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertil Steril.* 2011; 95(2): 717-21.
21. Olivius C, Friden B, Borg G, Bergh C. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertil Steril.* 2004; 81: 258-61.
22. Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaijmaat FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update.* 2007; 13(1): 27-36.
23. Wang K, Li J, Zhang JX, Zhang L, Yu J, Jiang P. Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertil Steril.* 2007; 87(4): 792-8.
24. Yong P, Martin C, Thong J. A comparison of psychological functioning in women at different stages of in vitro fertilization treatment using the mean affect adjective check list. *J Assist Reprod Genet.* 2000; 17(10): 553-6.
25. Dong YZ, Yang XX, Sun YP. Correlative analysis of social support with anxiety and depression in men undergoing in vitro fertilization embryo transfer for the first time. *J Int Med Res.* 2013; 41(4): 1258-65.
26. Massey AJ, Campbell BK, Raine-Fenning N, Pincott-Allen C, Perry J, Vedhara K. Relationship between hair and salivary cortisol and pregnancy in women undergoing IVF. *Psychoneuroendocrinology.* 2016; 74: 397-405.
27. Rooney KL, Domar AD. The impact of stress on fertility treatment. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016; 28(3): 198-201.
28. Verhaak CM, Smeenk JM, van Minnen A, Kremer JM, Kraaijmaat FW. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment. *Hum Reprod.* 2005; 20: 2253-60.
29. Gameiro S, Boivin J, Dancet EA, de Klerk C, Emery M, Lewis-Jones C, et al. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. Brussels: ESHRE; 2015.
30. Boivin J, Scanlan LC, Walker SM. Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Hum Reprod.* 1999; 14: 1384-91.
31. Doyle M, Carballo A. Infertility and mental health. *Advances in psychiatric treatment.* 2014. 2014; 20: 297-303.
32. Moran L, Tsagareli V, Norman R, Noakes M. Diet and IVF pilot study: short-term weight loss improves pregnancy rates in overweight/obese women undertaking IVF. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2011; 51: 455-459.
33. Pook M, Krause W. Stress reduction in male infertility patients: a randomized, controlled trial. *Fertil Steril.* 2005; 83: 68-73.
34. Aarts JW, Huppelschoten AG, van Empel IW, Boivin J, Verhaak CM, Kremer JA, Nelen WL. How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Hum Reprod.* 2012; 27: 488-495.
35. Gameiro S, Verhaak CM, Kremer JA, Boivin J. Why we should talk about compliance with assisted

reproductive technologies (ART): a systematic review and meta-analysis of ART compliance rates. Hum Reprod Update. 2013c; 19: 124-135.

Najpogostejše somatoformne motnje v adolescenci

Hojka Gregorič Kumperščak
Jernej Vidmar



Izvleček

Somatoformne motnje so med pogostejšimi duševnimi motnjami otrok in mladostnikov. Predstavljajo področje, kjer je diagnostična in terapevtska vloga pediatra, družinskega zdravnika ali tudi ginekologa še posebej poudarjena. Otrok s somatoformno motnjo je v stiski, trpi, okrnjena je njegova kvaliteta življenja, predvsem pa lahko negativno vpliva na njegov nadaljnji socialni in osebnostno-emocionalni razvoj. Potrebna je kompleksna diagnostična faza. Pri obravnavi je ključnega pomena dobra komunikacija ter sodelujoč odnos v prvi vrsti med zdravnikom, otrokom in starši ter tudi drugimi vključenimi specialisti in šolo. Poudarek obravnave je na kognitivno-vedenjskem in rehabilitacijskem pristopu, v primeru odkritja komorbidnih psihičnih motenj pa obravnava otroškega in mladostniškega psihiatra.

Ključne besede: somatizacija, somatoformne motnje, zdravje otrok in mladostnikov, prepoznavanje, obravnava

Abstract

Somatoform disorders are frequent mental disorders in children and adolescents. They represent an area in which the diagnostic and therapeutic role of the paediatrician, general practitioner or gynaecologist is crucial. The child with a somatoform disorder is in distress, is suffering, his quality of life is impaired and, above all, it can negatively influence his further social and personal-emotional development. There is a need for a comprehensive diagnostic assessment. Good communication and a cooperative relationship between paediatrician, child and parents, other professionals and the school is needed for good treatment outcome. Treatment emphasis is on a cognitive-behavioural and rehabilitative approach. If comorbid mental disorders are present, treatment by a child and adolescent psychiatrist is required.

Key words: somatisation, somatoform disorder, children' and adolescents' health, identification, treatment

Uvod

Osnovna značilnost somatoformnih motenj je prisotnost različnih telesnih bolezenskih znakov, ki jim ne najdemo konkretne organske osnove ali razlage. Telesni znaki povzročajo pomembno oviranost v otrokovem življenju. Prepoznavanje in različni koncepti motnje so prisotni že več tisoč let, iz moderne dobe (19. stoletje) pa velja omeniti prvenstveni prispevek francoskega zdravnika Briqueta in njegove obsežne opise oseb s posameznimi ter mnogovrstnimi medicinsko nepojasnjenimi simptomi. Že takrat je ugotavljal zgodnji razvoj oz. pojav motnje (petina pred puberteto in večina pred 20. letom) ter neugodnejšo prognozo v zvezi z zgodnjim razvojem motnje (1).

Somatoformne motnje so razdeljene v različne kategorije, vsem skupen in pomemben pa je proces somatizacije. S somatizacijo označujemo izražanje psihološke stiske oz. neugodja skozi telesno simptomatiko. Danes so prisotne mnoge teorije in modeli, ki skušajo pojasnjevati naravo in mehanizme somatizacije. Določena stopnja somatizacije je pri manjših otrocih normalna in razvojno primerna. Z odraščanjem večina otrok razvije boljše zavedanje lastnih čustev ter izboljša sposobnost njihovega izražanja z besedami in vedenjem (2,3). Tudi razvijajoča se otrokova koncepta o bolezni in bolečini vplivata na način izražanja in doživljanje telesne simptomatike. Pri otrocih v starosti 4 - 18 let se najpogosteje srečujemo z bolečinami (glavobol, abdominalna bolečina), težavami z želodcem, slabostjo, bruhanjem, omotičami, utrujenostjo, težavami z očmi in kožo. Pri mlajših otrocih (2 - 4 let) se priključujejo težave v smislu neješčnosti, zaprtja, driske, zavračanje odvajanja, zadrževanje dihanja ter pretirane skrbi biti čist, urejen. Raziskovanja poteka, prepletanja in prehajanja pritožb podpirajo predpostavko, da gre pravzaprav za enoten sindrom oz. proces, povečano pritoževanje nad telesnimi simptomi umeščajo v širši okvir internalizirajoče problematike pri otrocih (4).

V zadnjih letih mnoge študije ugotavljajo porast telesne simptomatike brez ugotovljene organske osnove pri otrocih ter poudarjajo njihov negativen vpliv na otrokovo kakovost življenja, osebnostno-emocionalni in socialni razvoj v tem občutljivem obdobju, vpliv na delovanje družine ter seveda stroške zdravstvenih sistemov. Neustrezno prepoznana in obravnavana motnja se pogosto prenese v odraslo obdobje in lahko trajno zaznamuje posameznikovo življenje. Porast somatizacijskih motenj v zahodnem svetu pojasnjujejo s spremembami v socialnem okolju, v delovanju družine in odnosih ter z nezdravim načinom življenja (5,6).

II. SOMATOFORMNE MOTNJE

Klasifikacija

Duševne motnje, pri katerih so somatske pritožbe osrednji problem, vključujejo:

1. Somatoformne motnje
 - a. Somatizacijska motnja
 - b. Hipohondrična motnja
 - c. Somatoformna avtonomna disfunkcija
 - d. Somatoformna bolečinska motnja
2. Disociativne (konverzivne) motnje
 - a. Motorična disociativna motnja
 - b. Disociativne konvulzije
 - c. Disociativna anestezijska in senzorični izpadi
 - d. Mešana disociativna motnja
 - e. Prehodna disociativna motnja v otroštvu in adolescenci
3. Nevrastenija (sindrom kronične utrujenosti)
4. Simulacija

5. Narejeno ustvarjanje ali hlinjenje simptomov ali funkcionalnih prizadetosti – ponarejena motnja (Münhausnov sindrom in Münhausnov sindrom by proxy)

Somatizacije pri otrocih so mono- in polisimptomatske, pri čemer se polisimptomatske praviloma nakopičijo okoli osrednje pritožbe, ki je največkrat bolečina v trebuhu, udih in glavobol. Pri ponavljajoči se abdominalni bolečini se tako ob bolečinah v želodcu pogosto pojavljajo tudi pritožbe o slabosti, občutek cmoka v grlu, različne gastrointestinalne težave. Glavobole pogosto spremljajo občutki omotice, vrtoglavice, bolečine v prsih, razbijanje srca, zasoplost. Bolečine v udih pa spremljajo abnormalna hoja in drža, paralize, razni občutki mrtvičenja.

Upoštevač MKB-10 se pri otrocih najpogosteje srečujemo s somatoformno bolečinsko motnjo, ki jo diagnosticiramo v primerih, ko je osrednji simptom bolečina na enem ali več predelih telesa, ko bolečina povzroča pomembno neugodje ali oviranost ter je nakazana pomembna vloga psiholoških dejavnikov pri razvoju in vzdrževanju bolečine.

Kasneje se lahko srečujemo tudi z že razvito somatizacijsko motnjo, ko lahko sledimo dolgotrajnejšim, ponavljajočim se vzorcem telesnih simptomov, ki se pojavljajo na različnih področjih (različne prebavne motnje, bolečine, psevdonevrološke težave). Ko otroci ne navajajo telesnih simptomov, temveč hud strah pred boleznijo kljub negativnim izvidom in izključitvi možnosti bolezni skozi preiskave, se odločimo za diagnozo hipohondrične motnje. V primerih, ko se srečujemo z motorično in senzorično simptomatiko brez nevrološke osnove oz. razlage ter lahko prepoznavamo povezavo med začetkom ali poslabšanjem simptomatike ter psihološkimi dejavniki oz. stresorji, diagnosticiramo konverzivno/disociativno motnjo. Konverzivni simptomi so pogostejši pri adolescentih, najpogostejše pa so pritožbe v smislu psevdopileptičnih napadov, sinkop, omotic, vrtoglavic, tremorja, motoričnih disfunkcij, motenj zaznavanja, motenj spanja pa tudi težav pri požiranju in psihogenega kašlja.

Za ljudi z nevrastenijo je značilno občutje velike utrudljivosti in izčrpanosti že po manjših naporih, splošna telesna šibkost in nesposobnost za večje miselne napore. Pri otrocih oz. večkrat adolescentih z osrednjo pritožbo, da se hitro zelo utrudijo, kar ni posledica organske bolezni in se pomembno ne zmanjša s počitkom, se največkrat v prvi meri odločamo za diagnozo sindroma kronične utrujenosti. Največkrat (v 2/3 primerov) opisujejo se sindrom razvije po akutnem bolezenskem, vročinskem stanju.

Ponarejena motnja se nanaša na sicer zavestno izvedena samoškodovalna vedenja in simulacijo somatskih pritožb, ki pa imajo nezavedne motive. Simuliranje pa se nanaša na specifični, zunanji cilj (npr. odškodnina, izogibanje pravni odgovornosti, delu ipd.)

Epidemiologija

Raziskav o incidenci in prevalenci specifičnih somatoformnih motenj v otroštvu in adolescenci je malo, doslej znani rezultati so precej različni (tudi če izključimo kulturni dejavnik). Ugotavljajo, da do razlik ne prihaja zaradi različnega razumevanja in meril motenj, temveč pomanjkljivega prepoznavanja in diagnosticiranja le-teh. Prevalenca somatizacijske motnje pri otrocih in mladostnikih naj bi variirala med 2 - 10 %.

Najpogosteje raziskovani telesni simptom v razvojnem obdobju je glavobol, pri čemer najdene prevalence variirajo v intervalu od 6 - 57 % (odvisno od definicije in klasifikacije glavobola). Vrednosti prevalence ponavljajočih abdominalnih bolečin v razvojnem obdobju variirajo v intervalu od 9 - 25 %, bolečine v udih pa 3 - 33 %. Pogoste so kombinacije in prehajanja simptomov. V do sedaj redkih raziskavah ugotavljajo prevalenco sindroma kronične utrujenosti v razvojnem obdobju v okviru 23 - 116 na 100.000. Somatoformna motnja naj bi bila prisotna pri četrtini otrok z glavoboli in petini otrok z abdominalnimi bolečinami in bolečinami oz. težavami z udi, mišicami. Opravljene študije, ki so proučevale spremembe v prevalenci in vrsti somatskih pritožb v zadnjih desetletjih, ugotavljajo konstanten porast le-teh (5). Sopotnost drugih psihičnih motenj ugotavljajo v 10-30 %.

Že dolgo in mnogokrat potrjena je sopojavnost in povezanost somatizacijskih motenj ter depresije in anksioznih motenj, vse pogosteje pa ugotavljajo tudi pomembno povezanost z vedenjsko in hiperaktivno simptomatiko.

Zgodnejše raziskave so odkrivale pomembno večjo pogostost somatskih pritožb pri mlajših otrocih. Novejše raziskave ne potrjujejo povezave med starostjo in pogostostjo somatskih pritožb, opisujejo pa, da je s starostjo nakazan trend v smeri polisimptomatike ter da prihaja do sprememb v prevladujočih težavah. Pri mlajših otrocih se najpogosteje srečujemo z abdominalno bolečino, kasneje z glavoboli, psevdonevrološki simptomi pa so najpogostejši v adolescenci (7). Prav tako ni večje razlike v pogostnosti pritožb med dekleti in dečki v pred- pubertetnem obdobju, v kasnejših obdobjih pa je pomembno več pritožb na strani deklet.

Prepoznavna somatoformnih motenj

Vodenje otrok z neugodnimi in vztrajnimi medicinsko nepojasnjenimi simptomi je kompleksno in od zdravnika zahteva primerno medicinsko preiskavo ter odkrivanje emocionalne in vedenjske problematike skupaj z otrokom in družino. Diagnosticiranje somatoformnih motenj ne sme biti le rezultat izključevanja možnih telesnih bolezni, temveč mora temeljiti na pozitivnih odkritjih predispozicijskih, sprožilnih in vzdrževalnih psihičnih dejavnikov. Tako kot je težko dokončno in zagotovo dokazati vsakršno odsotnost telesne bolezni, je tudi težko z vso gotovostjo dokazati, da je določen simptom psihogene narave. Kot je na eni strani prisotna skrb, da ne bi spregledali telesne bolezni, je na drugi skrb, da ne bi prepoznali oz. odkrili težje psihične motnje in predvsem možne zlorabe in travmatizacije.

Najprej je potrebna skrbna ocena prisotnosti psihopatologije pri otrocih in mladostnikih, s poudarkom na prepoznavanju anksioznosti in depresivne simptomatike. Poleg intervjuja lahko koristne informacije dobimo tudi z uporabo različnih vprašalnikov in lestvic (npr. Child Behavior Checklist in sorodne lestvice, Child Depression Inventory in druge vprašalnike depresivnosti, State-trait Anxiety Inventory in druge vprašalnike anksioznosti, Child Somatization Inventory, Vprašalnik travmatiziranosti otrok in mladostnikov. Navedeni vprašalniki so prevedeni v slovenščino).

Pri prepoznavanju somatizacije so nam je lahko v pomoč odkrivanje naslednjih ključnih značilnosti (8):

- bližina/povezanost simptoma in psihosocialnih stresorjev;
- prisotnost psihiatrične motnje, ki jo je možno diagnosticirati;
- povezanost simptoma s psihološko ali odnosno koristjo za otroka;
- obstoj modela za simptom v otrokovem neposrednem okolju;
- simptom ima jasno prepoznavno komunikativni ali simbolični pomen v otrokovem socialnem okolju;
- simptom krši sedaj znane anatomske in fiziološke vzorce in modele;
- dovzetnost simptomov na placebo, sugestijo ali psihološke postopke;
- pomirjanje s strani staršev in pomembnih odraslih glede telesne simptomatike ima majhen vpliv na otroka;
- intenzivnost pritoževanja oz. simptomatika se spreminja glede na aktualne osebne, družinske in socialne dejavnike;
- zaskrbljenost in odzivi staršev na otrokovo telesno simptomatiko so pretirani;
- otrok je pretirano obremenjen s preverjanjem določenega telesnega področja;
- anksioznost, depresivnost oz. druge psihične motnje v družini;
- kronična telesna bolezen pri starših.

Potrebno je opozoriti, da se vsi opisani znaki lahko pojavljajo tudi pri posameznikih z dokazano telesno boleznijo. Dodatno težavo pri prepoznavanju in diagnosticiranju predstavlja dejstvo, da se somatizacija in telesna bolezen lahko pojavljata simultano in povezano na različne načine.

Kompleksna ocena in diagnosticiranje somatoformnih motenj pa zahteva pridobivanje informacij od otroka, staršev, šole in predvideva prepoznavanje in sintezo predispozicijskih, sprožilnih, vzdrževalnih in varovalnih dejavnikov (4,9).

Predispozicijski dejavniki

- Dejavniki ki pogojujejo nagnjenje k somatizaciji stiske in določajo njeno obliko, so:
- biološka ranljivost;
- psihofiziološka reaktivnost;
- psihološke značilnosti posameznika (sugestibilnost, težaven temperament, nižja inteligentnost, nizko samospoštovanje, zunanji lokus kontrole);
- zgodnje izkušnje bolezni;
- značilnosti družine (prepletenost, pretirana zaščita, togost, pomanjkljivo reševanje konfliktov, družinska kultura, za katero je značilno izražanje stiske s telesno simptomatiko in ko vloga bolnika prinaša nego in skrb);
- kulturni dejavniki (nekatero kulture zavirajo izražanje občutkov, čustev).

Sprožilni dejavniki

- Somatizacijske motnje se lahko razvijejo po bolezni ali poškodbi posameznika ter pomembnejših stresnih dogodkih. Pogostejši stresorji so:
- smrt v družini in drugih bližnjih;
- različne oblike zlorabe v družini in zunaj nje;
- rojstvo sorojenca;
- konflikti v družini;
- selitev družine;
- bolezen ali nesreče otroka in družine;
- nezaposlenost staršev;
- sprememba šole, prehod v srednjo šolo, šolske obveznosti in (ne)uspeh;
- nadlegovanje, poniževanje in nasilje s strani vrstnikov.

Vzdrževalni dejavniki

- biološki (povišana raven avtonomnega vzbujenja, slabotno delovanje imunskega sistema);
- psihološki (primarne in sekundarne koristi, zunanji lokus kontrole, kognitivne distorzije, nezreli obrambni mehanizmi, disfunkcionalne strategije obvladovanja);
- družinski (podkrepljevanje vloge bolnika, porušena generacijska hierarhija, triangulacija, družinski konflikti, ekstremna odzivnost na simptome);
- starši (somatske težave staršev, depresivni ali negativni atribucijski stil, nesamozavest, zunanji lokus kontrole, nezreli obrambni mehanizmi, disfunkcionalne strategije obvladovanja, nezaupljivost, pomanjkljivo poznavanje otrokovih telesnih težav);
- socialna mreža (pomanjkanje socialne podpore, socialna prikrajšanost, visoka stopnja stresa v družini);
- obravnava (zanikanje vloge psiholoških dejavnikov, družina je ambivalentna do reševanja problema, družina se še nikoli ni sprijela s podobnim problemom, družina odklanja razlago motnje in načrt reševanja, pomanjkljiva koordinacija strokovnjakov);
- stigmatizacija duševnih motenj in s tem povezano vztrajanje v iskanju telesnega vzroka.

Diferencialna diagnoza

Otroci s somatoformnimi motnjami imajo mnoge simptome enake kot otroci z drugimi motnjami. Mnogo otrok s somatoformnimi motnjami ima diagnosticirane tudi druge vedenjske in emocionalne motnje. Potrebna je natančna ocena, saj se oblike zdravljenja pomembno razlikujejo oz. je včasih potrebno vzporedno zdravljenje dveh ali več motenj.

V diferencialni diagnostiki moramo pomisliti na:

- nediagnosticirano organsko bolezen,
- depresijo,
- anksiozne motnje,
- obsesivno-kompulzivne motnje,
- disociativne motnje,
- psihotične motnje.

Obravnava somatoformnih motenj

Pri obravnavi somatizacije oz. somatoformnih motenj pri otrocih je še bolj kot pri ostalih psihičnih motnjah pomembna vloga otrokovega osebnega zdravnika. Pomemben je odnos zdravnika do otroka in njegove bolezni, vedno moramo imeti v mislih, da so simptomi za otroka in njegovo družino resnični, da dejansko trpi in je oviran v delovanju. Otroku in družini je potrebno pojasniti, da kompleksna ocena njegovih težav oz. simptomov zahteva odkrivanje telesnih in duševnih dejavnikov hkrati, jim s tem približati biopsihosocialni pogled na bolezen, kar pogosto pomaga odstraniti strah pred odkrivanjem psihogene etiologije in izboljša njihovo sodelovanje v procesu ocenjevanja in zdravljenja. V večji meri bodo sledili našim priporočilom, lažje bodo sprejeli sodelovanje mentalnohigienske službe.

Terapevtske obravnave somatoformnih motenj v razvojnem obdobju se razlikujejo v odvisnosti od prepoznanih dejavnikov v ocenjevalni fazi ter modela razumevanja psihopatologije. Campo (1, 10) povzema danes prevladujoči model obravnave somatoformnih motenj v naslednjo shemo:

1. Temeljita ocena.
2. Jasno in odkrito sporočanje, razlaga diagnoze. Poudarek je na predstavitvi kompleksnega razumevanja težav.
3. Kognitivno-vedenjski in rehabilitacijski pristop. Rehabilitacijski pristop se nanaša na spodbujanje otroka k vračanju v običajne aktivnosti in odvrčanje od vedenja, povezanega z vlogo bolnika. Vspodbuja premik k otrokovi odgovornosti in vključenosti v uspešno vračanje k zdravemu delovanju in zmanjšuje težo prepričanj, da se lahko otrok vrne v razvojno normalno delovanje šole, ko simptomi v celoti izginejo. Otroku naj postane aktivni sodelavec, ki se opremlja s potrebnimi spretnostmi spoprijemanja, vključujejo se elementi vedenjsko-kognitivne terapije, nudi se mu pomoč pri obvladovanju stresorjev (šola, vrstniki). Skrb namenjamo tudi ustrezni vzpostavitvi osnovnih življenjskih ritmov (spanje, hranjenje, aktivnost/pasivnost, vznemirjenost/sproščenost). V tem delu različni terapevtski programi najpogosteje vključujejo:
 - psihoedukacijo;
 - spremljanje in opazovanje simptomov, samoopazovanje (vodenje dnevnikov, prvo prepoznavanje sprožiteljev, realnejši opis problema);
 - sprostitveni trening (največkrat jih vpeljujemo v progresivno-mišično relaksacijo, vaje dihanja, starejše tudi v avtogeni trening);
 - vedenjsko-kognitivno terapijo (poudarek je na prepoznavanju lastne pozornosti na telesno

dogajanje, na oceno in razlago tega dogajanja, na kognitivne distorzije, predvsem pa v razvijanje novih tehnik spoprijemanja in komuniciranja);

- družinsko svetovanje (v zvezi z odnosi, vzgojo, komunikacijo v družini, neustreznimi kognitivnimi in vedenjskimi vzorci staršev v zvezi s telesno simptomatiko);
- sodelovanje s šolo (čim popolnejšo informacijo bodo imeli na šoli, bolj ustrezno se bodo lahko odzivali na otrokove težave).

4. Intenzivna pedopsihiatrična obravnava odkritih komorbidnih psihičnih motenj (farmakoterapija, različne oblike psihoterapevtske obravnave).

Kognitivno-vedenjska terapija se je pokazala kot učinkovita tudi pri obravnavi sindroma kronične utrujenosti pri adolescentih. Program se je razlikoval glede na aktivne in pasivne bolnike. Vključeval je izgrajevanje dejavnosti pri pasivnih ter učenje prepoznavanja in sprejemanja aktualnega stanja utrujenosti in oviranosti, prilagajanje dejavnosti in upoštevanje lastnih meja pri aktivnih.

Zaključek

Somatizacija in že razvite različne oblike somatoformnih motenj so v razvojnem obdobju zelo prisotne ter so lahko velik problem za otroka, družino in zdravstveni sistem. Otrok s somatoformno motnjo je v stiski, trpi, okrnjena je kakovost njegovega življenja, predvsem pa lahko motnja negativno vpliva na njegov nadaljnji socialni in osebno emocionalni razvoj. Somatoformnih motenj pogosto ustrezno ne prepoznamo in diagnosticiramo. Različni avtorji povzemajo, da se je potrebno dodatno opremiti in senzibilizirati za prepoznavanje intrapsihičnih, družinskih in socialnih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje.

Obravnava somatoformnih motenj mora temeljiti na prepoznanih predispozicijskih, sprožilnih in vzdrževalnih dejavnikov, predvsem pa je v prvi vrsti ključnega pomena dobra komunikacija ter sodelujoč odnos med pediatrom, otrokom in starši ter tudi drugimi vključenimi specialisti in šolo. Poudarek obravnave je na kognitivno-vedenjskem in rehabilitacijskem pristopu. Pozorni moramo biti tudi na možnost sopojavnosti drugih psihičnih motenj. Najpogosteje so to anksiozne motnje in depresija. V teh primerih je ustrezna vključitev v obravnavo pri otroškem in mladostniškem psihiatru.

Literatura

1. Campo J, Reich MD. Somatoform disorders. In: Netherton SD, Holmes B, Walker CE eds.. *Child and Adolescent Psychological Disorders: A Comprehensive Textbook*. Oxford: Oxford University Press, 1999: 320-43.
2. Garralda M. Somatization in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1996; 37: 13-34.
3. Campo J, Fritsch S. Somatisation in children and adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994; 33: 1223-35.
4. Carr A. *The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach*. London: Routledge; 1999.
5. Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, Helenius H, Piha J. Have There Been Changes in Children's Psychosomatic Symptoms? A 10-Year Comparison From Finland. *Pediatrics* 2005; 115: 434-41.
6. Fritz G, Fritsch S, Hagino O. Somatoform disorders in children and adolescents: A review of past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 1329-38.
7. Egger H, Costello E, Erkanli E, Angold A. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: Stomach aches, musculoskeletal pains and headaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38: 852-60.
8. Haugaard J. Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children

and adolescents who have been severely maltreated: somatization and other somatoform disorders. *Child maltreatment* 2004; 9: 169-76.

9. Sharman, W. *Children and adolescents with mental health problems*. London: Bailliere Tindall; 1997.
10. Campo J, Fritz G. A management model for pediatric somatization. *Psychosomatics* 2001; 42, 467-76.

Psihosomatski vidiki ogroženosti ploda v nosečnosti

Faris Mujezinović



Povzetek

Kmalu po zanositvi in v prvih trimestrih nosečnosti vzpostavlja nosečnica zelo občutljivo čustveno zvez s svojim še nerojenim otrokom. Koliko močna bo ta navezanost, določajo številni dejavniki, med ostalim tudi presejalne genetske preiskave v nosečnosti.

Združevanje preiskav je poleg zviševanja stopnje odkrivanja genetskih bolezni povečalo zahtevnost genetskega svetovanja in razlage rezultatov. Tveganje izraženo v statističnih izračunih uvaja dejavnik nesigurnosti, ki ga nekateri pari pogosto ne razumejo, v primeru povišanega tveganja pa zvišuje stopnjo tesnobe in čustvenega stresa ne samo pri nosečnici, ampak tudi pri partnerju.

Ta čustvena ohromelost lahko zavre razvoj ploda, spremeni njegovo osebnost kasneje v odrasli dobi in povečuje tveganje za prezgodnji porod. Zato je skrb za psihološko dobrostanje nosečnice terapevtski ukrep vreden dodatne pozornosti.

Ključne besede: navezanost na plod, tesnoba nosečnice, prenatalni testi, psihologija nosečnice

Abstract

Soon after pregnancy and during the first trimesters of pregnancy, the pregnant woman is creating a very sensitive emotional connection with her unborn child. How strong this attachment will be determined by many factors, including screening genetic testing in pregnancy. In addition to increasing the level of detection of genetic diseases, pooling of investigations has increased the complexity of genetic counseling and interpretation of results. The risk expressed in statistical calculations introduces a factor of uncertainty that some couples often do not understand, and in the event of an increased risk it increases the level of anxiety and emotional stress not only in the pregnant woman, but also in the partner. This emotional paralysis can inhibit the development of the fetus, change his personality later in adulthood and increase the risk of premature birth. Therefore, the concern for the psychological well-being of a pregnant woman is a therapeutic measure worth the extra attention.

Key words: attachment to fetus, anxiety of pregnant women, prenatal tests, psychology of a pregnant women.

Uvod

Odločitev za potomstvo je eno najbolj pomembnih odločitev v življenju, rojstvo zdravega otroka pa končni cilj nosečnosti. Čeprav večina nosečnosti poteka brez zapletov, poznamo tudi primere, ko se nosečnost ni končala s srečnim koncem.

Z različnimi preiskavami in ukrepi marsikdaj preprečimo slab izid nosečnosti, včasih pa z rezultati pripravimo nosečnico na slabe novice. Pri marsikateri nosečnici sproži proces hudo tesnobo in stres, ki se stopnjuje z nujnostjo odločitve kako naprej.

Čustveni nemiri dosežejo svoj višek s slabo prognozo za nosečnost in plod in z odločitvijo za prekinitev nosečnosti oz. splav. Pri normalnih rezultatih pa se lahko čustvena stanja nosečnice negativno odrazijo na nosečnost in plod.

Psihološka zvez med nosečnico in plodom

Navezanost nosečnice in njenega partnerja na še nerojenega otroka

Zaradi hormonskih sprememb gre nosečnica skozi široko paleto močnih čustvenih stanj s bodisi pozitivnim bodisi z negativnim predznakom. Pozitivna čustva so zrcalijo v pisanih predstavah o razvijajočem se otroku, ki pogosto pripeljejo nosečnico v stanje navezanosti na plod, še preden se rodi. Pri nekaterih parih je navezanost močno izražena, pri nekaterih pa nekoliko manj. Dejavniki, ki vplivajo na stopnjo navezanosti so zelo raznoliki. Znani vključujejo splošno izobraženost ženske, znanje o nosečnosti in možnih zapletih, ter zanositev z biomedicinsko pomočjo. Ugotovljeno je, da so nosečnice, ki so se pred nosečnostjo zdravile proti neplodnosti, nagnjene k višji stopnji navezanosti (1).

Poleg omenjenih dejavnikov, naveznost na plod utrjujejo še tridimenzionalne ultrazvočne preiskave, ki nosečnici olajšajo predstavljenje ploda v prostoru, plod bližje spoznajo in se z njim kot z že rojenim identificirajo (2).

Seveda, v nosečnosti delujejo tudi dejavniki, ki znižujejo stopnje navezanosti matere na plod. Raziskave kažejo, da se ženske, ki so dobro obveščene o prenatalnih genetskih testih navezujejo nekoliko kasneje na svoj plod in dlje časa do njega držijo čustveno distanco (3).

Za nekatere parametre kot je štetje gibov v tretjem trimestru ni znana vloga glede povezovanja matere na plod. Zaradi nasprotujočih se podatkov v literaturi, ni namreč jasno, ali štetje gibov ima ali nima vpliva na ta proces (4).

Tesnoba nosečnic in njihovih partnerjev

Namen preiskav v nosečnosti je odkriti patološka stanja, še preden se klinično manifestirajo. S tem, da aktivno iščemo negativne aspekte v nosečnosti, se pri nosečnici neizogibno priključijo tesnoba, psihološka reakcija na realno ali umišljeno grožnjo (5). Preiskave, ki pri tem še dodatno izstopajo so ultrazvočne ali genetske preiskave. Takšne preiskave pri nosečnici sprožijo čustvene reakcije, pogosto z negativnim predznakom in so povezane s tesnobo.

Večja navezanost na nerojenega otroka intenzivira tesnobo pri opravljanju prenatalnih testov. To še posebej velja pri nosečnicah s pozitivnim presajalnim testom, ki so napotene na dodatno invazivno diagnostiko (6-11). Podobna intenzivna čustvena doživetja imajo tudi partnerji, vendar nekoliko manj kot njihove partnerke. Razlog se nahaja v tem, da partnerji vprašanja nosečnosti doživljajo posredno preko partnerke in ne direktno na lastni koži (12, 13).

Tesnoba preprečuje čustveno povezovanje nosečnice in partnerja z njihovim nerojenim otrokom, vse dokler s prenatalnimi testi ne dokažejo, da je pri njih vse v redu. Zato je zelo pomembno, da se nosečnici ustvari okolje, ki jo bo pomirilo in omogočalo graditev te čustvene vezi. Obstajajo tudi drugi presejalni testi kot je na primer jemanje vaginalnega brisa za določanje streptokoka v

nožnici, ki ne povečujejo stopnjo tesnobe pri nosečnicah (14).

Vpliv genetskih testov na čustveno stanje nosečnice

Odločanje za prenatalno testiranje

Genetski testi, ki ocenjujejo, ali ima plod genetsko bolezen ali ne, upoštevajo podatke iz družinske in osebne anamneze, prejšnje nosečnosti in izvide presejalnih testov. Če je tveganje visoko, nosečnica je pred odločitvijo, ali bo šla na dodatne, pogosto invazivne preiskave.

Na odločitev vpliva ne le objektivna nevarnost, ampak tudi subjektivno doživljanje tveganja in čustveno stanje nosečnice. Pod stresom nosečnica slabše razume sporočene informacije pri svetovanju in zelo težko tehta med koristmi in slabostmi posamezne odločitve. To še bolj izraženo, ko so ocene tveganj pridobljenih na osnovi presejalnih testov, sporočane v obliki statističnih izračunov, ki jih marsikatera nosečnica in njen partner zelo težko razumeta (15).

Na končno odločitev močno vplivajo informacije v obliki zloženk, spletnih strani, videoposnetkov in posvetovanj z zdravnikom. Po posvetu z zdravnikom o pozitivnih rezultatih presejalnih testov se nosečnice pogosteje odločajo za potrebne dodatne invazivne teste. O svoji odločitvi se nosečnica še posvetuje z najbližjimi člani družine. Če so pozitivno naravnani do tovrstnih preiskav bodo na vplivali na nosečnico, da se preiskava opravi. Enako velja tudi nasprotno.

Kaj narediti po dokončni potrditvi genetske bolezni otroka, prekiniti ali nadaljevati nosečnost, so dileme, od katerih je odvisna odločitev za dodatne preiskave.

Psihološke posledice prenatalnega odločanja

Dejavnik nesigurnosti izvidov presejalnih testov v nosečnosti kot dodaten stresni dejavnik obremenjuje psiho ter povzroča tesnobo (16).

Z razvojem prenatalnega testiranja, ki vključuje več tipov preiskav kot je na primer nuhalna svetlina, dvohormonski test in drugi, se povečuje zapletenost presejanja, kar vpliva na subjektivno dojetje tveganja, in izbire prave odločitve. To pri nosečnici ustvarja stisko.

Po odločitvi za invazivne preiskave je tesnoba največja pred posegom in neposredno po posegu. Presenetljivo je, da se z uvedbo hitrega testa s katerim nosečnica dobi bistveno hitreje odgovor za najpogostejše kromosomske nepravilnosti, se zgodnja anksioznost nekoliko zmanjša, celotna tesnoba pa ostane nespremenjena (17).

Ugotovljeno je, da nosečnice, ki so imele biopsijo horionskih resic prej začutijo zmanjševanje anksioznosti in depresije kot tiste, pri kateri je opravljena amniocenteza. To predvsem velja takrat, ko je ugotovljeno povišano tveganje in ne ko je razlog za amniocentezo starosti nosečnice. Takrat so namreč pri večini nosečnic rezultati preiskave normalni.

Tiste s patološkimi rezultati preiskav prevzamejo nekoliko zavračljivo stališče proti nosečnosti in so manj prepričane o zdravju svojega otroka, kot tiste z normalnimi rezultati. Raziskave kažejo, da se takšen odnos nadaljuje še celo 3 tedne po normalnih rezultatih dodatnih testov. Seveda je potrebno še upoštevati osebnost nosečnice in način njenega soočanja s težavami.

Zanimivo je, da hujšo stisko nosečnice povzročajo slabi rezultati testov, ki se bolj nanašajo na otroka kot na mater (18).

Pri nekaterih parih obstaja možnost rojstva otroka z avtosomno recesivno genetsko nepravilnostjo, ki se podeduje, če sta oba starša nosilca mutacije gena. Ali se bosta starša odločila za ugotavljanje prenašalstva je odvisno od vrste in stopnje bolezni ter možnostih zdravljenja.

Za testiranje se ne odločijo tisti pari, ki tveganja doživljajo kot nezadostno visoka in tisti, ki so manj informirani o sami bolezni. Negativno stališče do splava običajno postavi starše na stališče proti testiranju (19).

Odločitev, ali se bodo starši odločili za testiranje ali ne, je odvisna tudi od tega, na kakšen način so dobili informacije o bolezni, ter o načinu in smislu testiranja. Ugotovljeno je, da zloženke, videji in edukativne spletni strani prispevajo k tem da se nosečnice več odločajo za tovrstna testiranja (20).

Večja stopnja odločanja za testiranja je prisotna pri hudi in življenjsko ogrožujoči bolezni, ki se pa lahko zdravi, omili, ali pa preprečijo zapleti.

Psihološke posledice ugotavljanja prenašalstva

Ugotavljanje prenašalstva ni le medicinska odločitev, ampak tudi socialna, ker rezultati testov poleg medicinskega pomena vplivajo tudi na položaj nosečnice v družbi.

Raziskave so pokazale, da pozitiven test poveča stopnjo anksioznosti in občutka sramu ter je še povezan z zniževanjem socialnem statusa. V nekoliko starejši raziskavi v okolju z visoko incidenco prenašalstva, so starši svojim otrok, pri katerih je bilo pri njihovih bodočih življenjskih partnerjih odkrito prenašalstvo, odsvetovali in preprečevali poroke z njimi, kljub temu, da se to ne odraža na njihove potomce (drugi partner ni bil prenašalec). Takšno socialno reakcijo na testiranje potrjujejo tudi nekoliko novejša raziskave (21, 22).

Po drugi strani izključitev prenašalstva prinaša duševni mir, pri pozitivnem rezultatu pa občutek brezpomočnosti (23).

Vpliv lažno negativnih rezultatov na psiho nosečnice

Proces prenatalnega presejanja sploh ni enostaven proces. Zlahka zgodi, da nosečnicam test ni ponujen pravočasno, ali da se zanj sploh ne odločijo, ali da po pozitivnem presejalnem testu ne opravijo nadaljni diagnostični test ali pa da se ne odločijo za prekinitev po dokončni pozitivni invazivni preiskavi.

Pri starših so pogosto prisotna nerealna pričakovanja glede zmožnosti preiskave kot je na primer, da preiskave odkrijejo vsak primer Downovega sindroma. Nekateri starši težko razumejo, da se kljub normalnem rezultatu presejalnega testa lahko rodi otrok za Downovim sindromom.

Pri tem lažno negativen rezultat pri parih povzroča določene psihološke posledice. Razvijajo se občutki jeze, ki so usmerjeni proti zdravnikom, pojavi se tudi določena stopnja zavračanja otroka, ki po raziskavah lahko traja celo 4 leta od rojstva otroka.

Zato je v pogovoru s starši pred opravljenjem preiskave zelo pomembno, da se poudarijo njene omejitve in da se staršem pove, da so kljub normalnem izvidu še vedno prisotna rezidualna tveganja. Ustrezna komunikacija igra pomembno vlogo.

Vpliv matrinega stresa na plod

Bolezni otroka

Že dolgo je znano, da kronični stres in tesnoba matere slabo vplivata na razvoj otroka in na njem lahko pustita trajne posledice. V stresu izločajo visoke koncentracije kortikotropin sproščujočega hormona (CRH) in glukokortikoidov kot je kortizol.

Nastane vazodilatacija in fetus ne dobiva zadostne količine kisika in hranil (24).

Spreminjajo se metabolni procesi v fetusu, ki zaradi tega postaja bolj izpostavljen delovanju matrinega kortizola (25).

Dolgoročna posledica teh metabolnih sprememb v fetusu se lahko kasneje v življenju klinično kažejo kot diabetes tipa 2 in debelost. Če pa se zgodijo v trenutkih, ko je plod še posebej občutljiv na stresorje, se lahko zrcalijo v motnjah spomina, čustvenih motnjah in v slabšem delovanju frontalnega lobusa. To se odraža tudi v anatomskih spremembah kot je manjša velikost hipokampus (26-28).

Kateholamini, ki jih pri stresu in tesnobi izloča avtonomni živčni sistem, s povečanim uporabi v uterini arteriji in zniževanjem arterijskega pritiska, v tej žili zmanjšujejo pretok krvi, kar se lahko

odraža z manjšo fetalno glavico in manjšim obsegom trebuha (29).

Vpliv čustev na nosečnost in plod

Izpostavljenost stresu med razvojem hipokampusa, ki je odgovoren za prostorski spomin, zmanjšuje tvorbo sinaps v možganih za vsaj 30 % (30).

Ugotovljeno je, da prenatalni stres povečuje nivo ekspresije kortikotropin-sproščujočega hormona (CRH) v amigdalih. S tem se pri otroku ustvari nagnjenost k depresiji in povečani izpostavljenosti k stresnim situacijam s podaljšanim okrevanjem in težavam z reguliranjem čustev (31-33).

Ugotovljeno je celo, da prenatalna tesnoba v tretjem trimestru nosečnosti pozitivno korelirana s težavnim temperamentom otrok pri 10. tednih in 7. mesecih starosti.

V raziskavah na živalih je ugotovljeno, da prenatalni stres vpliva na razvoj obnašanja, timične in imunske funkcije.

Prezgodnji porod predstavlja resen zaplet nosečnosti in če se zgodi zelo zgodaj v nosečnosti, lahko povzroči hude okvare pri plodu. Zaradi tega je potrebno narediti vse, da ga preprečimo. V ta namen so se razvile tudi diagnostične preiskave, da ugotovijo dolžino materničnega vratu in da z uporabo progesterona oz. cerklaže preprečimo najhujše.

Poleg teh obstetričnih prijemov ne smemo pozabiti tudi vpliv psihe nosečnice na potek nosečnosti. Ugotovljeno je, da povečana stopnja stresa lahko pripelje do prezgodnjega poroda zaradi sprememb v imunskih procesih. Zmanjšana imunost vodi v prezgodnji porod brez jasnega infektološkega agensa, ali pa poveča občutljivost za okužbe oz. sprožitve imunskih procesov, ki so pripeljali do vnetja in posledično prezgodnjega poroda (34, 35).

Znano je, da so okužbe in vaginoza kot potencialni povzročitelji prezgodnjega poroda za 30 % pogostejše pri nosečnicah z anksioznimi čustvi (36, 37).

Stanje dodatno slabša dejstvo, da stres pri nosečnicah zmanjšuje nivo progesterona in povečuje nivo prostaglandinov, ki stimulirajo popadke. Zaradi popadkov se maternično ustje lahko odpre in pride do prezgodnjega poroda (38, 39).

Zaključek

Raziskave kažejo, da stres in tesnoba, ki so lahko prisotni pri nosečnici zaradi različnih vzrokov, lahko ogrozijo razvoj otroka in na njem pustijo resne posledice.

Posledice tesnobe čustvenega stanja lahko zelo negativno vplivajo na samo nosečnico ter njen odnos do nerojenega otroka. Pri opravljanju različnih testov v nosečnosti je potrebno upoštevati tudi psihične posledice, ki jih takšni testi puščajo pri nosečnici ter pomisliti na to, kako bodo rezultati testov vplivali na njen socialni status.

Raziskave, ki so do sedaj bile opravljenе so pokazale, da različni testi v nosečnosti lahko močno vplivajo na psihično stanje nosečnice, zato je smiselno organizirati dodatne raziskave na tem področju.

Literatura

1. Chen CJ, Chen YC, Sung HC, Kuo PC, Wang CH. Perinatal attachment in naturally pregnant and infertility-treated pregnant women in Taiwan. *J Adv Nurs* 2011;67(10):2200-8
2. de Jong-Pleij EA, Ribbert LS, Pistorius LR, Tromp E, Mulder EJ, Bilardo CM. Three-dimensional ultrasound and maternal bonding, a third trimester study and a review. *Prenat Diagn.* 2013;33(1):81-8.
3. Rowe H, Fisher J, Quinlivan J. Women who are well informed about prenatal genetic screening delay emotional attachment to their fetus. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*

- 2009;30,1:34-41
4. Saastad E, Israel P, Ahlborg T, Gunnes N, Frøen JF. Fetal movement counting - effects on maternal-fetal attachment: a multicenter randomized controlled trial. *Birth* 2011;38(4):282-93.
 5. Austin MP, Leader L: Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2000, 40(3):331-7.
 6. Leifner M: Psychological effects of motherhood: A study of first pregnancy. New York: Praeger; 1980
 7. Shereshesky PM, Yarrow LJ: Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation. New York: Raven; 1973.
 8. Hart R, McMahan CA: Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health* 2006, 9: 329-337.
 9. Anderson VN, Fleming AS, Steiner M: Mood and the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1994, 12:69-77.
 10. Armstrong D, Hutti M: Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 1998, 27(2): 183-189.
 11. Condon JT, Corkindale J: The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology* 1997, 70:359-372.
 12. Kowalcek I, Muhlhoff S, Bachmann S, Gembruch U: Depressive reactions and stress related to prenatal medicine procedures. *Ultrasound in Obstetrics and Gynaecology* 2002, 19:18-23.
 13. Sahin NH, Gungor I: Congenital anomalies: parents' anxiety and women's concerns before prenatal testing and women's opinions towards the risk factors. *Journal of Clinical Nursing* 2008, 17(6): 827-36.
 14. Cheng PJ, Shaw SW, Lin PY, Huang SY, Soong YK. Maternal anxiety about prenatal screening for group B streptococcus disease and impact of positive colonization results. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006; 128 (1-2): 29-33.
 15. Statham, H., & Green, J. (1993). Serum screening for Down's syndrome: Some women's experiences. *British Medical Journal* 1993; 307: 174-176.
 16. Baum A, Friedman AL, Zakowski SG. Stress and genetic testing for disease risk. *Health Psychology* 1997: 16; 8-19.
 17. Mujezinovic F, Prosnik A, Alfirevic Z. Different communication strategies for disclosing results of diagnostic prenatal testing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 10; (11): CD007750.
 18. Harris JM, Franck L, Michie S. Assessing the psychological effects of prenatal screening tests for maternal and foetal conditions: a systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2012: 30: 222-246.
 19. Eng CM, Schechter C, Robinowitz J, Fulop G, Burgert, Levy BT, Zinberg R, Desnick RJ. Prenatal genetic carrier testing using triple disease screening. *Journal of the American Medical Association* 1997; 278: 1268-1272.
 20. Sorenson JR., Chevront B, DeVellis B, Callanan N, Silverman L, Koch G, Sharp T, Fernald G. (1997). Acceptance of home and clinic-based cystic fibrosis carrier education and testing by first, second, and third degree relatives of cystic fibrosis patients. *American Journal of Medical Genetics* 1997; 70: 121-129.
 21. Stamatoyannopoulos, G. Problems of screening and counseling in the hemoglobinopathies. In A. G. Motulsky & W. Lenz (Eds.), *Birth defects: Proceedings of the 4th international conference, Vienna, Austria (September 2-8, 1973)*.
 22. Wooldridge EQ, Murray RF. Jr. (1988). The Health Orientation Scale: A measure of feelings about sickle cell trait. *Social Biology* 1988; 35: Special issue: Genetic Testing 797; 123-136.
 23. Watson EK, Mayall ES, Lamb J, Chapple J, Williamson R. Psychological and social consequences of community carrier screening programme for cystic fibrosis. *The Lancet* 1992; 340: 217-220.
 24. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a

- review. *Infant Behaviour and Development* 2006; 29: 445-455.
25. Welberg L, Seckl J, Holmes M. Inhibition of 11beta-hydroxysteroid dehydrogenase, the foetoplacental barrier to maternal glucocorticoids, permanently programs amygdala GR mRNA expression and anxiety-like behaviour in the offspring. *European Journal of Neuroscience* 2000; 12:1047-1054.
 26. Knackstedt MK, Hamelmann E, Arck PC. Mothers in stress: consequences for the offspring. *American Journal of Reproductive Immunology* 2005; 54(2): 63-9.
 27. Ruiz RJ, Avant KC. Effects of maternal prenatal stress on infant outcomes: a synthesis of the literature. *Advances in Nursing Science* 2005; 28(4): 345-55.
 28. Uno H, Eisele S, Sakai A, Shelton S, Baker E, DeJesus O. Neurotoxicity of glucocorticoids in the primate brain. *Hormones and Behaviour* 1994; 28: 336-348.
 29. Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosomatic Medicine* 2006; 68: 747-753.
 30. Hayashi A, Nagaoka M, Yamada K, Ichitani Y, Miake Y, Okado N. Maternal stress induces synaptic loss and developmental disabilities of offspring. *International Journal of Developmental Neuroscience* 1998; 16: 209-216.
 31. Bale TL: Is mom too sensitive? Impact of maternal stress during gestation. *Frontiers in Neuroendocrinology* 2005; 26 (1): 41-9.
 32. Buitelaar JK, Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GHA. Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. *Neurobiology of Aging* 2003; 24: S53-S60.
 33. C Ruiz RJ, Avant KC. Effects of maternal prenatal stress on infant outcomes: a synthesis of the literature. *Advances in Nursing Science* 2005; 28 (4): 345-55.
 34. Ruiz RJ, Pearson AJ. Psychoneuroimmunology and preterm birth. A holistic model for obstetrical nursing, practice and research. *Maternal Child Nursing* 1999; 24: 230-235.
 35. Wadhwa PD, Culhane JF, Rauh V, Barve SS, Hogan V, Sandman CA, Hobel CJ, Chicz-DeMet A, Dunkel-Schetter C, Garite TJ, Glynn L. Stress, infection and preterm birth: a biobehavioural perspective. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2001; 15(Suppl 2): 17-29.
 36. Rich-Edwards JW, Grizzard TA. Psychosocial stress and neuroendocrine mechanisms in preterm delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2005; 192(5 Suppl): S30-5.
 37. Culhane JF. Exposure to chronic stress on ethnic differences in rates of bacterial vaginosis amongst pregnant women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2002; 187: 1272-1276.
 38. Knackstedt MK, Hamelmann E, Arck PC. Mothers in stress: consequences for the offspring. *American Journal of Reproductive Immunology* 2005; 54 (2): 63-9.
 39. Gennaro S, Hennessy MD. Psychological and physiological stress: impact on preterm birth. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2003; 32 (5): 668-75.

Psihološki vidiki prezgodnjega poroda

Vislava Globevnik Velikonja



Povzetek

Prispevek umešča prezgodnji porod kot globalno naraščajoč zdravstveni problem, ki je glavni vzrok perinatalne umrljivosti in obolevnosti otrok ter ima dolgoročne posledice za razvoj in zdravje, v kontekst bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. Z medicinskimi vzroki lahko pojasnimo le polovico vseh prezgodnjih porodov, preostale pojasnjujemo s socialnimi in psihološkimi. Sodobne raziskave so usmerjene v proučevanje kroničnega stresa in stresne odgovore matere in ploda, ki vodijo v prezgodnji porod. Prikazani so preventivni in terapevtski programi za zniževanje stresa v nosečnosti, doživljanje grozečega in dejanskega prezgodnjega poroda pri materi, posledice prezgodnjega rojstva za nedonošenega otroka in družino ter pomen preventivnih programov za zmanjševanje posledic prezgodnjega rojstva v EINT in kasneje.

Ključne besede: prezgodnji porod, bio-psiho-socialni vidik, posledice, preventivni programi

Abstract

The article places preterm birth as a global growing healthcare problem, which is the main cause of children's perinatal mortality and morbidity and has long-term implications for development and health, in the context of biological, psychological and social factors. Medical causes can only explain one half of all preterm births; the others fall under social and psychological causes. Modern research focuses on the study of chronic stress and maternal and fetal stress responses that lead to preterm birth. The article presents preventative and therapeutic programs for reducing stress in pregnancy, the maternal experience of a threatening and actual preterm birth, the consequences of a premature birth for the preterm child and family, and the importance of preventative programs to reduce the effects of preterm birth in the NICU and later.

Key words: preterm birth, bio-psycho-social context, consequences, preventive programs

Prezgodnji porod znotraj bio-psiho-socialnega konteksta

V zadnjem desetletju stopnja prezgodnjih porodov narašča in ocenjujejo, da je svetovna letna prevalenca prezgodaj rojenih otrok 11,1% med živorojenimi ob velikih razlikah med razvitimi in nerazvitimi državami.(1) Prezgodnje rojstvo je najpogostejši vzrok perinatalne umrljivosti in obolevnosti otrok, prav tako ima resne dolgoročne posledice za zdravje in razvoj, kot so cerebralna paraliza, slepota, razvojne težave na kognitivnem, senzornem, učnem in govornem področju. (2)

Prezgodnji porod (PP) ima več vzročnih in medsebojno prepletenih faktorjev. Z medicinskimi lahko pojasnimo le približno polovico PP, preostale pojasnujemo s socialnimi in psihološkimi dejavniki.(3) Papiernik je že 1984 trdil, da je PP tudi socialna bolezen, saj je na več načinov povezana s socialnim razredom, ki mu ženska pripada. (4) Prav tako obstaja vrsta starih in novejših študij, ki dokazujejo povezavo med osebnostno strukturo in psihičnim stanjem ženske ter PP, kar govori tudi o psihosomatski naravi PP.(5-9) Osebnostna struktura matere lahko zvišuje njeno občutljivost na stres, kar lahko vodi v za plod neugodno okolje znotraj maternice. Ugotovili so, da nevrotičnost matere predstavlja dejavnik tveganja za zastoj rasti ploda.(5) Pajntar s sodelavci je ugotavljal, da imajo ženske s PP več znakov nevrotičnosti kot tiste, ki so brez porodniških komplikacij in da so v mišljenju bolj stereotipne, manj fleksibilne, se težje prilagajajo novim situacijam, so čustveno bolj odzivne ter čutijo večjo potrebo po toplini, priznanju in varnosti.(6) Nedavna raziskava je pri ženskah, ki so rodile prezgodaj, v primerjavi s tistimi, ki so kljub diagnozi prezgodnjega poroda rodile ob terminu, ugotovila več nevrotičnosti in odprtosti za izkušnje, manj pa vestnosti in sprejemljivosti. Istočasno so ugotavljali pri tej skupini višjo stopnjo strahu pred porodom.(7) V naši študiji smo ugotavljali razlike v osebnostni strukturi znotraj skupine mater prezgodaj rojenih otrok: matere skupine bolj zrelih nedonošenih otrok (od 34. do 37. tedna gestacijske starosti) so imele več očitnih psihičnih težav med nosečnostjo in nevrotičnih potez, večkrat nezaželeno ali nenačrtovano nosečnost, pa tudi več umetnih splavov v anamnezi, matere skupine otrok z zelo nizko gestacijsko starostjo (pod 33. tednom) pa več spontanih splavov v anamnezi in več hospitalizacij med samo nosečnostjo.(8) Študije kažejo, da so infekcije najpogostejši vzrok ekstremno PP pred 28. tednom, medtem ko stres in življenjski stil prispevajo k PP med 32. in 36. tednom, medsebojno delovanje infekcije in stresa pa k zelo PP med 28. in 31.tednom.(9)

Prve razlage psihosomatike so bile psihodinamske in utemeljujejo patološki telesni odziv na stres z zgodnjimi razvojnimi deficiti, ki vodijo v drugačno strukturiranje osebnosti z nezrelimi obrambnimi mehanizmi, ki imajo pri pravih psihosomatskih boleznih (npr, čir na želodcu) izvor že v preverbalnem obdobju otrokovega razvoja. Sodobna razlaga psihosomatskih procesov pa uporablja stresni model, ki dokazuje nevrobiološko osnovo različnih psihičnih stanj, raziskuje vpliv stresa in čustvenih stanj na imunski sistem in večjo dovzetnost za vnetja, vpliv čustev ter njihove potlačitve na kardiovaskularni sistem, ... (10)

Novejše študije kažejo, da so obdobja spočetja, nosečnosti in zgodnjega otroštva še posebej občutljiva za razvoj in rast in imajo vpliv na zdravje tekom celega življenja. Prehrana, stres in toksini povzročijo epigenetske sledi, ki nadzorujejo dolgoročno izraznost genov in se lahko prenašajo transgeneracijsko. Kronične bolezni v odraslosti, kot so hipertenzija, diabetes in debelost pogosto izvirajo iz obporodnega obdobja zaradi neugodnega »fetalnega programiranja«. Zgodnji epigenom v interakciji z drugimi dejavniki, kot je na primer mikrobiom, prispeva močno večplastno raznolikost biološki predispoziciji, ki jo določa genom. Fetalno programiranje kot glavna razvojna naloga je normalen proces, ki omogoča plodu ustrezno adaptacijo na dejavnike okolja. Obporodni dejavniki, kot so materine bolezni v nosečnosti (preeklampsija, gestacijski diabetes, vnetja) ali bolezni ploda (zastoj rasti ploda v maternici ter prezgodnje rojstvo) pogosto vodijo v spremenjen razvoj plodu in otroka, ki vodi v predispozicijo potomca za razvoj kroničnih bolezni v odraslosti. Zgodnja preventiva, optimalna obporodna prehranjenost in ustrezno spremljanje razvoja so ključni dejavniki zgodnjega vzdrževanja dolgoročnega zdravja.(11)

V zadnjih desetletjih je bilo vloženega veliko truda v iskanje faktorjev tveganja, zgodnjo

prepoznavo in farmakološke posege, ki pa niso zmanjšali pojava PP, ki ima ob vseh negativnih posledicah tudi dolgoročne ekonomske učinke.(6) Razumevanje in obravnava mehanskih in zdravstvenih dejavnikov PP ter medicinsko sproženih PP sta dokaj jasna, mehanizmi, ki so povezani s psihosocialnimi dejavniki prezgodnjega poroda pa manj. Novejše raziskave so usmerjene v proučevanje kroničnega stresa in stresni odgovor matere in ploda ter kaskadne fiziološke odgovore, ki lahko vodijo v nepojasnjen PP.(2)

Interakcija kroničnega stresa, nosečnosti in prezgodnjega poroda

Fiziološki stresni odgovor je namenjen vzdrževanju homeostaze in rezultat je običajno uspešna prilagoditev ali rešitev problema. Če so zahteve oz. grožnje stalne ali prevelike za posameznikove kapacitete, lahko pride do psiholoških in bioloških sprememb, ki vodijo do negativnih posledic za zdravje. Tako pojmovanje predstavlja bio-behavioralni model stresnega procesa. Tako so debelost, inzulinska rezistenca, kardiovaskularne bolezni in metabolni sindrom lahko potencialne dolgoročne posledice spremenjenega metabolizma, ki spremlja kronično aktivacijo fiziološkega stresnega odgovora.(2) Optimizem, zadovoljstvo in socialna podpora so prepoznani kot zaščitni dejavniki pri zniževanju stresa in boljšem izidu zdravljenja. Nasprotno sta anksioznost in depresija pokazatelj »distresa« in prepoznani kot prispevek k stresnemu odgovoru. Prav tako številne študije podpirajo ugotovitev, da višji nivo stresa vodi k razvoju anksioznosti in depresije.(12) Mehanizmi, ki so vključeni v fiziološki odgovor v stanju distresa imajo lahko seštevajoč, interaktiven ali neodvisen učinek na odgovor na stres. (2)

Stresni odgovor je bil evolucijsko razvit kot reakcija »boj ali beg« in je zapletena povezanost med osrednjim živčevjem, endokrinim in imunskim sistemom. Sprožena stresna reakcija se bliskovito razširi po telesu predvsem preko simpatično-adrenergične vzdražnosti, vzdraženosti hipotalamično-hipofizno-nadledvične osi, vzdraženosti neuropeptidnega sistema in preko delovanja na imunski sistem. Mnoge živčne povezave sodelujejo v vedenjskem odzivu na stres. Patološki odziv na stres je preburen odziv ali nezmožnost telesa zaustaviti stresni odziv, tako da je stresna reakcija dolgotrajna in močna, kar lahko škoduje organizmu.(2) Proces vzdrževanja homeostaze zaradi kroničnega stresa opisujejo kot alostazo in pomeni proces adaptacije, kjer se doseže ravnovesje zunaj homeostatskega stanja, alostatsko oškodovanost pa kot stanje podvrženosti boleznim. (13)

Model alostaze in alostatske oškodovanosti je ustrezen tudi za raziskovanje s stresom povezanih zdravstvenih izidov v obporodnem obdobju, saj ponuja kompleksnost in več faktorsko naravo stresnega odgovora med porodom. Študije kažejo, da povečana alostatska oškodovanost povečuje tveganje nosečnice za PP.(14)

Fiziološki, psihološki in vedenjski odgovori na stres postanejo pomembni, ko jih upoštevamo ob mehanizmih, ki sprožijo porod. Raziskave kažejo, da imajo stresni hormoni, kot so kortikotropin sproščujoči hormon (CRH), adenokortikotropin (ACTH) in kortizol, vlogo tako pri začetku poroda ob predvidenem terminu kot tudi PP. Ugotavljajo, da več materinih nevrlnih in adrenalnih stresnih hormonov spodbuja tvorbo placentarnega CRH. Čeprav placentarni CRH lahko prispeva k ohranjanju sproščenih mišic maternice, pa ob višjih vrednostih igra vlogo pri pripravi in začetku kontrakcij in spremembah materničnega vratu, ki omogočajo začetek poroda.(2)

Razlaga mehanizmov s stresom povezanega PP sloni na povezavah med psihosocialnimi stresorji, fiziološkim stresnim odgovorom in kaskado dogodkov pri materi, plodu, v maternici in placenti pred porodom, ki vodijo v PP. Ugotovili so, da imajo večje tveganje za PP nosečnice z višjimi krvnimi vrednostmi CRH, ACTH in kortizola, višjimi vrednostmi zaznanega stresa in anksioznosti, bolj tveganimi vedenji ter nižjim socialno ekonomskim in izobrazbenim nivojem. Ženske, ki so imele vsaj 13 urna obdobja brez hrane, so imele povišane vrednosti CRH in so pogosteje rodile prezgodaj. (15) Nasilje v družini, zloraba in potravnatski stresni sindrom so bili prav tako povezani s PP. (10) Ugotovili so tudi povezavo med povišanim nivojem stresa v zgodnji nosečnosti ter povišanimi vrednostmi CRH v drugi polovici nosečnosti.(16)

Preventivni in terapevtski programi za zniževanje stresa v nosečnosti

V iskanju načinov za učinkovito zniževanje kroničnega stresa pri nosečnicah so skušali ženskam preko spletnih strani svetovati, kako znižati stres med nosečnostjo, drugi so svetovali »komplementarne« terapije, kot so masaže, aromaterapija, refleksologija, hipnoterapija ipd. Ni pa bilo opravljenih kvalitetnih raziskav o uporabi le teh, čeprav so nekatere merile zniževanje stresa preko stopnje anksioznosti nosečnice, stresa in depresije. (17,18) V prospektivni študiji pri ženskah z grozečim PP, ki so dobile psihološko svetovanje v predporodnem obdobju, so pomembno znižali delež PP v primerjavi s kontrolno skupino (7.2 % proti 15.7 %, $p=0.02$). (19) V študiji o uporabi joge kot intervencije med nosečnostjo so zmanjšali delež PP v skupini z jogo v primerjavi s kontrolno skupino (14% proti 29%, $p=0.003$). (20) Nobena študija ni ugotovila škodljivih učinkov različnih metod za zmanjševanje stresa. (2) Kot pomembno omenjajo študijo o udeležbi na skupinskih izobraževalnih programih za nosečnice, kjer so imele udeleženke boljši izid nosečnosti z manjšim odstotkom PP. (21) Tudi v naši študiji so matere prezgodaj rojenih otrok manjkrat obiskale Šolo za starše, kar pa smo pripisovali temu, da jih je zelo PP prehitel, in dejstvu, da preventivni programi navadno ne dosežejo najbolj rizičnih skupin, ki so istočasno tudi najbolj rizične za PP. (8) Večina žensk, ki doživlja kronični stres, vendarle ne rodi prezgodaj, kar kaže na kompleksnost dejavnikov, ki prispevajo k PP, vključno z genetsko predispozicijo ženske za individualni stresni odgovor. (22)

Doživljanje grozečega prezgodnjega poroda in hospitalizacije zaradi patološke nosečnosti

V Sloveniji se poleg uporabe Napovednega modela tveganja za PP uvajajo tudi dodatne preiskave za izboljšanje napovedovanja PP. Obremenilna porodniška anamneza in kratek maternični vrat trenutno najboljše napovedata tveganje za PP. (23)

Za nosečnico s simptomi PP je napoved grozečega PP zelo pomembna zaradi uvedbe hospitalizacije, tokolize, antibiotikov ali kortikosteroidov. Pozitivni test fibronektina je pri asimptomatskih ženskah s povečanim tveganjem za PP zaradi anamneze ali skrajšanega materničnega vratu dobro napovedal porod pred 30 tednom nosečnosti, je pa istočasno zvišal anksioznost pri ženski. (24) Nekatere študije omenjajo pomirjujoč učinek omenjenih negativnih testov na znižanje stresa in anksioznosti v družini ter pri ženskah in zdravnikih, ki se lahko izognejo nepotrebnim posegom v nosečnosti, čeprav ima ženska povečano tveganje zaradi predhodnega PP ali visokega splava. (25)

Hospitalizacija izzove pri nosečnici dodaten psihični stres. Stresno delujejo ločitev od doma, status pacientke, zaskrbljenost za lastno zdravje in izid nosečnosti ter pogoji bivanja v bolnišnici. Prilagoditev na hospitalizacijo se lahko prekriva z njeno prilagoditvijo na nosečnost, saj se obrambni mehanizmi lahko porušijo. Na psihološki učinek hospitalizacije vplivajo travmatski dogodki v prejšnji nosečnosti, odnos, ki ga je nosečnica vzpostavila s starši v otroštvu, podpora s strani okolja, odnos osebjia do nosečničnih zahtev do informacij, sodelovanje pri sprejemanju odločitev, verbalizacija anksioznosti, ... Hospitalizacija ali zapleti v nosečnosti lahko znižajo sprejetost nosečnosti in samozavest ženske, ni pa bilo dokazano, da bi se v takih pogojih poškodovala navezanost med materjo in plodom. (26) Študije kažejo, da imajo hospitalizirane nosečnice več simptomov anksioznosti in depresije (27), slabšo samopodobo (28), manj pozitivna pričakovanja glede izkušnje poroda (29) in bolj nefunkcionalno družino (30) kot nehospitalizirane nosečnice. Podpora partnerja, zadovoljstvo s partnerskim odnosom, navezanost matere in ploda so prepoznani kot zaščita ženski, ki doživlja negotovo materinstvo (31). Disforija (skupek simptomov anksioznosti, depresije in sovražnosti) se je po sprejemu v bolnišnico še bolj zvišala pri tistih, ki so imele višji rezultat na lestvici tveganja za PP. (27)

Veliko se v zadnji letih piše o perinatalni depresiji in dejavnikih tveganja za razvoj le te med nosečnostjo in v poporodnem obdobju. Večina teh študij je zajela zdrave nosečnice (bolne so bile večinoma izključene) in kljub temu so vse poudarjale resne posledice perinatalne depresije, vključno

s škodljivim vplivom na nosečnost in plod, kot so preeklampsija, gestacijski diabetes, PP... (32). Pri zdravih nosečnicah so izmerili prevalenco velike depresivne motnje kadarkoli med nosečnostjo v 12.7%, blage in srednje pa 18.4%. (33) Pri nosečnicah, hospitaliziranih zaradi tvegane nosečnosti, so našli 19% žensk z veliko depresijo in kar 44% žensk z blago ali s srednjo depresijo. Tiste, ki so imele višje število točk na vprašalniku navezanosti na plod, so dosegale nižje vrednosti depresivnosti in tiste, ki so na vprašalniku zadovoljstva z odnosi poročale o nižjem zadovoljstvu, pa so bile bolj depresivne. Resnost porodniškega tveganja ni bila povezana s stopnjo depresije, z izjemo šibkosti materničnega vratu, ki je bila pozitivno povezana s njeno intenzivnostjo. (34)

Doživljanje prezgodnjega poroda

Nedonošeni otrok pride na svet v času, ko so on in njegovi starši na to nepripravljeni in se znajdejo v stanju notranjega neravnovesja zaradi porušenega normalnega procesa otrokovega in starševskega razvoja. Starši morajo pri ponovnem doseganju starševske samozavesti skozi 4 faze: 1. strah pred izgubo otroka; 2. strah pred dolgotrajnimi posledicami; 3. vključevanje v nego otroka; 4. sprejetje otroka. (35) Tudi materino stanje lahko zahteva podaljšano hospitalizacijo. Mati se sooča se z globokimi občutki anksioznosti, prikrajšanosti, krivde in dvomov vase ter ambivalentnih občutij do otroka. Starši morajo imeti možnost, da izrazijo vsa svoja začetna občutja, še preden jih obrambno zanikajo in potlačijo, da lahko začnejo oblikovati ljubečo vez tudi z otrokom, ki morda ne bo preživel. Obrambni mehanizmi obvladovanja stresa, ki se nanaša na resno bolnega nedonošenega novorojenčka, lahko zajamejo obtoževanje drugih, da bi se izognili pretiranemu občutku krivde. Preveč optimistična ocena otrokovega stanja lahko pomeni zanikanje dejstev. Obsesivna pozornost do tehnologije lahko prikriva poskus obvladati anksioznost. Jeza včasih zamenja žalost in mučeništvo lahko zakrije jezo. Nekateri starši so globoko prizadeti ob smrti drugih otrok, drugi prekrijejo svoja čustva z navideznim nezanimanjem ali pa razvijejo nekakšno »statistiko« v želji verjeti, da smrt drugega otroka zmanjšuje verjetnost izgube lastnega (36).

Posledice prezgodnjega rojstva

Napredek v medicinski tehnologiji izboljšuje preživetje otrok z vse nižjo gestacijsko starostjo, s tem pa se ohranja več težav v nevrološkem razvoju te populacije. Kognitivne oškodovanosti pripisujejo neposrednemu vplivu na možgane pri intrakranialnih krvavitvah ali posrednemu vplivu, kot so pomanjkanje kisika ali drugih kemijskih snovi in splošnemu neravnovesju organizma. Vse naštetu so posledice slabše zmožnosti prilagajanja centralnega živčnega sistema fetalnega novorojenca, ki je sicer prilagojen na pogoje v maternici, na zunanje okolje. Več kot 50% novorojenčkov, rojenih pred 32. tednom, ima določeno stopnjo možganske krvavitve. Področja, ki so nevroarhitektonsko in časovno oddaljena od osnovnega jedra poškodbe ali brazgotinske formacije, lahko pokažejo oškodovanost ali slabše funkcioniranje veliko kasneje, ko posamezne zveze postanejo pomembne v poteku ontogeneze in razvoju kompleksne integrativne motorične, kognitivne in afektivne funkcije. S pomočjo primerne razvojne podpore se lahko pri zelo mladem centralnem živčnem sistemu razvijejo ustrezne kompenzacijske strategije. Dejstvo, da je razvojni primanjkljaj prisoten tudi pri otrocih brez večjih krvavitev in pomanjkanja kisika, kaže, da okolje pogojuje razvoj možganov v dodatnih smereh, zlasti preko različnih občutkov organizma (vidnih, slušnih, gibalnih, občutkov dotika in vonja). Ob naglem razvoju možganov med 26. in 40. tednom plodovega življenja nas vpliv bioloških in za zarodek ontogenetsko nepričakovanih izkušenj ne sme presenetiti. (2, 35) Ugotavljajo, da sta zelo nizka gestacijska starost (pod 33. tednom) in porodna teža (pod 1500g) najboljša napovedovalca dolgoročnih težav v razvoju. Strukturne spremembe v možganih, infekcije, moški spol in intenzivna terapija novorojencev ter drugi kompleksni biološki in socio-ekonomski dejavniki, ki se raztezajo od prenatalnega obdobja preko poporodnega obdobja vse do odraslosti, vplivajo na dolgoročni razvoj možganov prezgodaj rojenih otrok. (37)

Tveganje cerebralne paralize narašča z nižanjem gestacijske starosti, študije v zadnjem času pa osvetljujejo tudi resnost kognitivnih, senzornih (slepota, gluhot), govornih, vidno-zaznavnih in učnih primanjkljajev ter motenj pozornosti pri ekstremno in zelo prezgodaj rojenih otrocih (2). Tudi meta analize potrjujejo pri tej populaciji nižje akademske uspehe (matematika, branje, pisanje), več vedenjskih in čustvenih težav ter slabše eksekutivne funkcije (verbalna fluentnost, delovni spomin, kognitivna fleksibilnost), ki se pokažejo v šolskem obdobju in nadaljujejo v zgodnjo odraslost. (38) V zadnjih desetletjih se pozornost usmerja k največji skupini nedonošenih otrok, ki so rojeni med 34. in 37. tednom gestacijske starosti. Ta skupina predstavlja dve tretjini vseh nedonošenih otrok in narašča predvsem zaradi višje starosti mater ob porodu in porasta nosečnosti zaradi zdravljenja z OBMP (oploditev z biomedicinsko pomočjo). Ta skupina nedonošenčkov je gestacijsko blizu in je pogosto po velikosti in teži primerljiva skupini donošenih otrok, a fiziološko in metabolno manj zrela od njih. Poleg večje neonatalne smrtnosti in obolevnosti, imajo ti otroci tudi dolgoročno več razvojnih težav na nevrokognitivnem, motoričnem in vedenjskem področju. V mladostništvu in odraslosti pogosteje razvijejo učne težave in psihiatrične motnje. (39) Dejstvo je, da pri 34. tednu gestacijske starosti volumen možganov doseže šele 65% volumna donošenih možganov, kortikalni volumen pa le 53% donošenega volumna. Proces mielinizacije se med 35. in 41. tednom petkratno poveča. Možgani zmerno nezrelih nedonošenčkov niso samo drugačni in manj zreli, pač pa tudi zelo občutljivi za pomanjkanje normalnih kot tudi za delovanje neugodnih vplivov okolja. Zaradi nezrelosti je povezanost med različnimi možganskimi regijami slabša, kar lahko pojasni pojav nevroloških razvojnih motenj ter čustvenih in vedenjskih težav te populacije. (40) Poznavanje vzročnih dejavnikov slabšega nevrološkega razvoja nam lahko pomaga k razvoju boljših načinov obravnave in nevroprotektivne terapije ter rehabilitacije nedonošenčkov. (2, 37)

Preventivni programi za zmanjševanje posledic PP v EINT

Skupinsko delo s starši v enotah intenzivne nege in terapije (EINT) znižuje napetosti in zvišuje starševske sposobnosti (36). Večina EINT v svetu uporablja kenguru metodo, ki zagotavlja dodatni telesni stik in optimalno senzorno stimulacijo otroka v materinem naročju, ki je najbolj naravna okoljska niša za spodbujanje optimalnega razvoja prezgodaj rojenega otroka, saj zagotavlja zaščito, toploto, hrano in stimulacijo (41). Že sam telesni stik preko porasta oksitocina deluje protibolečinsko, sedativno, izboljšuje laktacijo in čustveno navezovanje. (42). Kenguru metoda v deželah v razvoju znižuje umrljivost, obolevnost, infekcije in dolžino hospitalizacije, v razvitih deželah pa prispeva k boljši kardiorespiratorni in temperaturni stabilnosti, boljši organizaciji spanja, boljšemu nevrološkemu razvoju, dojenju in regulaciji bolečinskega odziva. (43) Pri nas je kenguru metoda sestavni del preventivnega programa, ki sestoji iz zgodnjega vključevanja staršev v nego otroka in informativnih sestankov celotnega tima s starši. Rezultati študije o učinkovitosti le tega so pokazali znižanje simptomov anksioznosti in depresivnosti že z daljšim pogovorom psihologa s starši ob sprejemu otroka na EINT. Tudi ob odpustu so bile matere, ki so bile vključene v preventivni program, manj anksiozne in depresivne. Najbolj anksiozne matere, ki ne zdržijo hospitalizacije ob otroku, bi potrebovale več naše pozornosti. Dokazani so bili ugodni kratkoročni in dolgoročni učinki kenguru metode. Kvaliteta zgodnjega odnosa je vplivala na materina čustva, zaznavanje in stališča do otrokovih potreb ter bodočnosti. Matere, ki so »kengurujčkale« svoje nedonošene otroke, so v večji meri uspešno dojile svoje otroke ob odpustu. (44)

Sposobnost staršev za prilagoditev na PP in kvaliteta zgodnje interakcije med starši in nedonošenčkom sta ključna dejavnika otrokovega kasnejšega razvoja. (45). Otrok in okolje ves čas vplivata drug na drugega in na transakcijski način vključujeta kompleksni sistem povratnih sporočil in učinkov. Za klinično prakso je največjega pomena podpreti zdrav odnos med otrokom in starši že v EINT. Zgodnja individualna, na družino usmerjena pomoč med hospitalizacijo in ob prehodu v domače okolje, zmanjšuje materino depresijo, anksioznost, dviga materino samozavest in izboljšuje zgodnjo interakcijo med starši in otrokom. (44, 46)

Literatura

1. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. *J Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018 Apr 26. [Epub ahead of print]
2. Allen MC. Neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Curr Opin Neurol* 2008;21:123-8.
3. Latendresse G. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. *J Midwifery Womens Health*. 2009; 54(1):8-17.
4. Papiernik E. Prediction of the preterm baby. *Clin Obstet Gynecol* 1984;11:315-36.
5. Chatzi L, Koutra K, Vassilaki M, Vardiampasis A, Georgiou V, Koutis A, et al. Maternal personality traits and risk of preterm birth and fetal growth restriction. *Eur Psychiatry*. 2013 May;28(4):213-8.
6. Rojšek J, Pajntar M, Čuk M. Osebnostne lastnosti žensk s prezgodnjimi porodi. *Zdrav Vestn* 1985;54(10):431-5.
7. Handelzalts JE, Krissi H, Levy S, Freund Y, Carmiel N, Ashwal E, et al. Personality, preterm labor contractions, and psychological consequences. *Arch Gynecol Obstet*. 2016 Mar;293(3):575-82.
8. Velikonja V. Vpliv dejavnikov okolja na psihični razvoj prezgodaj rojenih otrok v prvem letu življenja. [Master's Thesis]. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 1990. str. 329.
9. Moutquin JM. Classification and heterogeneity of preterm birth. *BJOG* 2003;110(Suppl 20):30-3.
10. Globevnik Velikonja V. Psihosomatika - teorija in praksa - tudi v ginekologiji in porodništvu. V: Globevnik Velikonja V, Geršak K (ur.). Psihosomatika v ginekologiji in porodništvu : 1. slovenski simpozij, Ginekološka klinika, Ljubljana, 11. 3. 2016. Ljubljana: Slovensko društvo za psihosomatiko v ginekologiji in porodništvu. 2016, str. 16-34.
11. Simeoni U, Armengaud JB, Siddeek B, Tolsa JF. Perinatal Origins of Adult Disease. *Neonatology*. 2018;113(4):393-399. Petrou S. The economic consequences of preterm birth during the first 10 years of life. *BJOG* 2005;112(Suppl 1):10-5.
12. Chrousos G. Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptive response. *Ann N Y Acad Sci*. 1998;851:311-35.
13. Shannon M, King TL, Kennedy HP. Allostasis: A theoretical framework for understanding and evaluating perinatal health outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36:125-34.
14. Rich-Edwards JW, Grizzard TA. Psychosocial stress and neuroendocrine mechanisms in preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192:S30-5.
15. Herrmann TS, Siega-Riz AM, Hobel CJ, Aurora C, Dunkel-Schetter C. Prolonged periods without food intake during pregnancy increase risk for elevated maternal corticotropin-releasing hormone concentrations. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185:403-12.
16. Hobel C, Dunkel-Schetter C, Roesch SC, Castro LC, Arora CP. Maternal plasma corticotropin-releasing hormone associated with stress at 20 weeks' gestation in pregnancies ending in pre-term delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;180(1 Part 3):S257-63.
17. Tiran D, Chummun H. Complementary therapies to reduce physiological stress in pregnancy. *Complement Ther Nurs Midwifery*. 2004;10:162-7.
18. Teixeira J, Martin D, Prendiville O, Glover V. The effects of acute relaxation on indices of anxiety during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2005;26:271-6.
19. Mamelle N. Psychological prevention of early pre-term birth: A reliable benefit. *Biol Neonate*. 2001;79:268-73.
20. Narendran S, Nagarathna R, Narendran V, Gunasheela S, Nagendra HRR. Efficacy of yoga on pregnancy outcome. *J Altern Complement Med*. 2005;11:237-44.
21. Ickovics JR, Kershaw TS, Westdahl C, Magriples U, Massey Z, Reynolds H, et al. Group prenatal care and perinatal outcomes: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2007;110(2 Part 1):330-9.
22. Crider KS, Whitehead N, Buus RM. Genetic variation associated with preterm birth: A HuGE

- review. *Genet Med.* 2005;7:593-604.
23. Novak –Antolič Ž, Fabjan-Vodušek V, Steblovnik L, Kavšek G, Globevnik Velikonja V, Štucin Gantar I, Verdenik I. Extremely preterm delivery : prediction and prevention. *Timiș Med J*, 2009; 59(2):127-36.
 24. Chandiramani M, Shennan A. Preterm labour: update on prediction and prevention strategies. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2006;18:618-24.
 25. Leitich H. Secondary predictors of preterm labour. *BJOG.* 2005;112(Suppl 1):48–50.
 26. Glangeaud-Freudenthal MC.[Psychological stress factors related to prenatal hospitalization. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1994;23(3):289-93.
 27. Maloni JA, Kane JH, Suen L, Wang KK. Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest: a longitudinal study. *Nursing Research.* 2002;51(2):92-99.
 28. Heaman M, Gupton A, Gregory D. Factors influencing pregnant women's perceptions of risk. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing.* 2004;29(2):111–116.
 29. Heaman M. Stressful life events, social support, and mood disturbance in hospitalized and non-hospitalized women with pregnancy-induced hypertension. *Canadian Journal of Nursing Research.* 1992;24(1):23-37.
 30. Stainton MC, McNeil D, Harvey S. Maternal tasks of uncertain motherhood. *Maternal-Child Nursing Journal.* 1992;20(34):113-123.
 31. Maloni JA, Ponder MB. Fathers' experience of their partners' antepartum bed rest. *Image: Journal of Nursing Scholarship.* 1997;29(2):183-188.
 32. Chung T, Lau TK, Yip A, Chiu H, Lee D. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine.* 2001;63:830-834.
 33. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-1083.
 34. Brandon AR, Trivedi MH, Hynan LS, Miltenberger PD, Labat DB, Rifkin JB, et al, Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *J Clin Psychiatry.* 2008 Apr;69(4):635-43.
 35. Als H. A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Framework for the Assessment of Neurobehavioral Development in the Premature Infant and for Support of Infants and Parents in the Neonatal Intensive Care Environment. V: Sweeney JK. *The High Risk Neonate: Developmental Therapy Perspectives. Physical & Occupational Therapy in Pediatricc,* 1986; 6(3/4):3-55.
 36. Raphael-Leff J. *Psychological processes of childbearing.* London: Chapman & Hall, 1992:578.
 37. Xiong T, Gonzalez F, Mu DZ. An overview of risk factors for poor neurodevelopmental outcome associated with prematurity. *World J Pediatr.* 2012 Nov;8(4):293-300.
 38. Aarnoudse-Moens CS, Weisglas-Kuperus N, van Goudoever JB, Oosterlaan J. Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics.* 2009 Aug;124(2):717-28.
 39. Palumbi R, Pescechera A, Margari M, Craig F, Cristella A, Petruzzelli MG, Margari L. Neurodevelopmental and emotional-behavioral outcomes in late-preterm infants: an observational descriptive case study. *BMC Pediatr.* 2018 Oct 8;18(1):318. doi: 10.1186/s12887-018-1293-6.
 40. Walsh JM, Doyle LW, Anderson PJ, Lee KJ, Cheong JL. Moderate and latepreterm birth: effect on brain size and maturation at term-equivalent age. *Radiology.* 2014;273(1):232-40.
 41. Bergman J, Bergman N. Whose Choice? Advocating Birthing Practices According to Baby's Biological Needs. *J Perinat Educ.* 2013; 22(1):8-13.
 42. Colonna F, Uxa F, da Graca AM, de Vonderweld U. The »kangaroo-mother« method: evaluation of an alternative model for the care of low birth weight newborns in developing countries. *Int J Gynecol Obstet* 1990;31:335-9.
 43. Lemmen D, Fristedt P, Lundqvist A. Kangaroo care in a neonatal context: parents' experiences of information and communication of nurse-parents. *Open Nurs J.* 2013; 16 (7):41-8.
 44. Velikonja V. Učinkovitost preventivnega programa za prezgodaj rojene otroke in njihove starše na

oddelku intenzivne nege in terapije novorojencev. [PhD Thesis]. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 1994. str. 167.

45. Wijnroks L. Early maternal stimulation and the development of cognitive competence and attention of preterm infants. *Early Dev Parent.* 1998;7:19-30.
46. Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics.* 2006 Jul;118(1):107-14.

Porod po meri ženske

Rosemarie Franc
Sara Kac



Izvleček

Uvod: Porod po meri ženske je pomembna pravica rojevajočih žensk, da svojega otroka rodijo ne le varno, temveč tudi dostojanstveno. Namen prispevka je ugotoviti kakšna so pričakovanja in želje rojevajočih žensk v sodobni slovenski družbi, in ali katera od porodnišnic na svojih spletnih straneh prikazuje rezultate anket o zadovoljstvu žensk s porodno izkušnjo.

Metode dela: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela z zbiranjem, pregledom, kritično presojo, oceno in analizo domače in tuje literature ter pregled spletnih strani štirinajstih slovenskih porodnišnic.

Rezultati: Med ukrepi, ki bi bistveno zmanjšali rabo medicinskih posegov med porodom, babice izpostavljajo dobro psihično pripravo na porod, kontinuirano babiško oskrbo in preprečevanje prvega carskega reza. Rezultati kažejo, da je obravnava porodnic še vedno bolj usmerjena v zadovoljevanje fizičnih potreb in manj psihičnih potreb porodnic med porodom.

Razprava: Poznavanje fiziologije obporodnega obdobja, vplivanje dejavnikov na vedenje in odzivanje porodnic, oblikovanje odnosov med družinskimi člani rojevajoče ženske, predstavlja nujni del babiškega znanja, ki mora temeljiti na preverjenih rezultatih raziskav in teoretičnih znanstvenih izsledkih. Za babiško delo pomenijo ta znanja ključ do prepoznavanja dogajanja in izbire pravega ravnanja med porodom.

Zaključek: Porod po meri ženske –DA– z zdravo mero razuma, medsebojnega spoštovanja in zaupanja z željo ohranjati varnost in zdravje slovenskih mater, novorojenčkov in njihovih družinskih članov.

Ključne besede: porod, porodna izkušnja, porodni načrt, humaniziran porod, babištvo, pričakovanja porodnic

Abstract

Introduction: Customized childbirth experience is an important right for women in labour. That means giving birth to their child is not only safe, but also dignified. The aim of the paper is to determine the expectations and wishes of the women during labour in a modern Slovenian society. We would also like to know if any of the Slovenian maternity hospitals presents on their websites the surveys result of women's satisfaction with birth experience.

Methods: A descriptive method of work was used with the collection, review, critical assessment, evaluation and analysis of domestic and foreign literature. We also reviewed the websites all fourteen Slovenian maternity hospitals. **Results:** Among the measures that would significantly reduce the use of

medical interventions during labour, midwives suggest good psychiatric preparation for the delivery, continuous midwifery care and prevention of the first caesarean section.

***The results** show that treatment of women is still more focused on satisfying physical needs and less on psychological needs of women during delivery. Any data about women's satisfaction with the childbirth experience is not yet published.*

***Discussion:** Knowledge of the physiology of the perinatal period, the influence of factors on the behaviour and response of women in labour, the formation of relations between the family members in the delivery room, is an essential part of the midwife's knowledge, which must be based on the verified results of research and theoretical scientific results. For the midwifery care this knowledge is the key to recognizing events and choosing the right behaviour during childbirth. **Conclusion:** Customized childbirth experience - YES - however with a healthy dose of common sense, mutual respect and trust and also at the same time maintain the safety and health of Slovenian mothers, newborns and their family members.*

***Key words:** birth, birth experience, birth plan, humanized delivery, midwifery, women's expectations of birth.*

Uvod

»V naši kulturi obstaja skrivnost. In skrivnost ni, da je porod boleč, pač pa, da je ženska močna.«
Laura Stavoe Harm, pisateljica

Medicina in babištvo na področju obporodne skrbi dosežata nesporne dosežke. S pretehtano zdravstveno pomočjo, zdravili in posegi med porodom zdravstveni strokovnjaki ohranjajo zdravje in življenja tako žensk kot otrok, a pretirana raba ali neutemeljena uporaba naštetega med porodom kratkoročno in dolgoročno prinaša povečana tveganja za zdravje in življenje matere in otroka in lahko ob določenih situacijah pomeni celo zlorabo. Zato je pomembno preverjati meje medicine na podlagi razvoja znanstvenih spoznanj, izsledkov raziskav in kritične presoje (1).

Najnovejši znanstveni izsledki o naravi materinstva in očetovstva vzbujajo veliko spoštovanje in spodbujajo k premisleku o razmerah, v katerih danes ženske postajajo matere in v katerih nastaja nova družina (1). Posamezno obliko obporodne skrbi sooblikujejo zgodovina in status babištva, porodništva in zdravstvene nege in pa razmerja med njimi, svojo vlogo igrajo tudi država in družbena gibanja. V širšem smislu pa nanjo vpliva razumevanje ženske vloge; gre za vsakokratni poseben preplet socialnih, političnih in kulturnih dejavnikov (2).

Porod po meri ženske se v literaturi pojmuje kot humaniziran porod (3). Omogoča in opredeljuje avtonomijo kot osebno svobodo ženske, da ima v procesu zdravstvene (babiške) oskrbe možnost soodločanja glede na svoje osebne vrednote in prepričanje (4). Je pomembna pravica rojevajočih žensk, da svojega otroka rodijo ne le varno, temveč tudi dostojanstveno. Odločanje in soodločanje je pomemben del poroda, ker ena oblika rojevanja ne more ustrezati vsem ženskam (5).

Raziskave so pokazale, da imata čustvena in socialna podpora pri porodu velik pomen in, da pripomoreta ne le k bolj pozitivnemu doživljanju poroda, pač pa tudi izboljšujeta biomedicinske rezultate tako za otroka kot za mater (2). Zadovoljstvo je kompleksen pojem, ki ga je velikokrat moč zaslediti pri ocenjevanju porodne izkušnje (6). Odvisen je od življenjskega stila posameznice, njenih preteklih izkušenj, pričakovanj in individualnih vrednot in osebnosti, pa tudi od vrednot družbe, v kateri ženske živijo (7). Rojevajoče ženske kakovost poroda vse manj povezujejo s kakovostjo bolnišničnih storitev, ampak vse bolj z izkušnjo z osebjem (5). Zdravstveno osebje, zlasti babica je v svojem odnosu s porodnico pomemben akter v zadovoljstvu žensk s porodno izkušnjo. Porodna izkušnja ostane z žensko vse življenje, vpliva na pričakovanja žensk glede naslednjega poroda, na njen odnos z otrokom (7, 8) in njene nadaljnje reproduktivne odločitve v prihodnosti (9). Negativna izkušnja poroda in s tem nezadovoljstvo matere lahko vpliva na različne aspekte življenja ženske, njeno duševno zdravje in pojmovanje materinske identitete (7).

Literatura, ki preučuje, kaj ženske pričakujejo od babice in zdravstvenih delavcev na sploh, je pomanjkljiva. Zaradi pomanjkanja raziskav in podatkov ne gre z gotovostjo določiti, kaj ženske cenijo pri babici, sploh če se v obzir vzamejo tudi različna porodna okolja (10). V Sloveniji je bilo do sedaj narejenih malo raziskav, ki bi se osredotočile na zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo (6, 7). Projekt »Porodnišnice za današnji čas« (11) in Anketa akcije »Za humanizacijo poroda« (5) je razkrila, da veliko Slovenk kljub nizki perinatalni umrljivosti ni zadovoljnih s svojo porodno izkušnjo. Glavni problem naj bi bil grob odnos osebja v porodnišnicah in prekomerna raba rutinskih posegov (klistiranje, pospeševanje poroda s oksitocinom, amniotomija, odtegnitev hrane in pijače med porodom, epiziotomija, neadekvatno lajšanje porodne bolečine, grobi in pogosti vaginalni pregledi), ki jih odsvetuje tudi Svetovna zdravstvena organizacija. Nedavna akcija »Prekinimo tišino«, ki se je pričela na Hrvaškem (12) je sprožila val podpore tudi med Slovenkami, ki so lahko po javni poti podelile svojo travmatično porodno izkušnjo, po drugi strani pa tudi val zaskrbljenosti in odpora med porodničarji in bobicami v slovenskih porodnišnicah.

Namen prispevka je s pomočjo spletnih strani in pregleda pretežno slovenske literature ugotoviti kakšna so pričakovanja in želje rojevajočih žensk v sodobni slovenski družbi, in ali katera

od porodnišnic na svojih spletnih straneh prikazuje rezultate morebitnih anket o zadovoljstvu žensk s porodno izkušnjo.

Metode dela

Pri pripravi prispevka je bila uporabljena deskriptivna metoda dela z zbiranjem, pregledom, kritično presojo, oceno in analizo domače in tuje strokovne in znanstvene literature ter pregled spletnih strani štirinajstih slovenskih porodnišnic. Osrednje iskanje literature je potekalo s pomočjo bibliografske baze podatkov COBISS ter s pomočjo mednarodnih baz informacijskih virov. Ključne besede uporabljene pri iskanju so bile: porod, porodna izkušnja, porodni načrt, humaniziran porod, babištvo, pričakovanja porodnic. Neuporabna literatura je bila izločena na podlagi neustrezne vsebine, letnice izdaje knjig, revij, zbornikov in omejitve jezika na slovenščino, angleščino.

Rezultati

V Sloveniji je ženska, ki rojeva še vedno pogosto obravnavana kot pacientka (četudi sta potek njene nosečnosti in poroda netvegana), večina postopkov in pregledov pa je izpeljanih rutinsko. Morda se zdravstveni delavci premalo zavedajo, da vsak tak postopek in pregled močno posega v intimni prostor ženske, kar lahko vpliva na njeno samopodobo (13).

Ženske so v času nosečnosti, rojevanja in poporodnega obdobja pogosto izpostavljene dotikanju iz strani zdravstvenih delavcev. Tudi zdravstveni delavci, ki delajo na ginekološkem porodnem področju, so dnevno postavljeni pred dejstvo, da se morajo dotikati žensk po intimnih delih telesa kot del pregleda ali zdravljenja (4). Plemen & Mivšek navajata, da pri izvajanju določenega intimnega posega študentje babištva najpogosteje občutijo: sram, strah pred nezaupanjem pacienta ter nelagodnost. Kar 71 % anketiranih študentov pa je bilo mnenja, da je ob izvajanju določenega intimnega posega pogosto prisotnih preveč ljudi (14). Tak pregled ženskam lahko povzroča stisko, tesnobo, strah in tudi sram. To je tudi eden glavnih razlogov, da ženske v kliničnem okolju pogosto doživljajo ta stik kot vdor v njihov osebni prostor. Pojavi se vtis, da je ženska prepuščena na milost in nemilost tistim, ki ji pomagajo in ni v položaju, da bi karkoli storila ali odločala. (13). Prebil, Mohar, Drobne so mnenja, da vsakršen intimni dotik brez predhodnega dovoljenja ženske pomeni vdor v intimni prostor ženske (15). Osnovni predpogoj, da do teh občutij ne pride je pojasnilna dolžnost zdravstvenega delavca ter informiran pristanek ženske (4).

Zakon o pacientovih pravicah je jasen: zdravstveno osebje mora spoštovati samostojnost pri odločanju o zdravljenju, človekovo dostojanstvo in njegovo pravico do zasebnosti. To pomeni, da lahko ženske različne posege zavrnejo, vendar se jih večina tega sploh ne zaveda, med drugim tudi zato, ker jim porodnišnice ne dajo možnosti odločanja. (5).

V slovenski literaturi je moč najti obsežno doktorsko dizertacijo v kateri Prosen opredeljuje in pojasnjuje medikalizacijo nosečnosti in poroda kot družbeno konstrukcijo. Poudarja, da kljub temu, da ima medikalizacija v javnosti negativno konotacijo, pa so nekatere tehnološke inovacije (npr. razvoj inkubatorja) in nekateri posegi (zanositev z biomedicinsko pomočjo) bistveno prispevali k boljšim izidom nosečnosti in poroda ali sploh omogočili doživeti to izkušnjo. Medikalizacija poroda je opisana skozi institucionalni nadzor nad porodnico, plodom in potekom poroda, pri čemer je vsak porod spoznan kot potencialno tveganje, zato je raba medicinsko - tehničnih posegov sprejemljiva in narašča z vključevanjem medicinske profesije v porod. Babice v tej raziskavi razkrivajo, da medikalizacija poroda ni vedno potrebna in da nepremišljeno in prehitro poseganje v porod lahko naredi »zdravo« porodnico v »bolno«. Medikalizacija naj bi bila potrebna le v nekaterih nujnih primerih, ko je ogroženo življenje matere in ploda. Med ukrepi, ki bi bistveno zmanjšali rabo medicinskih posegov med porodom, babice izpostavljajo dobro psihično pripravo na porod (izključno naloga izobraženih in kvalificiranih zdravstvenih delavcev), kontinuirano babiško oskrbo in po njihovem mnenju najpomembnejše: preprečevanje prvega carskega reza (16). Dokazano je, da

lahko babice s kontinuirano podporo pozitivno delujejo ter ugodno vplivajo na izid nosečnosti in poroda, kar zvišuje stopnjo zadovoljstva žensk z izkušnjo poroda in posledično vpliva na poznejše počutje ženske, njeno dožemanje sebe in njen odnos do novorojenega otroka ter njeno percepcijo kakovosti zdravstvene obravnave. Ženske se strinjajo z dejstvom, da je kontinuirana podpora pomemben element kakovosti zdravstvene obravnave, obenem pa daje priložnost za boljši osebni in strokovni razvoj tudi babicam (17, 18). Kontinuirana oskrba omogoča bolj individualno oskrbo s strani babic in bi po mnenju Boyle in sodelavcev zagotavljala bolj holistično oskrbo ženske (19).

Prosen opisuje tudi pojmovanje naravnega poroda. Pogovor s porodnico, ki želi naravni porod, je podlaga za kompromise med izraženimi željami in veljavno doktrino in ustvarjanje občutka varnosti. Večina babic ima s porodnicami, ki so se odločile za naravni porod v porodnišnici dobre izkušnje, kar babice pripisujejo neposrednemu stiku in vzpostavitvi zaupanja med babico in porodnico. Ne zanika se, da je v kliničnem okolju kar nekaj zdravstvenih delavcev, ki »posebnim« željам porodnic niso naklonjeni, kar se lahko kaže v neustrezni komunikaciji. Za pozitivno porodno izkušnjo mora porodnica sama spoznati, kdaj naravni porod ni več mogoč in, da dovoli uvajanje medicinskih posegov. Odločitev in sprejetje dane situacije pa je možna samo na podlagi zaupanja v pravilno ravnanje in presojo zdravstvenih delavcev (16).

Simončič je z intervjuji prvorodnic ugotovila, da so si ženske želele več samoiniciativnosti iz strani svojih babic glede porodnih položajev in razlage tehnik predihovanja porodnih popadkov ter načinov lajšanja porodne bolečine. Vse intervjuvane porodnice so imele željo, da ne bi utrpele večjih porodnih poškodb na medeničnem dnu in, da babica ne bi po nepotrebnem brez njihove privolitve izvedla epiziotomijo. Zaskrbljujoč pa je podatek, da so si ženske želele več prisotnosti njihove babice tekom prve porodne dobe, le-ta naj bi večino časa bila tekom prve porodne dobe odsotna in naj bi sledila dogajanju poroda in stanju ploda zgolj s pomočjo kardiokotografije in ne s fizično prisotnostjo ob porodnici. Rezultati kažejo, da je obravnava porodnic še vedno bolj usmerjena v zadovoljevanje fizičnih potreb in manj psihičnih potreb porodnic med porodom (8).

Tudi Peteh v svojem diplomskem delu navaja, da so si ženske želele večjo prisotnost babic pri porodu. Babica mora biti po njihovem mnenju prijazna, empatična, komunikativna, imeti mora znanje in znati mora vzpostaviti partnerski odnos s porodnico (20).

Menhart in Prosen v svoji raziskavi o ugotavljanju stopnje zadovoljstva žensk s porodno izkušnjo ugotavljata, da so ženske s podeželja bolj zadovoljne s porodno izkušnjo od tistih, ki živijo v mestih. V nasprotju z nekaterimi tujimi raziskavami sta avtorja ugotovila, da pri zadovoljstvu med prvorodnicami in mnogorodnicami ni pomembne statistične razlike. Zaporedni porod, starost in izobrazba anketirank niso statistično pomembno vplivale na zadovoljstvo pri porodu. Prav tako na zadovoljstvo ni vplivala prisotnost spremljevalca. Izražena pa je bila močna povezava med stopnjo zadovoljstva s porodno izkušnjo ter odnosom in komunikacijo zdravstvenih delavcev s porodnico. Tiste, s katerimi so zdravstveni delavci vzpostavili dobro komunikacijo, so bile s porodom bolj zadovoljne kot ostale. Pri razlogih za izbiro porodnišnice so anketiranke najpogosteje izbrale dotično porodnišnico zaradi bližine doma, mnogorodnice tudi zaradi dejstva, da so tam že rodile. Nekaj žensk se je za porodnišnico odločilo na podlagi drugih razlogov; med najpogostejšimi so navedle boljše ukrepanje ob pojavu zapletov, bolj usposobljeno in strokovno osebje, tamkajšnje predhodno hospitalizacijo zaradi težav v nosečnosti, nasvet ginekologa ali poznanega zdravstvenega osebja in razlog, da so e tam rodile tudi same. V raziskavi je bilo prav tako ugotovljeno, da na zadovoljstvo s porodom vpliva tudi vrsta poroda. Prvorodnice (zlasti tiste, ki so si močno želele roditi na naraven način) so v primeru urgentnega carskega reza bile s porodno izkušnjo manj zadovoljne. Zlasti so pogrešale prvi stik novorojenčka, kot so si ga predhodno zamislile (stik kože na kožo) (6).

V mariborski porodnišnici je Marin že pred časom ugotavljala kako izboljšati in približati delo babic željam porodnic. V šolah za starše bi si anketiranke želele manjših skupin, več praktičnih vaj (telovadbe, dihanja, sproščanja...), več informacij o poporodnem obdobju in bivanju na oddelku. Nekatere so izrazile željo, da se predstavijo tudi operativni porodi in ne samo naravni. V sklopu šole za starše jih je veliko pogrešalo možnost individualnega pogovora s babico, porodničarjem

ali pediatrom. Sprejem v porodnišnico jih je večina ocenila kot korekten, motilo jih je podvajanje nekaterih podatkov. Pri večini porodnic so bile želje v času rojevanja upoštevane. Tam, kjer to ni bilo mogoče, pa ženske niso dobile dovolj informacij o vzrokih nerealizacije. Zanimiv podatek je tudi ta, da jih je pri rojevanju v porodni sobi najbolj motilo pogosto vstopanje različnih oseb (študentje, bolničarke, čistilno osebje, specializanti...); preglasno osebje; odprta vrata porodnih sob; poslušanje vpitja drugih porodnic in svetovanje spremljevalcu, da naj v času latentne faze poroda odide domov. V porodni sobi so najbolj pogrešale nenehno prisotnost ene babice; več pozornosti iz strani osebja; da bi znale babice bolj prisluhni porodnici; relaksacijski pogovor; možnost epiduralne analgezije; poslušanje glasbe; počitek po porodu. Najbolj so pohvalile prijaznost osebja; ustrežljivost; potrpežljivost in profesionalen odnos (21).

Stopnišek je z anketiranjem 31 porodnic, ki so rodile na območju SV Slovenije ugotovila, da se je ob prisotnosti pri porodu porodnicam predstavilo 87% babic in 60% zdravnikov; 81% babic in 47% zdravnikov je upoštevalo želje porodnice. Avtorica navaja, da rezultati njene raziskave opozarjajo na potrebne spremembe na področju komunikacije in medosebnih odnosov, saj so vidna odstopanja pri upoštevanju želja in možnosti soodločanja porodnice o poteku poroda in podajanju informacij (22). Aktas & Avdin navajata najpogostejše vzroke za doživljanje negativne porodne izkušnje: nepredvideni zapleti pri porodu, nespoštovanje zasebnosti in neprimerno komuniciranje iz strani zdravstvenih delavcev, odtegnitev hrane in pijače med porodom, neobvladovanje porodne bolečine in nezmožnost sodelovanja pri porodu (23).

Novodobne ženske v dobi digitalizacije svoje izkušnje poroda pogostokrat delijo na spletnih omrežjih. Analiza spletne komunikacije kaže, da obstaja povezava med medikalizacijo nosečnosti in biološko determiniranostjo ženske ter razvojem občutka krivde pri ženski. Največ vprašanja nosečnic na spletnih forumih so v povezavi o doživljanju strahu pred in med porodom pri drugih nosečnicah (24). Podoba o porodu, ki jo ponujajo mediji, prenašalci pomembnih sporočil, z žensko, kričečo v agoniji, ne bi mogla biti bolj oddaljena od prizorov fiziološkega, naravnega poroda (25).

regled spletnih strani štirinajstih slovenskih porodnišnic pokaže, da nobena slovenska porodnišnica javno ne objavlja podatkov o zadovoljstvu porodnic z opravljanjem njihovih storitev, niti ne opredeljuje zadovoljstva porodnic glede ravnanja in odnosa zdravstvenih delavcev.

Razprava

Večina strokovnjakov, ki se ukvarja z razumevanjem mehanizma poroda je mnenja, da je porod fiziološki proces z univerzalnimi značilnostmi, je univerzalna ženska izkušnja. Antropologi ugotavljajo, da je z evolucijo človeka, dvigom v dvonoštvo in razvojem možganov ter s tem zapletenejšim pogojem rojstva otroka, kjer obstaja nevarnost poškodb in smrti enega ali obeh (matere in otroka), če se porod zaplete, navzočnost drugih pri porodu postala potreba in pomemben dejavnik preživetja otroka in porodnice. Gre predvsem za potrebo po čustveni podpori in praktično ter simbolno zagotavljanje varnosti v trenutkih negotovosti, tesnobe in strahu pred smrtjo ali zapleti in šele zatem za dejansko porodno pomoč. Navzočnost drugih pri porodu je utemeljena v človeški evoluciji, oblika in vsebina porodne pomoči, ki jo drugi dajejo rojevajoči ženski pa je socialno in kulturno oblikovana (2, 26).

V ženski nastane in se razvija novo življenje, s samim porodnim dejanjem pa se skozi njih povezuje in nadaljuje rod. Nosečnica ponavlja čudežno zgodbo materinstva svoje predhodnice in njenih prednic, ki je na biološki ravni zapisana v njenem organizmu zato, da bi se človeštvo nadaljevalo. Vendar je ta bivanjska izkušnja danes na resni preizkušnji. Naša civilizacija namreč poudarjeno pozitivno vrednoti tehnologije in narekuje nadzor nad telesom in njegovim delovanjem z različnimi poseganji od zunaj. Dojemanje o nemoči sodobnih žensk, da spontano rodijo, se tako na individualni in kulturni ravni medsebojno krepi in podpira. Kljub obilici podatkov, morda celo preobilju informacij, nosečnice pogosto čutijo, kot da jim pred velikim dogodkom zmanjkuje trdnih tal pod nogami (25).

Vsaka ženska si izoblikuje lastna pričakovanja o poteku poroda. Če so njihova pričakovanja in želje upošteevane, se zadovoljstvo s porodom zvišuje (27). Hinic ugotavlja, da na zadovoljstvo s porodom vplivajo: kakovost obravnave, vključno s podporo in komunikacijo zdravstvenih delavcev, možnost soodločanja, doživljen stres (zaradi nepričakovanih zapletov oz. medicinskih intervencij) ter neskladje med pričakovanji in realnim oz. uresničenim potekom poroda (28). Negativni vpliv na porodno izkušnjo imajo predvsem občutja nemoči, premalo socialne podpore, neizpolnjenost pričakovanj, urgentni carski rez in ostale izhodne porodniške operacije ter pretekle travmatične izkušnje s porodom in spolnostjo (6). Občutek zadovoljstva se spreminja tudi s časom, ki je minil od poroda, saj porodnice svoje zadovoljstvo drugače vrednotijo takoj po porodu, kot eno leto za tem (7). Veliko razburjenje slovenske javnosti je leta 2008 povzročila izjava priznanega ameriškega profesorja, perinatologa in epidemiologa dr. Marsden Wagnerja, ki je menil, da polovica žensk v Ljubljani hodi s pohabljenimi genitalijami. Prav tako je bil mnenja, da nizka umrljivost novorojenčkov in mater v Sloveniji ni rezultat porodniške prakse in rojevanja v porodnišnicah, temveč je posledica dobrih socialnih in gospodarskih razmer, pogojev bivanja in načina prehranjevanja. V intervjuju za 24 ur.com je razkril, da kar nekaj žensk in njihovih družin v Sloveniji pri obravnavi ni deležnih pozitivnih porodnih izkušenj, s čimer je povzročil nemalo jeze in kritike strokovne javnosti (29).

Deset let po njegovi izjavi lahko rečemo, da se je v Slovenskih porodnišnicah marsikaj spremenilo. Delež epiziotomij pri vaginalnih porodih se je v skoraj vseh porodnišnicah razpolovil, ne da bi pri tem narasle poškodbe presredka tretje in četrte stopnje. Kar nekaj porodnišnic je opustilo britje in klistiranje. Mnoge porodnišnice so se prenovile in uredile porodne sobe bolj domače in ženskam prijaznejše. Kar nekaj porodnišnic ponuja sprostitev tekom prve porodne dobe in rojevanje v vodi (do takrat je to ponujala samo ena slovenska porodnišnica), vse več zdravstvenih delavcev se zaveda pomena dobre hidracije in prehranjenosti porodnice tekom poroda, pomena gibanja in menjavanja porodnih položajev, pomena posvečene ure takoj po rojstvu in dojenja. V kar nekaj porodnišnicah je v poporodnem obdobju omogočeno porodnicam sobivanje s partnerjem. Žal pa še vedno ni v vseh porodnišnicah poskrbljeno za adekvatno lajšanje porodne bolečine (v kolikor bi si tega porodnica želela), čeprav je to osnovna pravica žensk in jo opredeljuje tudi Zakon o pacientovih pravicah. V nekaterih porodnišnicah (žal tudi v mariborski) je možnost lajšanja porodne bolečine z epiduralno analgezijo možno samo ob določenih dnevih in urah, ponekod je to celo plačljiva storitev. Ob neugodnih izidih nosečnosti ali poroda je v zadnjem desetletju zaznati napredek v odnosu zdravstvenih delavcev do žalujoče družine. V mariborski porodnišnici se žalujoči starši lahko poslovijo od mrtvega ploda, ga fotografirajo, dobijo odtis rokice ali nogice (v kolikor imajo s seboj za to namenjen set), pramen lask, ženski je omogočeno sobivanje s partnerjem oziroma osebami, ki si jih želi imeti ob sebi. Poskrbljeno je za individualno obravnavo družine, ki ji je ponujena pomoč iz strani klinične psihologinje. Glede na želje žalujočih staršev in tedne nosečnosti ob izgubi otroka, je ženski ob odhodu v domačo oskrbo ponujena pomoč patronažne medicinske sestre. Seznanjena je tudi z možnostjo izbire pokopa ploda.

V klinični praksi je mogoče videti različne porodne načrte s katerimi ženske izražajo svoje želje in potrebe tekom poroda in v poporodnem obdobju. Redki so tisti, ki so napisani individualno, povečini so prekopirani iz spletnih strani ali napisani po ustaljeni šabloni. Mnogi rodni načrti vsebujejo zahteve, ki so v klinični praksi že povsem samoumevne (prepoved britja, prepoved klistiranja, varovanje presredka, zakasnela prekinitvev popkavnice, posvečena ura, fotografiranje posteljice...). Pojavljajo se tudi nenavadne in nerealne želje porodnic, ki včasih niso izvedljive, saj niso v skladu s strokovnimi priporočili in na dokazih utemeljenih praksah. V intervjuju z Alenko Pirihin, Mlakar navaja, da so med najbolj nenavadnimi željami porodnic slednje: prisotnost starejšega otroka pri porodu, oživljanje novorojenčka na prsni mater, odklanjanje spremljanja plodovih srčnih utripov pri rizični nosečnosti, odklanjanje antibiotične terapije ob dalj časa trajajočem razpoku plodovih jajčnih ovojev ali okužbi s streptokokom, zahteva po postpartalnem zaužitju placente. V nadaljevanju je navedeno, da so vsi zdravstveni delavci zadovoljni in veseli, če gre porod po naravni poti, v kolikor pa se pojavi potreba po indukciji poroda, aplikaciji antibiotika, zaključku poroda z

vakuomom ali če je potreben urgenten carski rez in je ogroženo življenje matere ali otroka, so to v prvi vrsti odločitve za stroko in ne morejo biti več stvar želja porodnice (30). Tujih študij o prisotnosti sorojencev pri porodu je malo, večina je starejših od dvajset let. Vseeno pa pregled raziskav kaže, da prisotnost sorojencev pri porodu pozitivno vpliva na otroka in celotno družino, če so izpolnjeni določeni pogoji: samostojna odločitev otroka za prisotnost ob porodu, ustrezna predpriprava otroka in prisotnost spremljevalca otroka pri porodu (31).

Na pozitivno porodno izkušnjo vpliva tudi ustrezna priprava na porod oziroma starševstvo. Ženske so vse bolj dejavne uporabnice, želijo objektivne in znanstveno dokazane informacije. Svetuje se, da se priprave na porod in starševstvo izvajajo v manjših skupinah z namenom, da babica prepozna individualne potrebe tečajnikov ter omogoča diskusijo. Priprava na porod in starševstvo ne sme biti podaljšek klinične prakse, informacije morajo biti v skladu z dognanji najnovejših raziskav in se naj ne podvajajo (32).

Raziskave kažejo, da so ženske v Sloveniji relativno zadovoljne s porodno izkušnjo. Zdravstveni delavci prav tako menijo, da delajo dobro in strokovno. Kljub temu pa je moč v raziskavah zaznati, da je največ pritožb porodnic glede zdravstvene obravnave v neprimerni komunikaciji, ki se je morda zdravstveni delavci pri opravljanju svojega dela niti ne zavedajo. Mediji velikokrat preveč potencirajo doživljanje negativnih izkušenj (seveda jih vsekakor ne smemo zanikati), premalo pa se opozarja na mnogo uspešno dokončanih porodov, hvaležnih in zadovoljnih staršev, lepih izkušenj in trenutkov novo nastale družine. Vse to bi porodnišnice na spletnih straneh lahko s pridom izkoristile z objavo podatkov o zadovoljstvu odjemalk njihovih storitev. Če se dela dobro, rezultati in objava anket vodstva in zaposlenih v porodnišnicah ne smejo skrbeti. Dobri rezultati omenjenih anket so potrditev, da se dela profesionalno in v skladu s pričakovanji in željami porodnic, kar daje večjo spodbudo za naprej; morebitne graje in kritike pa so priložnost, da se zdravstveno osebje zazre samo vase, svoje delo in ravnanje izboljša, saj se mora zavedati, da v zdravstvenih institucijah zdravstveni delavci niso sami sebi namen, temveč so tam izključno zaradi žensk, ki rojevajo in njihovih najožjih družinskih članov. Porod po meri ženske ne pomeni neuporabe medicinsko – tehničnih pripomočkov, temveč pomeni za rojevajočo žensko uživati udobje, biti uslišana, prejeti zahtevana protibolečinska sredstva, dobro sodelovati z osebjem med porodom, imeti stvari v svojih rokah, biti dobro pripravljena, prejeti minimalne obporodne poškodbe in doseči zeleno vrsto poroda. Ti elementi so namreč tisti, ki zvišujejo zadovoljstvo s porodno izkušnjo (6).

V primeru, da je porodna izkušnja ženske negativna, je prav, da se ženska seznaní s tako imenovanimi pritožbenimi potmi, preko katerih lahko pove in izrazi svoje nezadovoljstvo. Obenem je to tudi priložnost, da se k reševanju morebitnih težav pristopa hitro, konstruktivno in s spoštovanjem obeh vpletenih strani.

Drglin navaja, da poznavanje fiziologije obporodnega obdobja, vplivanje obporodnih dejavnikov na vedenje in odzivanje porodnic, oblikovanje odnosov med družinskimi člani rojevajoče ženske, predstavlja nujni del babiškega znanja, ki mora temeljiti na preverjenih rezultatih raziskav in teoretičnih znanstvenih izsledkih. Za babiško delo pomenijo ta znanja ključ do prepoznavanja dogajanja in izbire pravega ravnanja med potrpežljivo navzočnostjo ob ženski na eni strani in poseganjem v dogajanje poroda na drugi. Poglobljeno razumevanje porodnega procesa, dobro poznavanje dejavnikov, ki spodbudno ali zaviralno vplivajo nanj, pomeni večjo gotovost pri zagotavljanju kar najboljših pogojev, v katerih bodo fiziološki procesi polno delovali, prepoznavanje odstopanj in ukrepanje pri porodu pa bosta pravočasna in zanesljiva. Tako utemeljeno babiško znanje je nujni pogoj, da se uresniči spoštovanje občutljivega in dinamičnega ravnotežja, ki ga ženska potrebuje za prehod v materinstvo (2).

Razumevanje porodnega procesa pomeni zagotavljanje možnosti, da fiziološki procesi delujejo v celoti. Namesto »agresivnega« pristopa, značilnega za tehnokratski model, potrebujemo obporodno skrb, ki bo »negovalna«, torej skrbna, občutljiva in nežna, katere cilj je prepoznati temeljne potrebe ženske in otroka v nosečnosti, med porodom, po njem in jih zadovoljiti. Za babice, ki delujejo kot skrbnice zdravih nosečnic in porodnic, je takšno znanje podlaga za poglobitev stroke

in razvoj praktičnega dela, ki upošteva posebnosti posamezne ženske (1, 2, 11, 25).

Zaključek

Glede na spreminjajoče se zahteve in želja žensk v porodništvu in babištvu ni dovolj opraviti delo in zadostiti zgolj enemu globalnemu cilju: zdrava mati – zdrav otrok (čeprav je ta vsekakor najpomembnejši), temveč bo potrebno v prihodnosti težiti tudi k doseganju zadovoljstva žensk s pozitivno porodno izkušnjo. Sodobnim ženskam namreč ni dovolj, da se poudarja samo dovršena izvedba diagnostično terapevtskih posegov, ki lahko hitro prerastejo v rutino, želijo si spoštovanja njihove lastne avtonomije pri odločanju o lastnem telesu in načinu rojevanja. Ker pa ima vsaka medalja vedno dve plati, tudi zdravstveni delavci pričakujejo od žensk resnično realna pričakovanja in zahteve (ki naj temeljijo na dokazih podprti porodniški in babiški praksi, ne pa laičnemu predvidevanju in razglabljanju na družbenih omrežjih) ter medosebni odnos, ki bo temeljil na medsebojnem obojestranskem spoštovanju, zaupanju in dobrih komunikacijskih veščinah.

Porod je življenjski dogodek, ki za vedno ostane v spominu ženske. Ne rodi se le otrok, rodi se tudi mati oziroma starši. Babica, ki porodnici in njenim spremljevalcem izkaže razumevanje in spoštovanje, lahko močno pripomore k dobremu počutju in uspešnemu začetku materinstva in starševstva. Spoštovanje različnosti in drugačnosti je ključ do dobrih in uspešnih odnosov med babicami in odjemalkami zdravstvenih storitev, pravzaprav med ljudmi na sploh.

Porod po meri ženske – DA – z zdravo mero razuma, medsebojnega spoštovanja in zaupanja z željo ohranjati varnost in zdravje slovenskih mater, novorojenčkov in njihovih družinskih članov.

Literatura

1. Drglin Z. Izmera poklica: od vodništva k sopotništvu. Babica kot skrbstveni poklic in potrebe ženske, ki postaja mati. *Socialno delo*, 2012;51(1-3):27-38.
2. Drglin Z. Sodobno babištvo onstran meja: globalno, kulturno, specifično in individualizirano. In: Petročnik P, Jug Došler A, ur. Zbornik prispevkov z recenzijo: Mednarodna znanstvena konferenca: Babištvo v mednarodnem prostoru: izzivi in vizije za prihodnost; 2015 May 6; Ljubljana, Slovenija. V Ljubljani: Zdravstvena fakulteta; 2015. p. 53-62.
3. Wagner M. Humanizacija poroda: Obporodna skrb v Sloveniji. In: Drglin Z, ur. Zbornik prispevkov: Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo; 2006 Nov 17; Ljubljana, Slovenija. V Ljubljani: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2006. p. 7-11.
4. Griffith R. Intimate examinations and treatments. *British Journal of Nursing* 2015;24(3).
5. Bikić A. Porod po meri ženske je človekova pravica. Ljubljana: MMC RTV SLO; 2015 [cited 2018 Oct 24]. Available from: <http://www.rtvlo.si/zdravje/novice/porod-po-meri-zenske-je-clovekova-pravica/365870>.
6. Menhart L, Prosen M. Zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo: opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege* 2017;51(4):298-311.
7. Mivšek AP. Slovenske ženske in rojevanje – zadovoljstvo ali sprijaznjenost. In: Drglin Z, ur. Zbornik prispevkov: Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo; 2006 Nov 17; Ljubljana, Slovenija. V Ljubljani: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2006. p. 34-54.
8. Simončič U. Vloga in lastnosti babice v porodni sobi: perspektiva prvorodnic [Thesis]. Ljubljana: U. Simončič; 2018. p. 25-9.
9. Borelli SE. What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery* 2014;30(1):3-10.
10. Dahlen HG, Barclay LM, Homer CSE. The novice birthing: theorising first-time mothers experience of birth at home and hospital in Australia. *Midwifery* 2010;26(1): 53–63.
11. Drglin Z. Pripovedovalke porodnih zgodb: Nihaji ranljivosti in moči. In: Drglin Z, ur. Zbornik prispevkov: Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo; 2006 Nov 17; Ljubljana, Slovenija. V Ljubljani: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2006. p. 58-88.

12. Zavšek S. Slovenke z zgodbami opozarjajo na težke porodne izkušnje. SiolNET. VIDEO: Planet TV; 2018 [cited 2018 Nov 1]. Available from: <https://siol.net/novice/slovenija/slovenke-z-zgodbami-opozarjajo-na-tezke-porodne-izkusnje-foto-480847>.
13. Skubic M, Stanek Zidarič T. Intimna nega med in po porodu – poseg v osebni intimni prostor ženske. In: Matič L, Fink A, Vettorazzi R, ur. Zbornik predavanj: Intimna nega – anogenitalna nega v vseh življenjskih obdobjih; 2010 Jun 9; Ljubljana, Slovenija. V Ljubljani: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju; 2010. p. 2-8.
14. Plemen T, Mivšek AP. Prvo srečanje s porodom med študenti babištva: samoocena občutij ob prvi klinični praksi v porodnem bloku. *Obzornik zdravstvene nege* 2017;51(3):226-33.
15. Prebil A, Mohar P, Drobne J. Komunikacija v zdravstvu. Celje: Celjska Mohorjeva družba. Društvo Mohorjeva družba, 2009.
16. Prosen M. Medikalizacija nosečnosti in poroda kot družbena konstrukcija [PhD Thesis]. Maribor: M. Prosen; 2016. p. 279-99.
17. Stanek Zidarič T, Mivšek AP, Skubic M, Zakšek T. Kontinuirana babiška skrb. *Obzor Zdrav Neg.* 2011;45(2):141-4.
18. Bradfield Z, Kelly M, Hauck Y, Duggan R. Midwives 'with woman' in the private obstetric model: Where divergent philosophies meet. *Women and Birth* 2018;31(6).
19. Boyle S, Thomas H, Brooks F. Women's views on partnership working with midwives during pregnancy and childbirth. *Midwifery* 2016;32(1):21-9.
20. Peteh T. Doživljanje babiške obravnave z vidika žensk treh generacij [Thesis]. Ljubljana: T. Peteh; 2017. p. 14-6.
21. Marin E. Kako še izboljšati in približati naše delo željam porodnic? In: Konferenčni zbornik: Simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo: Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege; 2006; Maribor, Slovenija. V Mariboru: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006. p.
22. Stopnišek K. Doživljanje poroda [Thesis]. Maribor: K. Stopnišek; 2015. p. 30-1.
23. Aktas S, Aydin R. The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. *J Reprod Infant Psychol* 2018;30:1-17.
24. Matevljič V. Reprezentacije nosečnosti, nosečnic in rojevanja na slovenskih starševskih forumih [Thesis]. Ljubljana: V. Matevljič; 2010. p. 45.
25. Drglin Z. Porod kot sotočje narave in kulture. Kako preseči umišljeno nasprotje? *Babištvo, porodništvo in kulturna antropologija.* *Proteus* 2011;74(3):103-11.
26. Trevanthen WR. *Human Birth*, Aldine Transaction. 2nd ed. London: New Brunswick; 2011.
27. Hollins Martin CJ. The Birth Satisfaction Scale (BSS). *Midwifery Matters* 2014;141:3-5.
28. Hinic KA. The relationships among perceived stress, birth satisfaction, and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women [PhD Thesis]. South Orange: Seton Hall University, College of Nursing; 2015. p. 59-60.
29. Žugelj E. Strah pred žensko močjo? Ljubljana: 24 ur.com; 2008 [cited 2018 Nov 24]. Available from: <https://www.24ur.com/specialno/vizita/strah-pred-zensko-mocjo.html>.
30. Mlakar V. Vrste porodov in neverjetne želje porodnic. *ABC zdravja*; 2018 [cited 2018 Nov 4]. Available from: www.abczdravja.si/index.php/8-novice/439-vrste-porodov-in-neverjetne-zelje-porodnic.
31. Dolinar P, Mivšek AP. Sorojenci pri porodu. *Obzor Zdrav Neg.* 2012;46(1):75-82.
32. Skubic M, Mivšek AP. Izzivi za kakovostno izobraževanje v pripravi na porod in starševstvo. *AS* 2011;3:40-51.

Strah pred porodom

Arijana Steblovnik



Povzetek

Čeprav se na nosečnost in porod gleda kot normalni, fiziološki proces, pa za večino žensk porod predstavlja stresen in naporen dogodek, ki ga spremljajo negotovost, skrbi in strah. Intenziven strah pred porodom imenujemo tokofobija zaradi katerega se ženska izogiba nosečnosti, poroda, želi predčasno dokončati zaželeno nosečnost, ali zahteva carski rez. Strah pred porodom vpliva na večjo izpostavljenost žensk kirurškim posegom (splavi, carski rez, sterilizacija) in na psihično zdravje žensk po porodu. Ženske pogosteje trpijo za poporodno depresijo, posttravmatsko stresno motnjo ter se slabše navezujejo z otrokom.

Ključne besede: nosečnost, strah pred porodom, tokofobija

Abstract

Although pregnancy and childbirth are a normal, physiological process, it is a stressful and exhausting event for most women who are accompanied by uncertainty, worry and fear. An intense fear before birth is called tokophobia, which makes the woman avoid pregnancy, labor, wants to terminate the desired pregnancy prematurely, or requires a caesarean section. Fear of labor gives rise to increased exposure of women to surgery (abortion, cesarean section, sterilization) and the mental health of women after childbirth.

Women are more likely to suffer from postpartum depression, post-traumatic stress disorder, and are less likely to associate with the child. Fear of childbirth requires adequate detection, recognition and treatment, while it is important that we have access to adequate treatment for pregnant women.

Key words: pregnancy, fear of childbirth, tokophobia

Uvod

Nosečnost je čas, v katerem bodoča mati ob občutkih radosti in prijetnega vznemirjenja, lahko doživlja tudi skrbi glede lastnega in otrokovega zdravja, razmišlja o možnih zapletih ter jo je strah poroda (1). Čeprav se na nosečnost in porod gleda kot normalni, fiziološki proces, pa za večino žensk porod predstavlja stresen in naporen dogodek, ki ga spremljajo negotovost, skrbi in strah (2).

Strah pred porodom

Strah pred porodom pokriva cel kontinuum, od blagega vznemirjenja pa do izjemnega strahu pred porodom (3). Strah sam po sebi še ni patološki, saj je določena stopnja skrbi in anksioznosti v nosečnosti normalna in ima prilagoditveno vlogo v zorenju ženske in prispeva k pripravi na porod in prevzemanju materinske vloge (4). Skoraj 80 % žensk izraža skrbi in strah v zvezi z nosečnostjo ter prihajajočim porodom (5), od tega jih okoli 20 % izraža specifične strahove ali intenzivne skrbi, med 6 in 10 % nosečnic pa doživlja disfunkcionalen strah pred porodom, ki otežuje vsakodnevno funkcioniranje ženske (2). Močan strah pred porodom in izogibanje porodu pa imenujemo tokofobija (6).

V raziskavi med slovenskimi nosečnicami (90 % prvih nosečnosti) so ugotovili patološki strah pred porodom pri 1,6 % udeleženk. Pri 25 % je bil strah pred porodom hud do zelo hud, pri 75 % majhen do zmeren. Najbolj so se bale epiziotomije, izgube nadzora nad situacijo in bolečin. Ugotovili so tudi povezavo med željo po carskem rezu in tokofobijo (7).

Najpogosteje uporabljen instrument za ugotavljanje prisotnosti strahu pred porodom je Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ vprašalnik). Vprašalnik je bil razvit v poznih 90. letih na Švedskem. V različici A se postavke nanašajo na pričakovanja in izkušnje pred rojstvom, v različici B pa na pričakovanja in izkušnje po rojstvu. Ocena nad 85 točki identificira zelo visoko stopnjo strahu, ocena nad 100 točk pa označuje patološki strah (8).

Tokofobija

Samo ime tokofobija izhaja iz grških besed *tokos* (rojstvo) in *fobos* (strah), kar pomeni nerazumen strah pred popadki in vaginalnim porodom (9). Prvi zapisi o tokofobiji izhajajo že iz 18. stoletja, ko so opazili, pojav samomorilnih misli pri ženskah z močnim strahom pred porodom. Marce, francoski psihiater je leta 1858 dejal, da prvorodnice spremljata strah in pričakovanje neznanske bolečine, ki vodita v nepopisno tesnobo; ženske, ki so imele že več porodov, pa spremljajo strahovi ter spomini pretekle izkušnje (10).

Tokofobija je pojem, ki označuje intenziven strah pred porodom in lahko vodi do izogibanja nosečnosti, prekinitve le-te kljub želji po otroku ali do zahteve po carskem rezu v naslednjih nosečnostih. Delimo jo na primarno in sekundarno, ter tokofobijo kot posledico depresije v nosečnosti (10).

1. Primarna tokofobija: pri ženskah, ki še niso rodile. Lahko se pojavi že v adolescenci ali zgodnji odraslosti. Te ženske imajo močan strah pred porodom, ki pa je lahko v konfliktu z močno željo po materinstvu. Vsled strahu se nosečnosti izogibajo, nekatere nikoli ne premagajo strahu pred porodom in ostanejo brez svojih bioloških otrok ali jih posvojijo. Mnoge zaradi tega nadalje v življenju doživljajo žalost, občutke sramote, manjvrednosti in se počutijo osamljene ter obžalujejo, da kljub strahu pred porodom niso rodile tako zelenega otroka.
2. Tokofobija kot posledica depresivne motnje v nosečnosti
3. Sekundarna tokofobija: nastane po travmatski prejšnji nosečnosti in porodu. Lahko se pojavi tudi po porodu, ki ga zdravstveni strokovnjaki ne vrednotijo kot težavnega, po spontanem splavu, v primeru izkušnje s porodom mrtvorojenega otroka ali po umetni prekinitvi nosečnosti na željo

ženske (3,10).

Dejavniki strahu pred porodom so različni in jih lahko razdelimo na več področij:

1. Psihološke dejavnike: pri ženskah s strahom pred porodom, se je izkazala višja stopnja splošne anksioznosti in depresije. Nizko samospoštovanje in samovrednotenje. Prav tako je tokofobija pogosta pri ženskah s obsesivno/kompulzivnimi potezami, katera pogosto kažejo obsesivna vedenja povezana s čistočo in kontaminacijo ter iščejo »idealno podobo rojstva in materinstva«.
2. Travma in zloraba: strah kot posledica spolne zlorabe ali travme v preteklosti. Sam porod in vaginalni pregledi lahko sprožijo posttravmatske spominske prebliske.
3. Socio-kulturne dejavnike: prenašanje strahu pred porodom iz generacije na generacijo, pomanjkanje podpore, nizka stopnja izobrazbe (3,10).

Strah pred porodom vpliva na večjo izpostavljenost žensk kirurškemu posegom (splavi, carski rez, sterilizacija) in na psihično zdravje žensk po porodu. Ženske pogosteje trpijo za poporodno depresijo, posttravmatsko stresno motnjo ter se slabše navezujejo z otrokom (3, 6).

Posttravmatska stresna motnja (PTSM) naj bi se pojavila pri 1-2 % žensk kot posledica travmatske izkušnje v nosečnosti ali med porodom. PTSM se lahko pojavi zaradi specifičnih osebnostnih lastnosti, nekaterih porodniških posegov in postopkov, intenzivne perinatalne čustvene reakcije, predhodnih psiholoških problemov in pomanjkanja socialne podpore. Ženske porod doživijo kot travmatično izkušnjo, neodvisno od medicinskih posegov, kot so carski rez ali instrumentalno dokončan porod (12).

Več raziskav je v svoji izsledkih predstavilo, da intenziven strah pred porodom poveča tveganje za zaplete med porodom: dlje časa trajajoči porodi, uporaba vakuumske ekstrakcije, krvavitve, hipoksija pri plodu in končanje poroda z nujnim carskim rezom. V zadnjih nekaj desetletjih je več študij poročalo o porastu carskih rezov. 1 % carskih rezov, naj bi opravljenih kot odgovor na željo ženske, kot posledica psihosocialnih razlogov, natančneje strahu pred porodom, ni pa bilo prepoznanih medicinskih indikacij (13, 14).

Obravnavanje žensk s tokofobijo

Pri obravnavi tokofobije je potreben multidisciplinaren pristop, torej interdisciplinarno sodelovanje vseh zdravstvenih delavcev: ginekologa, babice, medicinske sestre, anesteziologa, psihologa in psihiatra (7). Obravnavanje strahu pred porodom je odvisna od etiologije in ocenjene stopnje strahu. Za ženske z blago primarno tokofobijo je lahko že učinkovita podpora, samo izkušnja, da ima možnost spregovoriti o svojih strahovih. Prav tako je lahko razbremenjujoča izkušnja za ženske s sekundarno tokofobijo, ko dobi priložnost spregovoriti o svoji izkušnji travmatsko doživetega poroda (10). V okviru tega je pomembno, da se za žensko ustvari preventivno in varno okolje, ter spoštljiv in odprt donos do ženske (7). Vse več je dokazov, da psihoedukativni programi, ki vključujejo tudi sprostitvene tehnike uspešno zmanjšujejo strah pred porodom in lahko vodijo v zadovoljstvo z naravnim porodom (10). Ženske z visoko stopnjo strahu so še posebej ranljiva skupina, zato je smiselno, da jim je dostopna tudi ustrezna psihološka obravnava z vedenjsko kognitivno terapijo, saj ta kaže na zmanjšanje števila carskih rezov v povezavi s strahom pred porodom (7).

Zaključek

Strah pred porodom zahteva ustrezno odkrivanje, prepoznavanje in obravnavo, ob tem pa je pomembno, da imamo nosečnice dostop do ustrezne obravnave.

Literatura

1. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and Birth*, 2012;25(3):37-43
2. Zar M, Wijma K, Wijma, B. Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*.2001;30:75-84.
3. Wijma K, Wijma B. A Woman Afraid to Deliver: How to Manage Childbirth Anxiety. In: Paarlberg KM, van de Wiell BM, eds. *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology*. Springer International Publishing Switzerland:2017;33-50.
4. Rojšek J, Psihološke značilnosti razvojnih obdobj v nosečnosti. *Psihološka obzorja*, 1996;5,85-6.
5. Rondung E, Thomtén J, Sundin O. Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 2016;44:80-91.
6. Velikonja Globevnik V. Psihosomatski vidiki nosečnosti in poroda. V: Takač I, Geršak K (ur). *Ginekologija in perinatologija*. Maribor: MF; 2016;474-483
7. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Globevnik Velikonja V. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med* 2018;46:151-154.
8. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1998;19(2):84-97.
9. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry*, 2000;176:83-5.
10. O'Connell M, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenn LC. Tocophobia - the new hysteria? *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 2015;25(6):175-177.
11. Fenaroli V, Saita E. Fear of childbirth: A contribution to the validation of the Italian version of the Wijma Delivery expectancy/experience questionnaire (WDEQ). *TPM*. 2013; 20(2):131-154
12. Klabbers AG, Van den Heuvel MAM, Van Bakel JAH, Vingerhoets JJMA (2016). Severe Fear of Childbirth: Its Features, Assesment, Prevalence, Determinants, Consequences and Possible Treatments. *Psychological Topics* 25(1): 107-27.
13. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy childbirth*,2017;17(1):195.
14. Saisto T, Halmasmaki E. Fear of childbirth: a neglect dilemma. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2009; 82:3, 201-208.

Stiske materinstva in dojenje

Andreja Tekauc Golob



Izvleček

Uvod: Prvi tedni po porodu so ključni za mater in novorojenca. Pri materi se lahko kažejo kot težava pri dojenju in poporodna depresija.

Razprava: Dojenje je fiziološka norma hranjenja dojenčkov. Dojenčki, ki niso dojeni pogosteje zbolijo. Tudi matere, ki ne dojijo nosijo posledice na svojem zdravju. Težave z dojenjem in opustitev dojenja so lahko povezani s poporodno depresijo. Kaže se z materinim nemiro, depresivnim razpoloženjem, slabo koncentracijo in preobčutljivostjo za bolečino. Te psihične motnje lahko povzročajo težave pri navezovanju matere z otrokom in lahko tudi vplivajo na uspešnost dojenja. Obratno pa lahko stres in bolečina, povezana z dojenjem, povzroči pretirano zaskrbljenost in depresijo.

Zaključek: Zgodnje prepoznavanje žensk z večjim tveganjem je pomembno za oboje: zmanjšanje negativnih posledic poporodne depresije in potencialno uspešnejše dojenje.

Ključne besede: prednosti dojenja, sobivanje, poporodne duševne stiske, psihotropna zdravila

Abstract

Introduction: *The first weeks after childbirth are a critical period for mother and newborn. Women may present with lactation failure and postpartum depression.*

Discussion: *Breastfeeding is the physiologic norm for infant feeding. Infants who are not breastfed are more likely to different illness. Among mothers, not breastfeeding is associated with an increased risk of later health problems. A history of breastfeeding problems or not breastfeeding may be associated with postpartum depression. This condition may result in maternal anxiety, depressed mood, poor concentration, and hyperawareness of pain. These psychologic impairments may create difficulties with mother-child bonding and they may also affect breastfeeding. Otherwise, stress or pain, which may be associated with breastfeeding, may result in anxiety and depression.*

Conclusion: *Early identification of at-risk women is important to both decrease the negative sequelae of postpartum depression and, potentially, to increase breastfeeding success.*

Key words: *breastfeeding benefits, rooming-in, postpartal psychologic disorders, psychotropic medications*

Uvod

Pri negi in hranjenju otroka je potrebna občutljivost, potrpljenje in koncentracija. Materi pri tem pomaga zadovoljstvo pri opazovanju zdravega otroka in užitek pri navezovanju nanj. Mati, ki trpi zaradi duševne motnje, pa ne uživa pri navezovanju na otroka in ni ponosna na svoje uspešno materinstvo.

Depresija se pojavi pri vsaki četrti ženski vsaj enkrat v življenju, najpogosteje v reproduktivnem obdobju. Poporodna žalost zajame več kot polovico žensk, ki so prvič matere. Poporodna depresija (PPD) se pojavlja pri 10 - 20% žensk po porodu, poporodna psihoza pa pri 1 - 2/1000 žensk.

Razprava

Prednosti dojenja

Številne raziskave, posebno v zadnjih letih, dokazujejo različne prednosti, ki jih prinaša dojenje otrokom, materam, družinam in družbi. Prednosti so zdravstvene, prehranske, protinfektivne, razvojne, psihološke, socialne, ekonomske in okolje varstvene. (1)

Materino mleko je najprimernejše za hranjenje dojenčka in je prilagojeno človeškemu rodu, vsa nadomestna prehrana se zelo razlikuje od njega. Dojen otrok naj bo model, po katerem se ocenjuje rast, zdravje, razvoj in kratkotrajni ali dolgotrajni izid otrok.(2)

Raziskave v Združenih državah, Kanadi, Evropi in deželah v razvoju, v glavnem med prebivalstvom srednjega socialnega razreda so prinesle resne dokaze, da je pri dojenih in z materinim mlekom hranjenih otrocih nižja pojavnost in/ali resnost driske, okužbe spodnjih dihal, vnetja srednjega ušesa, sepse, bakterijskega meningitisa, botulizma, okužb sečil in nekrozantnega enterokolitisa. Številne študije kažejo na možni zaščitni učinek materinega mleka na nenadno smrt v zibki, od insulina odvisno sladkorno bolezen, Chronovo bolezen, ulcerativni kolitis, limfom, povišan krvni pritisk, alergična obolenja in kronična obolenja prebavil v kasnejšem življenju. Dojenje povezujejo z možnostjo boljšega intelektualnega razvoja.

Raziskave kažejo tudi na pozitivne učinke na zdravje mater. Dolgo je že znano, da dojenje poviša nivo oksitocina, kar zmanjša mesečno izgubo krvi v mesecih po porodu. Novejše raziskave dokazujejo, da se doječi materi telesna teža prej vrne na prednosečnostno raven, ker se maščobe v njenem telesu porablja za mleko. Ovulacije se vrnejo kasneje in s tem možnost ponovne zanositve. Kostni se pospešeno remineralizirajo, zato je zmanjšana verjetnost za zlom kolka v pomenopavzalnem obdobju. Zmanjšan je rizik za nastanek raka na jajčnikih in raka na dojkah.

Poleg prednosti za zdravje posameznikov, prinaša dojenje velike sociološke in ekonomske prednosti vsemu narodu. Zmanjšajo se stroški za zdravljenje, zmanjša se odsotnost z dela zaradi negovanja otroka med boleznijo. Veliko manjša obolevnost dojenega otroka omogoča staršem več časa za ukvarjanje z ostalimi otroci in domačimi opravili, zmanjšana odsotnost z dela pa poviša zaslužek. Direktni finančni učinek pri družini so izračunali: strošek za umetno prehrano otroka v prvem letu so ocenili na 855 evrov. Materina prehrana se v prvih 6 tednih ni razlikovala pri doječi in nedoječi materi. Po tem času potrebuje doječa mati večji vnos hrane in tekočine, vendar je strošek te hrane za polovico manjši kot bi bil strošek za umetno prehrano otroka. Tako družina prihrani več kot 400 evrov pri enem otroku v prvem letu. (3-9)

Koristnost sobivanja

Koristnost sobivanja matere in otroka v porodnišnici je neizpodbitna v povezovanju otroka, matere in vse družine. V nekaterih študijah dokazujejo večji odstotek polno dojenih otrok, otroci mirneje spijo pri materah in manj jočejo, opazujejo tudi manj problemov z okužbami pri novorojencih v porodnišnici. Tudi matere boljše spijo. Uspešnost dojenja in nastanek duševnih motenj po porodu

povezujejo tudi z obporodnimi intervencijami.

Ločitev otroka od matere povzroča anksioznost (nemir) pri slednji, kajti med nosečnostjo je otrok predstavljal del njenega bitja. Dolgotrajna zgodnja ločitev otroka od matere ima škodljive posledice za otrokov motorični, mentalni in čustveni razvoj.

Večje poznavanje pomembnosti in možnih pozitivnih posledic stika med materjo in otrokom lahko pomaga tudi pri omejevanju škodljivega vpliva neizogibne ločitve. Tako se spodbuja kontakt staršev in otrok tudi v enotah intenzivne nege, ko je otrok še v inkubatorju. To otroke pomirja, istočasno pa blaži tudi prestrašenost staršev. Nekatere matere poročajo o občutju izgube samospoštovanja, občutkih krivde, razočaranja in odtujitve od otroka. Mati, ki zavrne ponujeni izjemni stik, verjetno potrebuje podporo in pomoč že v času bivanja v porodnišnici.(10)

Duševne stiske in dojenje

Pojavljanje duševnih stisk po rojstvu otroka zmanjšuje pogostnost dojenja, kljub zavedanju o nedvomnih prednostih dojenja za zdravje otroka in matere. Številne raziskave navajajo obratno sorazmerje med pojavljanjem depresivnih simptomov in dojenjem. Potrjujejo, da hranjenje po steklenički povečuje depresivno simptomatiko. Ženske, ki so depresivne že pred otrokovim rojstvom, se manj pogosto odločajo za dojenje svojega otroka, medtem ko tiste, ki so začele dojiti in izkazujejo znake depresije, hitreje prenehajo z dojenjem.(11)

Navadno je depresivna epizoda začetek odstavljanja otroka od prsi. Tako je zgodnje odstavljanje dojenega otroka velikokrat povezano z nastankom poporodna depresije (PPD). Znaki, ki govorijo za depresivno simptomatiko ob enem tednu po rojstvu so značilno povezani z zgodnjim odstavljanjem otroka.(12)

Matere, ki izključno dojijo so v manjši meri depresivne kot tiste, ki delno dojijo in pojav PPD zmanjšuje verjetnost izključnega dojenja.

Neredko se ob težavah z dojenjem skriva nastanek PPD in je velikokrat to edini znak, ki govori za depresijo. Matere z znaki depresije pogosteje navajajo težave pri dojenju in izražajo manjše zadovoljstvo z otrokovim načinom hranjenja.

Materina samopodoba in samozaupanje glede dojenja je v obratnem sorazmerju s pojavom PPD. Matere z znaki depresije so manj prepričane v svojo sposobnost dojenja, kar vpliva na začetek, dolžino in izključnost dojenja. Veliko razlogov za takšno razpoloženje je potrebno iskati že v obdobju pred zanositvijo in v nosečnosti.(13,14)

Borra in sodelavci so opravili veliko longitudinalno raziskavo na okoli 14000 rojstvih. Upoštevali so številne socioekonomske in psihosocialne činitelje, merili materino razpoloženje pred in po porodu in opazovali dojenje. Ugotovili so, da je pomembno, če se je ženska že v nosečnosti odločila za dojenje. Pri teh ženskah je manjše tveganje za nastanek PPD. Pozitiven učinek dojenja na materino psiho je bil najizrazitejši pri 8 tednih po porodu in je še ostajal do 8 meseca starosti otroka. Tiste, ki so kazale znamenja depresije že v nosečnosti, so bile bolj podvržene PPD, vendar je tudi pri njih imelo izključno dojenje prve 4 mesece zaščitno funkcijo in so manj zbolevale. Tiste, ki so se že v nosečnosti odločile, da ne bodo dojile, imajo povečano tveganje za PPD, prav tako tiste, ki so naletele na težave z dojenjem, zato potrebujejo dodatno pomoč pri težavah. (15)

Hahn-Holbrook in sodelavci so podobno v prospektivni raziskavi, ki je trajala dve leti potrdili medsebojno korelacijo med uspešnostjo dojenja in pojavnostjo depresivne simptomatike. (16)

Način poroda vpliva na pojav PPD. Matere in otroci, rojeni s carskim rezom imajo pogosto resne zdravstvene težave, sožitje je oteženo, pogosto je dojenje manj uspešno in pojav PPD je pogostejši.(17,18)

Choi in sodelavci so raziskovali pojav PPD pri materah, ki so rodile več kot enega otroka hkrati. Ugotavljajo, da imajo te matere za 43% večjo možnost za pojav srednje težke ali hude PPD kot tiste, ki rodijo enega otroka. Pogosto jih spremlja tvegana nosečnost, prezgodnji porod, visoka izpostavljenost stresu, utrujenost, manjša uspešnost pri dojenju in socialna izolacija. Mnoge med

njimi zanosijo z biomedicinsko pomočjo, vendar so raziskani podatki pojava PPD pri teh ženskah premalo prepričljivi zaradi majhnega števila preiskovank.(19, 20)

Zanimivo interakcijo med materino depresijo in rastjo otroka opisuje Stewart.(21)

Dojenje kot stres

Tudi dojenje lahko deluje kot stres, zlasti boleče bradavice, kar prikazuje uspešnejše zdravljenje depresije po 12. tednu pri materah, ki niso dojile.(15)

Za uspešno dojenje in krepitev materine samopodobe je pomembno zgodnje in pogosto dojenje ter sobivanje. Ranjene bradavice so rezultat slabega pristavljanja na dojko, ne pa dolgih podojev. Mater je potrebno podučiti pravilnega pristavljanja na dojko in ji pomagati pri ranjenih bradavicah, da ne bo opustila dojenja. Pripraviti jo je potrebno na običajne vzorce dojenja, ki jih imajo novorojeni otroci in jo seznaniti z opazovanjem otrokove prehranjenosti. Pretirana skrb o nezadostni preskrbi z mlekom je velikokrat razlog za neustrezno samopodobo. Preden začne z dodajanjem umetnega mleka, se naj posvetuje s strokovnjakom.

Skrbno svetovanje v primeru materine bolezni ali jemanju zdravil bo pregnalo skrbi zaradi dojenja pri večini mater.(22-24)

Mater, ki se zapletajo ostre polemike, zakaj (ne) dojijo, lahko krepijo negativne občutke o sebi in drugih, kajti dilem tako ni mogoče rešiti. Tudi noseče ženske se hitro soočijo z normami, da je sprejemljivo le dojiti. Ko dojenje v očeh mnogih ljudi postane cilj, doktrina, ki jo je »treba izvajati«, da si prislužite odobravanje okolice, ga mati občuti kot breme, morda celo kot propagando, še preden sploh začne dojiti. Pogost odziv je tedaj kritika dojenja ali posploševanje, »da so mnogi otroci gor zrasli s stekleničko, pa so danes popolnoma v redu«. Posledica netolerantnosti do mater je tudi pojav, ko se nekatere matere iz krize dojenja izvijejo z obtoževanjem dojenja; dojenje (razumljivo) okrivijo za svojo stisko. To lahko storijo tiho (se zaprejo vase in o dojenju nočejo slišati več besede) ali glasno (dojenje označijo za propagando in za odrešiteljico imenujejo stekleničko). Take neprijetne razprave so ogledalo norm in odnosov v naši družbi. Pokažejo nam, kako zahtevna, neprožna in netolerantna je lahko družba; ne samo do mater, ki hranijo svoje otroke na tak ali drugačen način, ampak tudi do drugih starševskih ravnanj.

Učinkovita pomoč

Za najuspešnejše metode pomoči so se v neki študiji (25) izkazale: pomirjanje, zavzeto poslušanje, stanje ob strani, praktična pomoč, pozitiven pristop, strokovnost, izpolnjevanje materinih želja.

Materino zadovoljstvo je enako pomembno kot je pomembna pravilna informacija o dojenju. Vprašanja o dojenju pogosto skrivajo zapletene vprašanja in čustva.

Mati, ki vpraša za nasvet o dojenju, sočasno pričakuje zagotovilo, da dela prav. Svetovalka mora najti način, da se približa materi, da ji pokaže, da jo vprašanje v resnici zanima, postavlja vprašanja, da razjasni situacijo. Materi pomaga razjasniti čustva in poiskati, kaj jo najbolj teži. Daje informacije, predlaga rešitve, skupaj pretreseta možnosti, materi pomaga poiskati dobre in slabe strani odločitve. Dojenje je več kot metoda hranjenja. Mnogokrat se za vprašanji o dojenju skrivajo vprašanja o splošni skrbi za dojenčka. V njih se zrcali tudi odnos do otroka. Nič čudnega, da se v vprašanju o dojenju skriva materin odnos do materinstva, njena samopodoba. S pogovorom pomagamo materi ločiti njena lastna čustva od mnenja in reakcij okolja in ji pomagamo k odločitvi. Aktivno poslušanje je ustrezna metoda.(22, 25)

Če bo prejela zdravilo za zdravljenje svoje duševne stiske, naj psihiatru pove, da doji, da bo izbral primerno zdravilo. Tudi, če je hospitalizirana, lahko nadaljuje z dojenjem.

Hitro odstavljanje ima številne stranske učinke. Lahko se pojavi vnetje dojk, absces, čustven stres, prizadeto je materino hormonalno ravnovesje, kar poglobi duševno stisko. Mnogim materam

pomeni dojenje eno redkih pozitivnih stvari v življenju, ko sama skrbi za otroka, tudi če je depresivna. Nenadno odstavljanje ji daje občutek nepotrebnosti. Če je res potrebno, je postopno odstavljanje primernejše. V primeru nenadne odstavitve, je potrebno materi nuditi dodatno čustveno oporo in zagotoviti ustrezno praznjenje dojk.

Pri zdravljenju se uporabljajo različna zdravila: litij, antikonvulzivi, nevroleptiki, estrogen, antidepresivi, benzodiazepini. Večina psihotropnih substanc se izloča v materinem mleku. Sertraline (Zoloft) je največkrat predpisan antidepresiv. Skupaj z paroxetinom in fluvoxaminom ni bil najden v dojenem otroku, za razliko od fluoxetina in citaloprama.(11) Dolgoročni izhod izpostavljenosti otroka psihotropnim substancam ni znan. Znano je, da je prehod teh zdravil skozi posteljico znatno večji kot prestop v mleko, zato ni razloga, da bi ženska, ki je jemala zdravilo v nosečnosti, zaradi zdravila prekinila dojenje. Priporoča se, da ženska vzame zdravilo takoj po dojenju in pred otrokovim spanjem, da zmanjša izpostavljenost otroka najvišjim koncentracijam zdravila. Seznanjena mora biti s stranskimi učinki zdravila in opazuje naj morebitno otrokovo zaspanost, motnje hranjenja in vznemirjenost. Oskrba nosečnice in doječe matere, ki se zdravi zaradi duševne stiske, mora biti skupna skrb psihiatra, ginekologa in pediatra.(22, 26, 27)

Gentile trdi, da razmerje zdravila v mleku in plazmi ni zanesljiv napovednik posledic delovanja zdravila na otroka.(32) Napravil je zanimivo primerjavo med psihotropnimi zdravili, ki se uporabljajo pri zdravljenju PPD. Izdelal je varnostni količnik, ki upošteva število člankov s poročili o stranskem učinku zdravila na otroka v primerjavi z zdravimi izhodi pri otrocih, pomnoženo s 100. Če je količnik manj kot 2, je zdravilo sorazmerno varno pri dojenju. Tako imata paroxetine in sertraline količnik 0,95 in 0,68, fluoxetine 3,5, citalopram pa 5,3.(28)

Pri zdravljenju PPD z zdravili se veliko avtorjev opredeljuje za previdnost pri uporabi zdravil, skrben nadzor otrokovega stanja in individualen pristop.(27)

Zaključek

Poporodne duševne stiske so resna stanja, ki prizadenejo veliko žensk v vseh okoljih. Stiske materinstva se odražajo v njenem odnosu do otroka. Te matere se manj pogosto odločajo za dojenje in ga neredko prekinejo zaradi zdravljenja duševne bolezni. Pri ženskah z znaki depresije v poporodnem obdobju je povečana bojazen, da bodo otroka nepravilno hranile, manj pogosto ali krajši čas dojile in redkeje izključno dojile. Potrebno je zgodnje odkrivanje in zdravljenje duševnih stisk pri ženskah v času nosečnosti in v poporodnem obdobju, da materi in otroku zagotovimo zdravo in uspešno sožitje obeh.

Literatura

1. Allen J, Hector D. Benefits of breastfeeding. NSW Public Health Bull. 2005;16(3-4):42-6.
2. Tekauc Golob A. Izključno dojenje - otrokova potreba. V: Zgodnje prvo dojenje – jamstvo za uspešno dojenje. Celje: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije, 2008, p. 189-197.
3. Hosea Blewett HJ, Cicalo MC, Holland CD, Field CJ. The immunological components of human milk. Adv Food Nutr Res. 2008;54:45-80.
4. Goldman AS, Hopkinson JM, Rassin DK. Benefits and risks of breastfeeding. Adv Pediatr. 2007;54:275-304.
5. Tekauc Golob A. Pomen dojenja za nedonošenčke = Breastfeeding benefits for the premature babies. V: Bratanič B. (ur.). Skupaj ohranjajmo dojenje : iz prakse za prakso : zbornik prispevkov, [Laško, 6. oktober 2017]. Ljubljana: Slovenska fundacija za UNICEF. 2017, p. 37-45.
6. Brown Belfort M. The Science of Breastfeeding and Brain Development. Breastfeed Med.2017 Oct;12(8):459-461. doi: 10.1089/bfm.2017.0122. Epub 2017 Aug 24.
7. Taylor JS, Kacmar JE, Nothnagle M, Lawrence RA. A systematic review of the literature associating breastfeeding with type 2 diabetes and gestational diabetes. J Am Coll Nutr. 2005;24(5):320-6.

8. Martin RM, Gunnell D, Smith GD. Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2005;161(1):15-26.
9. Tekauc Golob A. Vpliv dojenja na kognitivni razvoj otrok. V: Dojenje, več kot hranjenje: IV. simpozij z mednarodno udeležbo v Laškem. Ljubljana: Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri UNICEF Slovenija, 2005, p. 63-68.
10. Tekauc Golob A, Globevnik Velikonja V. Primerjava stališč otročnic o metodi rooming-in ob njeni uvedbi v ljubljanski in mariborski porodnišnici. *Zdrav Vestn.* 1996;6:311-315.
11. Tekauc Golob A. Stiske materinstva in dojenje. V: Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. 2009;134-141.
12. Nishioka E1, Haruna M, Ota E, Matsuzaki M, Murayama R, Yoshimura K, et al. A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1-5 months after delivery. *J Affect Disord.* 2011 Oct;133(3):553-9.
13. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstet Gynecol.* 2011 Aug;118(2 Pt 1):214-21. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182260a2d.
14. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med.* 2014 Apr;44(5):927-36.
15. Borra C, Iacovou M, Sevilla A. (2015). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Maternal and child health journal*, 19(4), 897-907.
16. Hahn-Holbrook J, Haselton MG, Schetter CD, Glynn LM. (2013). Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?. *Archives of women's mental health*, 16(5), 411-422.
17. Kendall-Tackett K, Cong Z, Hale TW. Birth interventions related to lower rates of exclusive breastfeeding and increased risk of postpartum depression in a large sample. *Clinical Lactation*, 2015, 6(3).
18. Tekauc Golob A, Bratanič B, Hoyer S, Savnik V, Črnak-Meglič A, Zabavnik Z. Dojenje po carskem rezu. V: II. kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije z mednarodno udeležbo, Ljubljana: Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije, 2000, p. 226-228.
19. Choi Y, Bishai D, Minkovitz CS. Multiple births are a risk factor for postpartum maternal depressive symptoms. *Pediatrics* 2009;123(4):1147-54.
20. Tekauc Golob A. Dojenje pri dvojčkih. V: Novak-Antolič Ž (ur.). *Medenična vstava, večplodna nosečnost : [zbornik prispevkov]*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, Slovensko zdravniško društvo, 2006;157-161.
21. Stewart RC. Maternal depression and infant growth: a review of recent evidence. *Matern Child Nutr* 2007;3(2):94-107.
22. Chaput KH, Nettel-Aguirre A, Musto R, Adair CE, Tough SC. (2016). Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study. *CMAJ open*, 4(1), E103.
23. Ystrom E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 36.
24. Tekauc Golob A. Krepitev materine samozavesti. V: Najpogostejše težave pri dojenju. Celje: Splošna bolnišnica 2004;31-36.
25. Kao JC, Johnson JE, Todorova R, Zlotnick C. (2015). The Positive Effect of a Group Intervention to Reduce Postpartum Depression on Breastfeeding Outcomes in Low-Income Women. *International journal of group psychotherapy*, 65(3), 445-458. Payne JL. Antidepressant use in the postpartum period: practical considerations. *Am J Psychiatry* 2007;164(9):1329-32.
26. Stewart DE, Vigod S. (2016). Postpartum depression. *New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177-2186.
27. Sriraman NK, Melvin K, Meltzer-Brody S, Academy of Breastfeeding Medicine. (2015). ABM Clinical Protocol# 18: Use of antidepressants in breastfeeding mothers. *Breastfeeding Medicine*,

10(6), 290-299.

28. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a specific safety index. *Drug Saf* 2007;30(2):107-21.

Perinatalna depresija

Blanka Kores Plesničar



Povzetek

V času nosečnosti in predvsem v poporodnem obdobju se lahko pojavljajo različne duševne motnje, izmed katerih so najpogostejše depresivne in anksiozne motnje. Njihova zgodnja prepoznavna ter celovita obravnava lahko preprečita pomembna tveganja, ne samo v poporodnem obdobju temveč tudi v preporodnem in v času nosečnosti. Psihično stabilne in zdrave matere so namreč predpogoj za uspešen začetek življenja otrok.

Ključne besede: predporodno obdobje, nosečnost, poporodno obdobje, duševne motnje, depresija, anksioznost

Abstract

During pregnancy and especially after childbirth many women suffer from different mental health issues, with depression and anxiety disorders being especially common. Early detection and integrated approach can prevent the occurrence of important risks, not only in postpartum period, but also in the pre-natal period and during pregnancy. Psychologically stable and healthy mothers are a precondition for a successful start of life of their children.

Key words: prenatal period, pregnancy, postpartum period, mental disorders, depression, anxiety

Uvod

Nosečnost in poporodno obdobje predstavljata čas številnih pozitivnih čustev, lahko pa je to obdobje polno stresa, skrbi in praktično celotne palete negativnega čustvovanja. Nosečnost in porod tako materi kot očetu prinašata hitre in številne fiziološke, psihološke in socialne spremembe.

V času nosečnosti in v poporodnem obdobju sta najpogostejši duševni motnji depresija in anksioznost (1). Še vedno ni znano, zakaj so nekatere ženske bolj ogrožene za razvoj depresivnih in anksioznih simptomov kot druge, pri katerih se v tem obdobju kljub podobnemu stresnemu okolju in izpostavljenosti primerljivim stresnim dejavnikom duševne motnje ne pojavijo.

Opredelevanje perinatalnih depresivnih in anksioznih motenj

Deseta revizija Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-10) opredeljuje duševne v poporodnem obdobju kot motnje, ki se pojavijo do šest tednov po porodu in ne ustrezajo merilom za druge duševne motnje (2). Ameriška klasifikacija Diagnostic and Statistical Manual 5 opredeljuje depresivno motnjo v poporodnem obdobju kot perinatalno depresijo, saj se depresivni simptomi lahko pojavljajo v času nosečnosti in ne samo po porodu, zato je izraz perinatalna depresija (in tudi anksioznost) boljši in razumljivejši (3).

Depresivna motnja v poporodnem obdobju je v MKB-10 opredeljena z naslednjimi šiframi:

- F32.01 – Blaga depresivna motnja, nastala v poporodnem obdobju
- F32.11 – Zmerna depresivna motnja, nastala v poporodnem obdobju
- F32.21 – Huda depresivna motnja brez psihotičnih simptomov, nastala v poporodnem obdobju
- F32.31 – Huda depresivna motnja s psihotičnimi simptomi, nastala v poporodnem obdobju
- F32.81 – Druge depresivne epizode, nastale v poporodnem obdobju
- F32.91 – Neopredeljena depresivna motnja, ki je nastala v poporodnem obdobju

Tako imenovani poporodni *blues* je obdobje čustvene labilnosti po porodu z značilnimi epizodami joka, razdražljivosti, zmedenosti in anksioznosti, ki predstavlja tveganje za razvoj polno izražene depresivne motnje. Povišano razpoloženje lahko opazimo le redko. Anksiozne motnje v perinatalnem obdobju v klasifikaciji niso posebej opredeljene.

Epidemiologija perinatalne depresije in anksioznosti

Razpoložensjske in anksiozne ter z njimi povezane duševne motnje predstavljajo pomembno zdravstveno obremenitev, saj prizadenejo 30 % populacije (4). Depresija je tudi vodilni vzrok delovne nezmožnosti in bolezenske obremenitve med ženskami, saj trpijo ženske zaradi nje od 1,6- do 1,7-krat pogosteje kot moški (4). Ker so nosečnost, porod in poporodni čas izjemno pomembna življenjska obdobja ženske, se seveda depresija in anksiozne motnje odražajo v tem obdobju. Ocenjena prevalenca perinatalne anksioznosti in depresije se med posameznimi študijami razlikuje. Prevalenca perinatalne depresije je ocenjena med 7 in 20 % v državah z višjim nacionalnim dohodkom (5, 6), medtem ko je ta delež 20 % ali več v državah s srednjim ali nižjim nacionalnim dohodkom (6). Študija Gavina in sodelavcev je pokazala, da je prevalenca predporodne depresije v prvem trimesstru nosečnosti 11 %, v drugem in tretjem trimesstru pa 8,5 % (6); Bennet in sodelavci navajajo, da je prevalenca predporodne depresije v prvem trimesstru 7,4 %, v drugem 12,8 % in v tretjem 12 % (7). Prevalenca poporodne depresije v državah z višjim nacionalnim dohodkom doseže višek tretji mesec po porodu (okoli 12,9 %), nato sedmi mesec upade na okoli 10 % in na 6,5 % po sedmih mesecih po porodu (6), kar je v nasprotju s časovnimi opredelitvami depresije tako v MKB-10 kot v ameriški klasifikaciji in je lahko zavajajoče, da depresijo v tem kasnejšem obdobju spregledamo.

Depresija s psihotičnimi simptomi, kot so blodnje in halucinacije, se pojavi pri 1 od 500 do 1000 porodov; pogostejša je pri prvorodkah in predstavlja od 30- do 50-odstotno tveganje za ponovitev v naslednjem perinatalnem obdobju (8).

Ne glede na morebitne razlike v odstotkih pa te številke kažejo na pomembno občutljivost oziroma tveganje za depresijo v celotnem obdobju nosečnosti in ne samo v poporodnem obdobju, kot opredeljujejo klasifikacije in kamor je bila v preteklosti usmerjena pozornost. Razlogi, zakaj je duševnemu zdravju žensk v predporodnem obdobju namenjeno bistveno manj pozornosti kot v poporodnem obdobju, so različni: od napačnega prepričanja, da je ženska v času nosečnosti »hormonsko zaščitena« pred psihološkimi dejavniki, do stigme, usmerjenosti v njeno telesno stanje in pripisovanja čustvene labilnosti hormonskim spremembam. Ženske svoje duševno stanje velikokrat povezujejo s somatskimi simptomi, ki jih pripisujejo nosečnosti (utrujenost, nespečnost, izguba teka).

Ocena depresivnih in anksioznih simptomov v perinatalnem obdobju

Leta 2015 je Ameriško združenje porodničarjev in ginekologov (American College of Obstetricians and Gynecologists) priporočilo presejanje za perinatalno depresijo in anksioznost z navodilom, naj se izvede vsaj enkrat v predporodnem obdobju (9). Nosečnico je treba povprašati po njenem razpoloženju, strahovih in življenjskih okoliščinah, ženskam s pomembnimi dejavniki tveganja pa je treba nameniti še več pozornosti. Kot je navedeno v priporočilih, je presejanje lahko dovolj občutljivo za zaznavo depresije, vendar ne pomeni ničesar, če temu ob zaznani depresiji ali anksioznosti ne sledijo spremljanje in ustrezni psihološki ali farmakološki ukrepi in če ne upoštevamo sočasnih psihosocialnih dejavnikov tveganja, kot so prejemanje socialne podpore ali stresni življenjski dogodki (9).

Eden izmed priporočenih presejalnih testov je Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) (10). Vsebuje deset vprašanj oz. postavk, na katere ženska sama odgovarja. Časovni okvir je zadnjih sedem dni (torej zadnji teden), nanašajo pa se na simptome depresije in anksioznosti, kot so občutki krivde, nezmožnost uživati v prijetnih stvareh, samoobtoževanje, strah in anksioznost ter ideje o samopoškodovanju. Presejanje z EPDS je tako enostavno in časovno neobremenjujoče za zdravstvene delavce, da ga je možno izvajati večkrat v času nosečnosti in po porodu (npr. ob obisku babice), paziti pa je treba pri točkovanju. Največje število točk je trideset, za oceno možne depresije jih zadošča deset, vedno pa je potrebno pogledati 10. postavko, ki označuje samomorilne oz. samopoškodbene misli.

Simptome anksiozne motnje lahko ocenjujemo tudi s pomočjo Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS).

Simptomi perinatalne depresije in anksioznosti

Depresivna epizoda v perinatalnem obdobju je lahko blaga, lahko pa je tako huda, da se pojavljajo psihotični simptomi. Najpomembnejši depresivni simptomi v perinatalnem obdobju so:

- znižano, depresivno razpoloženje
- občutki jeze in razdražljivosti, nemir
- pomanjkanje zanimanja za otroka
- motnje spanja in teka, spremembe telesne teže
- motnje spanja (nespečnost ali pretirana spečnost)
- utrujenost in izguba energije
- jok in žalost
- občutki krivde, sramu in brezupa
- zguba zanimanja ali uživanja v prej prijetnih stvareh

- motnje koncentracije
- misli o samopoškodovanju ali poškodovanju otroka
- psihotični simptomi, kot so blodnje in halucinacije; halucinacije so lahko ukazovalne, v smislu, naj mati ubije otroka, ali pa blodnje, da je otrok obseden

Najpomembnejši anksiozni simptomi so:

- anksioznost ali strah, ki prežema vsakdanje misli in dejanja, kar je težavno nadzorovati
- panični napadi, ki žensko popolnoma preplavijo in jih nadzoruje le s težavo s težavo ali pa sploh ne
- stalni občutki razdražljivosti in nemira
- nezmožnost sprostitve, težave pri uspavanju
- anksioznost in strah, ki preprečujeta ženski, da bi šla z otrokom iz hiše
- anksioznost in strah, ki vodita žensko v stalno preverjanje otrokovega stanja

Dejavniki tveganja za perinatalno depresijo in anksioznost

a. Psihološki in psihiatrični

Glede na to, da sta depresija in anksioznost pomembno komorbidna v predporodnem in poporodnem obdobju, je anksioznost eden izmed pomembnih dejavnikov tveganja za depresijo (11, 12). Pomembna oz. najpomembnejša dejavnika tveganja za perinatalno depresijo sta anamneza predhodne duševne motnje, predvsem depresije in anksioznosti, ter preteklo psihiatrično zdravljenje (13), vendar je treba poudariti, da polovica žensk, ki so depresivne v času nosečnosti, ni bila depresivna še nikoli prej (1).

Predhodna ali trenutna zloraba alkohola in kajenje lahko negativno prispevata k anksioznosti in depresiji ter posledično k perinatalni depresiji (8, 14). Intenzivnost navezanosti nosečnice na starše predstavlja bodisi pozitivno bodisi izrazito negativno komponento v razvoju perinatalne depresije (15). Pomemben dejavnik tveganja predstavlja tudi družinska anamneza duševnih motenj (8).

b. Socialni in zakonski

Pomanjkanje socialne podpore ali ustrezne socialne mreže lahko pomembno poveča tveganje za perinatalno depresijo (8). Socialna podpora je večplastna in vključuje tudi informacijsko podporo, praktično pomoč in čustveno podporo (8). Drug pomemben dejavnik je pomanjkanje partnerske podpore (13).

Socialna in partnerska podpora ter zadovoljstvo so dejavniki, ki ščitijo pred poporodno anksioznost in depresijo, saj pomenijo problematični odnosi s partnerjem ali družino še dodaten stres za žensko, zaradi česar se težje prilagodi na nosečnost in materinstvo (13); ni pomemben zakonski stan, temveč kakovost odnosa (8). Študije niso dokazale negativnega vpliva morebitne partnerjeve psihopatologije na razvoj perinatalne depresije in anksioznosti (8).

c. Sociodemografski in ekonomski

Številne študije so povezale starost z depresijo v času nosečnosti – večje tveganje za depresijo v času nosečnosti imajo po eni strani mladostnice, po drugi pa starejše ženske (8). Poporodna depresija in anksioznost sta pogosteje prisotni pri ženskah z nižjo stopnjo izobrazbe, pri nezaposlenih ter pri tistih, ki imajo nezaposlene partnerje (16). Nekatere študije so pokazale povezavo z nizkimi dohodki, druge pa tega niso potrdile (8). Dejavniki tveganja le lahko tudi etnična pripadnost (8).

d. Življenjski stresni dogodki

V času nosečnosti in v poporodnem obdobju so življenjski stresni dejavniki izjemno pomembni; na duševno stanje matere pomembno vplivajo predvsem izpostavljenost družinskemu,

telesnemu ali spolnemu nasilju ter spolna zloraba v otroštvu (8).

e. Povezani z nosečnostjo in porodom

Nenačrtovana oziroma neželena nosečnost lahko pomembno vpliva na perinatalno depresijo in anksioznost (17). Pomembno negativno vplivajo tudi strah pred porodom in negativne misli, povezane s porodom. Ženske z anamnezo predhodnih zapletov v nosečnosti ali pri porodu oziroma z izkušnjo splava, prezgodnjega poroda ali mrtvorojenega otroka bodo imele pogosteje perinatalno depresijo, prav tako tiste, ki so imele epistomijo, carski rez ali druge negativne obporodne izkušnje (8, 18).

Nenadna prekinitvev nosečnosti oz. izguba otroka je stresni dogodek, ki pomembno negativno vpliva na nastop depresije ali anksioznosti (8).

f. Osebnostni

Določeni osebnostni dejavniki, predvsem negativni kognitivni slog, kot so pesimizem, jeza ali stalno premlevanje, zaskrbljenost ali sramežljivost ter visoka stopnja nevroticizma in psihoticizma predstavljajo pomembne negativne dejavnike v razvoju perinatalne depresije in anksioznosti (8, 17). Dobro razviti mehanizmi spoprijemanja s stresom in visoka samozavest so pozitivni dejavniki (8).

g. Vloga očeta

Metaanalize so pokazale, da ima okoli 10 % očetov izkušnjo depresije v perinatalnem obdobju, ki pomembno poraste v treh do šestih mesecih po porodu (19). Anksioznost je pogostejša – od 4 do 16 % očetov ima izkušnjo anksioznosti v predporodnem, od 2 do 18 % pa v poporodnem obdobju (19). Moški pogosteje občutijo jezo, hiperaktivno vedenje, razdražljivost in slabši nadzor impulzov, njihova depresija pa je maskirana z nedozorelimi odnosi, somatskimi simptomi ali zlorabo alkohola in drog ter z izogibajočim vedenjem (19).

Vpliv perinatalne depresije na novorojenčka/otroka

Perinatalne depresija in anksioznost sta pri ženski lahko povezani s slabo prehrano, nizko telesno težo, povečanim uživanjem alkohola, zlorabo substanc in kajenjem, kar negativno vpliva na otrokov razvoj, pa tudi z nerednimi kontrolami v času nosečnosti (navajajo, da so pozabile) (8). Anksioznost v času nosečnosti je povezana z neželenimi izidi nosečnosti, npr. s splavom, preeklampsijo, prezgodnjim porodom ali nizko porodno težo (4). Otroci anksioznih mater imajo do 2-krat večje tveganje za razvoj hiperaktivne motnje oz. motnje pozornosti (8).

Zaključek

Ne glede na to, da se zelo dobro zavedamo pomena depresivnih in anksioznih motenj v perinatalnem obdobju, mnoge ženske nekako zdrsnejo skozi prste pri oceni duševnega stanja in tako ostanejo brez možnosti nadaljnje podpore. Klasifikacije duševnih motenj niso prilagojene sodobnim spoznanjem in njihove časovne opredelitve nas ne smejo zavesti. Ženska lahko trpi zaradi perinatalne depresije še celo leto po porodu. Odlašanje z ustrežno diagnostiko, podporo in zdravljenjem ima lahko pomembne negativne posledice zanjo in za otroka, zato potrebuje vso našo skrb in predvsem pozornost, ne samo v poporodnem temveč tudi v predporodnem obdobju.

Literatura

1. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth* 2012;5:37-43.
2. Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10. Verlag Hans Huber: Bern,

- Göttingen, Toronto; 1991.
3. Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. American Psychiatric Association: Washington, DC, London, England: 2013.
 4. Fairbrother N, Young AH, Janssen P, Antony MM, Tucker E. Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 206 (open access).
 5. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Strom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:148-54.
 6. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005;106:1071-83.
 7. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstet Gynecol* 2004;103:698:709.
 8. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2016;191:62-77.
 9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion. Screening for perinatal depression, 2015. Dosegljivo na: <http://www.acog.org/Womens-Health/Depression-and-Postpartum-Depression>.
 10. UCSF Fresno Center for Medical Education and Research. Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS). Dosegljivo na: <http://fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburgscale.pdf>.
 11. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM; Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:5-14.
 12. Verrault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Dritsa M, Khalife S. Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2014;35:84-91.
 13. Lydsdottir LB, Howard LM, Olafsdottir H, Thome M, Tyrfinngsson P, Sigurdsson JF. The mental health characteristics of pregnant women with depressive symptoms identified by the Edinburg Postnatal Depression Scale. *J Clin Psychiatry* 2014;75: 393-98.
 14. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007; 110:1102-12.
 15. Roberston-Blackmore E, Putnam FW, Rubinow DR et al. Antecedent trauma exposure and risk of depression in the perinatal period. *J Clin Psychiatry* 2013;74:942-8.
 16. Srinivasan N, Murthy S, Singh AK, Upadhyay V, Mohan SK, Joshi A. Assessment of burden of depression during pregnancy among pregnant women residing in rural setting of Chennai. *J Clin Diagn Res* 2015;9:8-12.
 17. Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Hofler M, Wittchen HU. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *J Affect Disord* 2015;175:385-95.
 18. Ajinkya S, Jadhav PR, Srivastava NN. Depression during pregnancy: prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. *Ind Psychiatry J* 2013;22:37-40.
 19. O'Brien AP, McNeil KA, Fletcher R, Conrad A, Wilson AJ, Jones D, Chan SW. New father's perinatal depression and anxiety-treatment options: an integrative overview. *Am J Men's Health* 2017;11:863-76.

Hude duševne motnje v obporodnem obdobju

Jure Koprivšek



Izvleček

Hude duševne motnje v obporodnem obdobju lahko imajo pomembne posledice na zdravju mater, vplivajo na potek nosečnosti in poroda, neposredno in posredno pa tudi na njihove otroke. Zaradi možnega negativnega učinka bolezni je to obdobje izredno pomembno za prepoznavanje pojave teh duševnih motenj ali njihovega poslabšanja, posledično pa je potrebno multidisciplinarno zagotavljanje obravnave za zagotovitev čim boljšega izida.

Ključne besede: nosečnost, hude duševne motnje, poporodno obdobje, obporodno obdobje, psihoza, bipolarna motnja razpoloženja

Abstract

Perinatal severe mental disorder may have a significant implication on maternal health, birth outcomes, and the offspring's development. Because of the potential negative impact of severe mental disorders the perinatal period is a critical time to identify psychiatric illnesses or recurrence of them, and to refer identified women promptly for multidisciplinary specialist assessment and management.

Keywords: pregnancy, severe mental illness, postpartum, perinatal, psychosis, bipolar affective disorder

Uvod

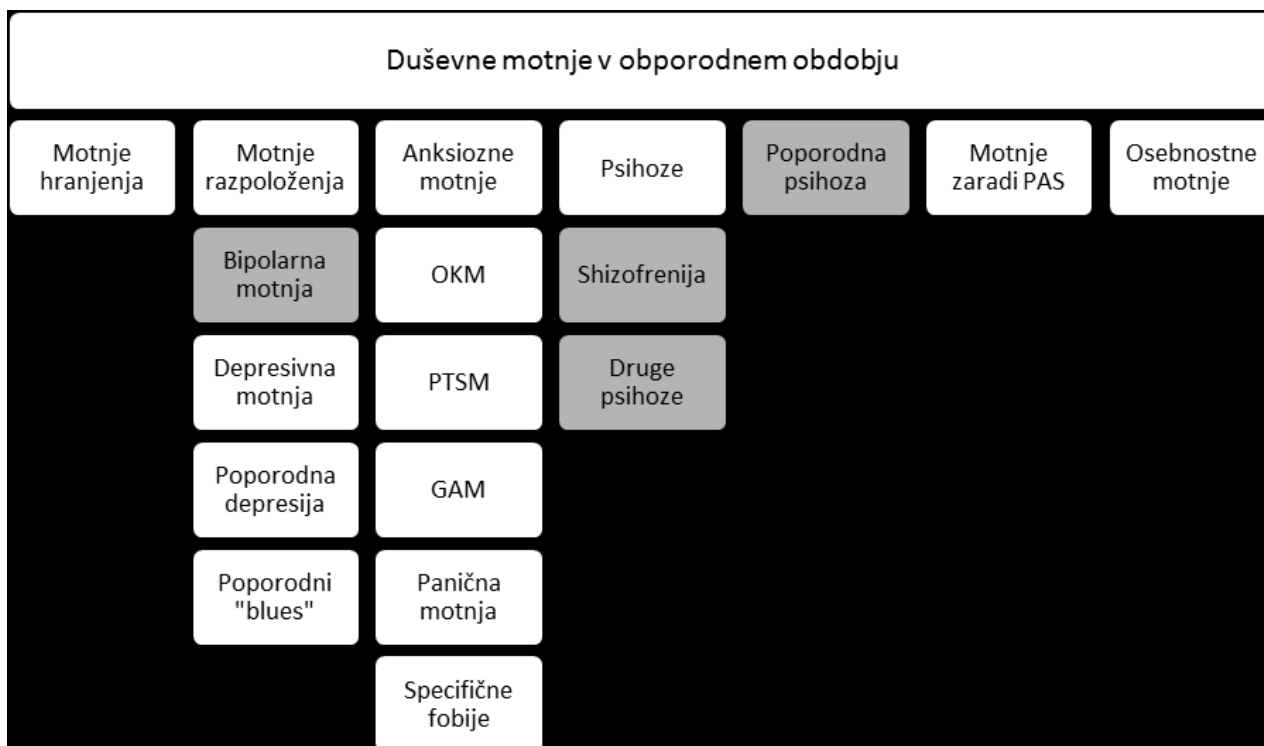
Nosečnost, kot eden pomembnejših dogodkov v življenju žensk, s spremembami na psihološkem, socialnem in biološkem področju lahko predstavlja precipitirajoč dejavnik za pojav ali poslabšanje duševne motnje. Posledica tega je lahko okrnjeno funkcioniranje, ki ima dolgoročne posledice v kvaliteti življenja nosečnice oz. porodnice, otroka, družine in širšega socialnega okolja.

Pojem hude duševne motnje (glej *slika 1*) obsega psihotične motnje, vključno s shizofrenijo, poporodno psihozo, bipolarno motnjo (z ali brez psihotičnih simptomov) ter širše še hude (globoke) oblike depresivne motnje (z ali brez psihotičnih simptomov). Pri vseh naštetih motnjah sama bolezen povzroči pomemben upad funkcioniranja, vedno pa je potrebna multidisciplinarna obravnava, vključno s psihiatrično obravnavo, tudi bolnišnično.

Huda duševna motnja, ki se pojavi v obporodnem (perinatalnem) obdobju je lahko poslabšanje že prej obstoječe, ali pa gre za novo nastalo duševno motnjo. V tem primeru gre za prvo epizodo oz. prvi pojav, ki pa je pogostejši v poporodnem obdobju kot nosečnosti (1,2), vendar pa epidemiološke študije zaenkrat ne dokazujejo, da gre za pravilo pri vseh duševnih motnjah. Nasplošno tudi velja, da se duševne motnje v nosečnosti in poporodnem obdobju pojavljajo pogosteje kot pri ženskah sicer. Pogostnost pa ni enaka skozi ves spekter duševnih motenj in je na razlike med pojavnostjo in simptomatiko pomembno opozoriti vsaj iz dveh razlogov: zaradi nevarnosti poddiagnosticiranja motenj in posledičnega nenudenja pomoči in zdravljenja, ter zaradi zagotavljanja uresne, hitre in vedno multidisciplinane obravnave teh pacientk.

Pri sumu na katerokoli od navedenih hudih duševnih motenj je potrebna nadaljnja diagnostika in obravnava pri psihiatru. V primeru pomembnega odklona v funkcioniranju, odsotne realitetne kontrole, psihotičnih simptomov ali težje vedenjske simptomatike ter samomorilnosti ali heteroagresivnih teženj je indicirana hospitalna psihiatrična obravnava.

Slika 1: duševne motnje v nosečnosti in poporodnem (perinatalnem) obdobju (prirejeno po 3)



Kratice (slika 1): OKM - obsesivno-kompulzivna motnja, PTSM - posttravmatska stresna motnja, GAM - generalizirana anksiozna motnja, PAS - psihoaktivne snovi, vključno z alkoholom.

Hude duševne motnje - senčeno

Psihotične motnje

Shizofrenija

Je kronična duševna motnja z življenjsko prevalenco 1% (4). Bolezen se pojavi tipično v obdobju pubertete in kasneje (oba spola), pri ženskah med 25-tim in 35-tim letom, redko prej ali po 45. letu (5). Simptomatika shizofrenije obsega psihotične simptome kot so zaznavne motnje (halucinacije - vidne, slušne (posebej opozarjamo na imperativne halucinacije), druge vrste halucinacij)), blodnje (predvsem paranoidne, nanašalne), fenomene vsiljevanja ali odtegovanja misli, dezorganizirano vedenje. Pacienti s shizofrenijo, večinoma v akutni fazi bolezni, lahko pa tudi dolgoročno, nimajo vedno uvida v lastno psihopatološko simptomatiko, realitetna kontrola je motena. Dalje opazujemo tudi negativne simptome shizofrenije, kot so znižana čustvena odzivnost, alogija (znižana produkcija govora), znižana sposobnost pričeti in vzdrževati k cilju usmerjene dejavnosti, deloma tudi anhedonija (6). Prisotne so tudi motnje na področju spoznavnih (kognitivnih) sposobnosti in motnje razpoloženja, večinoma depresivni simptomi (6). Negativni in kognitivni simptomi ponavadi predhodijo psihotičnim, vendar so slednji zaradi narave simptomov in pridruženega vedenja (npr. dezorganizirano vedenje) bistveno bolj prepoznani. V primeru, da pride do pojava oz. relapsa že prej obstoječe shizofrenije po porodu, je najpogostejši vzrok temu opustitev medikamentozne terapije z antipsihotikom (7,8).

Poporodna psihoza

Simptomi poporodne psihoze se razvijejo nenadoma, v nekaj dneh po porodu, najpogosteje v obdobju od prvih treh dni do najkasneje prvih treh mesecev po porodu. Približno 50% poporodnih psihoz je prvih manifestacij hudih duševnih motenj (9). Dejavniki tveganja so: psihotične epizode v predhodnih nosečnostih, anamneza bipolarnih motenj pri porodnici (v tem primeru gre lahko za poslabšanje bipolarnih motenj - glej dalje Bipolarna motnja razpoloženja) in družinska anamneza psihotičnih motenj (10). Klinična slika obsega labilnost razpoloženja (depresivno ali privzdignjeno razpoloženje), motnje govora, dezorganizirano vedenje, halucinacije, blodnje, zmedenost in tudi delirantne simptome. Blodnje so lahko usmerjene v novorojenčka (kot npr. da je mrtev, da je žrtev nekih »zunanjih sil«, da je neozdravljivo bolan (ob objektivni odsotnosti takšnih obolenj). Detomor in samomor sta prisotna pri 4% do 5% žensk s poporodno psihozo, kar predstavlja pomemben vzrok poporodne mortalitete porodnic (9). Ocenjeno je, da se 2/3 poporodnih psihoz ponovi po naslednji nosečnosti (11,12).

Druge psihoze

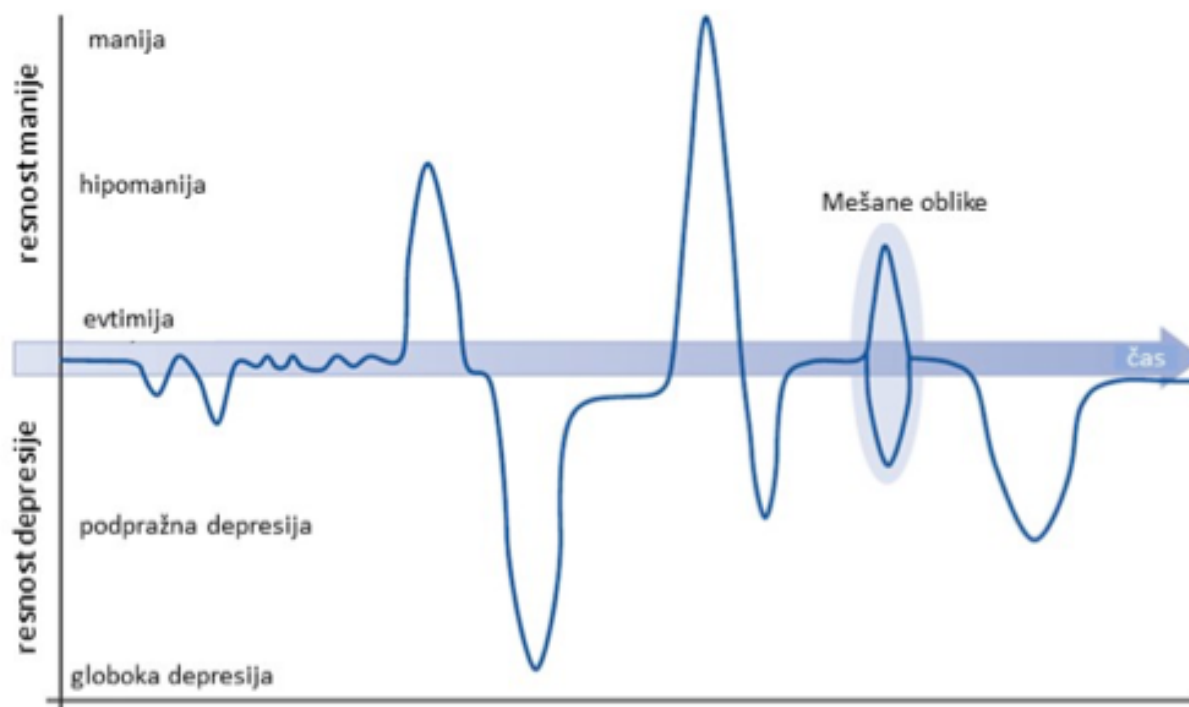
V to skupino uvrščamo shizoafektivno motnjo in blodnjavo motnjo, slednja zelo redko nastopi v rodni dobi ženske. Za shizoafektivno motnjo pa je značilno, da so simptomi shizofrenije in BMR prisotni v okviru iste epizode, ponavadi simultano ali le kratek čas ločeno (največ nekaj dni in ne gre za ev. vpliv medikamentozne terapije ali telesne bolezni). Je epizodična motnja, s življenjsko prevalenco manj kot 1% (13), zdravljenje pa je kombinacija psihofarmakoterapije pri shizofreniji in BMR.

Bipolarna motnja razpoloženja (BMR)

Življenjska prevalenca bipolarnih motenj razpoloženja je za celoten spekter motnje med 2-4% (14). Je kronična, epizodična duševna motnja, za katero so značilne izmenjujoče se epizode manije ali hipomanije, depresije različne globine, mešanih stanj in evtimije (glej sliko 2). Posamičnim fazam se lahko pridružijo psihotični simptomi, ki so večinoma skladni z razpoloženjem (grandioznost,

megalomanskost pri maniji, redkeje depresivne blodnje pri depresivnih fazah bolezni). Ti psihotični simptomi ne izključujejo diagnoze BMR. Sicer spekter BMR obsega BMR tip I, kjer se izmenjujejo faze manije s fazami evtimije (normalnega razpoloženja) in depresije, tip II, kjer gre za izmenjavo hipomanije, depresije in evtimije. Dalje ciklotimija obsega nihanja na nivoju podpražnih simptomom manije in depresije, v vsaki od naštetih tipov pa lahko prihaja do faz mešanih simptomov razpoloženja, ko so v istem času prisotni simptomi hipomanije in depresije (15).

Slika 2: Model kronološkega poteka faz BMR



Na tem mestu velja opozoriti, da se BMR lahko prične v obporodnem obdobju z fazo depresije, brez jasnih predhodnih faz manije ali hipomanije, kar predstavlja zagato pri pravilnem diagnosticiranju, saj jo lahko obravnavamo kot depresivno motnjo in neustrezno zdravimo.

Zaradi lažjega ločevanja med bipolarno in unipolarno (»navadno«) depresijo naštevamo nekaj kliničnih razlik: bipolarna depresija se večinoma prične v zgodnejših starosti kot depresija, epizode so krajše in pogostejše, pojav in prenehanje simptomov je hitrejšo, več je komorbidnosti z uporabo psihoaktivnih snovi, pogostejši so atipični simptomi kot so podaljšan čas spanja, čustvena nestabilnost in nihanja telesne teže. Enako velja tudi za psihotične simptome, psihomotorno upočasnenost, manj pa je bolečinske simptomatike depresije (16,17).

Za pomoč pri presajenju glede tveganja za BMR je priporočljiva uporaba presejalnega Vprašalnika za motnjo razpoloženja (The Mood Disorder Questionnaire) (18), ki je kratek samoocenjevalni instrument za identifikacijo bolnikov, ki bi lahko imeli BMR glede na naslednje točkovanje odgovorov:

0–6 točk: odgovori NE dosegajo kriterija za postavitve suma diagnoze bipolarna motnja.

7+ točk: sedem ali več odgovorov DA na vprašanja od 1 do 14, odgovor DA na vprašanje 15, odgovor SREDNJE VELIKE TEŽAVE ali RESNE TEŽAVE na vprašanje 16 in odgovor DA na vprašanje 17 nakazujejo pozitiven presejalni rezultat za bipolarno motnjo.

Pri vsaki trditvi je odgovor DA ali NE.

1. Ali ste kdaj imeli obdobje, v katerem ste bili drugačni kot sicer, čeprav niste uživali alkohola ali drog?

2. *Ste se počutili tako dobro ali hiperaktivno, da so drugi ljudje mislili, da niste taki kot ponavadi ali da ste zašli v težave?*
3. *Ste bili tako razdražljivi, da ste kričali na ljudi ali se prepirali?*
4. *Ste se počutili veliko samozavestnejši kot sicer?*
5. *Ste spali manj časa kot ponavadi in niste občutili pomanjkanja spanca?*
6. *Ste bili bolj komunikativni ali pa ste govorili hitreje kot ponavadi?*
7. *So vam po glavi švigale misli, ki jih niste mogli umiriti?*
8. *So vas stvari okrog vas hitro zmotile in ste se težko osredotočili?*
9. *Ste imeli veliko več energije kot sicer?*
10. *Ste bili precej dejavnejši ali pa ste opravili več kot sicer?*
11. *Ste bili precej bolj družabni kot sicer (ste denimo sredi noči poklicali prijatelje)?*
12. *Ste bili bolj zainteresirani za spolne odnose kot sicer?*
13. *Ste počeli stvari, ki so nenavadne za vas ali zaradi katerih so drugi ljudje mislili, da pretiravate, se norčujete ali tvegate?*
14. *Je vas ali vaše bližnje zapravljjanje denarja spravilo v težave?*
15. *Če ste odgovorili z DA na več kot eno od zgornjih postavk, ali ste več omenjenih oblik vedenja opazili sočasno?*
16. *Koliko težav ste imeli zaradi zgoraj omenjenih vedenj (npr. ste bili nezmožni za delo, za skrb za družino, za upravljanje z denarjem ali ste imeli pravne težave, ste bili prepirljivi ali ste se pretepali)?*
 - nisem imel/-a težav
 - manjše težave
 - srednje velike težave
 - resne težave
17. *Ali so vaši krvni sorodniki (otroci, sorojenci, starši, stari starši, tete, strici) imeli manično-depresivne bolezni ali bipolarno motnjo?*

Multidisciplinarna obravnava hudih duševnih motenj

Zdravniki in zdravstveni delavci v porodništvu in ginekologiji morajo imeti osnovna znanja za prepoznavanje duševnih motenj (predvsem hudih) v obporodnem obdobju. Medsebojno sodelovanje in posredovanje med strokovnjaki, ki obravnavajo ženske v tem obdobju mora biti vzpostavljeno in stalno, predvsem, kadar je potrebna obravnava bolnic v različnih okoljih (ambulante, bolnišnice) in ev. premestitve bolnic med njimi. Na bolnišničnem nivoju mora biti zagotovljena dosegljiva konziliarna služba, ter vzpostavljen multidisciplinarni tim (specialisti ginekologije in porodništva, klinični psihologi, svetovalci ali psihoterapevti, diplomirane med. sestre in babice, klinični farmacevt, ostali zdravstveni kader) za obravnavo, z jasno dodeljenimi nalogami posamičnih deležnikov, kar priporoča tudi več aktualnih svetovnih ali nacionalnih smernic (3, 25). Hkrati je potrebno zagotoviti tudi nadaljnje dolgoročno spremljanje bolnic in njihovih otrok, predvsem pri kroničnih duševnih motnjah. Dodatno vlogo in pomoč lahko tukaj prevzemajo tudi pristojni Centri za socialno delo, patronažne službe, nevladne organizacije, predvsem pa družinski zdravniki.

Vprašanje medikamentoznega zdravljenja hudih duševnih motenj v nosečnosti in poporodni dobi

Za ženske s prisotno hudo duševno motnjo pred nosečnostjo obstaja povečano tveganje za poslabšanje le-te v času nosečnosti ali po porodu. V primeru BMR prihaja do poslabšanja motnje pri nosečnicah v 81-85,5% v primeru opustitve terapije z stabilizatorji razpoloženja, medtem ko pride do poslabšanja pri 29-37% tistih nosečnic, ki terapijo prejemajo (19,20).

Pri približno 50% pacientov s shizofrenijo sledi relaps bolezni po opustitvi medikamentoznega zdravljenja. Podatki kažejo, da je za velik del teh pacientk zdravljenje z psihofarmakoterapijo potrebno

tudi v času nosečnosti in po njej zaradi preprečitve poslabšanj (21,22). Visok delež relapsov pri teh motnjah kaže na to, da je medikamentozna terapija potrebna večinoma tudi med nosečnostjo zaradi preprečitve ponovitev oz. poslabšanj motnje.

Dejstvo je, da je kljub navedenemu potrebna individualna obravnava in svetovanje vsake ženske s hudo duševno motnjo v rodni dobi, predvsem pri njenem načrtovanju nosečnosti in skupno sprejemanje načrta zdravljenja in medikamentozne terapije v nosečnosti. Diagnostiko, pripravo načrta zdravljenja in psihofarmakoterapijo hudih duševnih motenj vodi specialist psihiater, vendar s sodelovanjem specialista ginekologije in porodništva, ki pacientko obravnavajo ter sodelujejo z drugimi zdravstvenimi delavci, kjer je to potrebno. Ustrezna je konzultacija kliničnega farmacevta, predvsem v primerih, ko pacientka/nosečnica potrebuje tudi drugo medikamentozno terapijo kot je psihotropna. Zdravniki specialisti, vključno z družinskim zdravnikom, morajo zaradi zagotavljanja varnosti, a tudi medsebojnega sodelovanja pri načrtu zdravljenja, morajo med drugim poznati osnove interakcij med zdravili in delovanje (vključno z neželenimi učinki zdravil) vseh skupin zdravil, ki jih pacientka prejema. Nujno pa je hitro ukrepanje v primeru nenačrtovane zanositve in prilagajanje terapije kot tudi spremembe načrta zdravljenja v teh primerih. Zagotoviti je potrebno (s privolitvijo pacientke nosečnice!) dobro izmenjavo podatkov med navedenimi.

Izbira zdravil mora vedno upoštevati tveganje poslabšanja bolezni napram koristim zdravljenja, individualno za vsako pacientko.

Glede psihotropne medikamentozne terapije v nosečnosti žal ne obstaja dovolj povsem enoznačnih raziskav iz katerih bi izhajala natančna splošna navodila za tovrstno terapijo. Glavni razlog je manjko dvojno slepih, randomiziranih raziskav psihotropnih zdravil in njihove varnosti v nosečnosti (z jasnimi etičnimi zadržki glede tovrstnih raziskav). Več je podatkov o neželenih učinkih zdravil na plod. Smiselna pa je uporaba priporočil, ki so povzeta v nadaljevanju, s priporočilom za sprotno spremljanje področja v strokovni literaturi.

Za nosečnice z diagnozo shizofrenije je pogosto torej potrebno, da nadaljujejo medikamentozno terapijo z antipsihotikom zaradi tveganja relapsa bolezni. Dosedanji podatki ne kažejo, da bi bili antipsihotiki (prve ali druge generacije) povezani s teratogenostjo (26, 23, 24). Dalje redko število raziskav kaže na sicer majhno možnost tveganja za prezgodnji porod, nizko ali visoko telesno težo novorojenčka in gestacijski diabetes (predvsem v primeru atipičnih antipsihotikov - klopazapin in olanzapin), medtem ko nekateri podatki kažejo na možnost razvoja odtegnitve (reboud) ali nenormalnih mišičnih gibov (pri klasičnih antipsihotikih in risperidonu) (25, 26).

Ženskam z anamnezo poporodne psihoze, ki ne prejemajo antipsihotika v nosečnosti (ni indiciran pri remisiji), je smiselno preventivno priporočiti ponovno jemanje antipsihotika (druge generacije oz. enakega, ki je v preteklosti že bil učinkovit, v primeru, da so ga prejemale) po 32. tednu nosečnosti ali vsaj takoj po porodu, zaradi velike nevarnosti ponovitve poporodne psihoze (9, 11, 12, 15). Poporodna psihoza sicer dobro odreagira na antipsihotično zdravljenje, posebej če je zdravljenje pričeto zgodaj.

Za pacientke z BMR, kjer so osnova terapije stabilizatorji razpoloženja (razen litija vsi spadajo med skupino antiepileptikov), lahko opustitev pomeni povečano tveganje za poslabšanje. V primeru litija, kadar pacientka želi farmakoterapijo prekiniti, je smiselna postopna opustitev (28, 27). Ostali stabilizatorji, predvsem karbamazepin in valproat so znano teratogeni, zato je smiselna postopna prekinitve zdravljenja, priporočen pa je prehod na atipične antipsihotike, ki imajo tudi stabilizacijski vpliv na razpoloženje in zanje veljajo enaki dokazi o varnosti kot pri zdravljenju z njimi pri psihotičnih motnjah (26, 28, 29).

Zaključek

Pri obravnavi pacient s hudimi duševnimi motnjami v obporodnem obdobju je nujno dobro presejanje na te motnje, ustrezna diagnostika in zdravljenje in spremljanje, ki je vedno nujno multidisciplinarno.

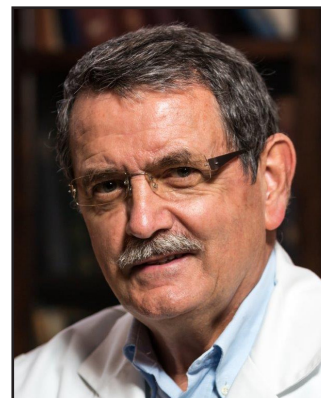
Literatura

1. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296: 2582-89.
2. Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 189-95.
3. Paschetta E, Berrisford G, Coccia F, Whitmore J et al. Perinatal Mental Health. Perinatal psychiatric disorders: an overview. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 6: 501-509.
4. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2008; 30:67.
5. Grossman LS, Harrow M, Rosen C, et al. Sex differences in schizophrenia and other psychotic disorders: a 20-year longitudinal study of psychosis and recovery. *Compr Psychiatry* 2008; 49:523.
6. Lewis S, Escalona PR, Keith SJ. Phenomenology of Schizophrenia. In: Sadock BJ, Sadock V, Ruiz P, editors. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
7. Seeman MV. Clinical interventions for women with schizophrenia: pregnancy. *Clinical recommendation. Acta Psychiatr Scand* 2012;127:12-22.
8. Robinson GE. Treatment of schizophrenia in pregnancy and postpartum. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2012;19:380-6.
9. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry* 2015; 57:216-21.
10. Born L, Zinga D, Steiner M. Challenges in identifying and diagnosing postpartum disorders. *Prim Psychiatry* 2004;11:29-36.
11. Spinelli MG. Postpartum psychosis: detection of risk and management. *Am J Psychiatry* 2009;166:405-8.
12. Brockington IF. Puerperal psychosis. In: Brockington IF, ed. *Motherhood and mental health*. Oxford, UK: Oxford University Press; 1996:200-84.
13. Benabarre A, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán M, Reinares M, Gastó C. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. *European Psychiatry* 2001;16:167-172.
14. Merikangas KR, Jin R, He J-P, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 241-51.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.
16. Tondo L, Lepri B, Cruz N, Baldessarini RJ. Age at onset in 3014 Sardinian bipolar and major depressive disorder patients. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:446-52.
17. Munk-Olsen T, Jones I, Laursen TM. Birth order and postpartum psychiatric disorders. *Bipolar Disord* 2014; 16:300-07.
18. Hirschfeld RM. The Mood Disorder Questionnaire: A Simple, Patient-Rated Screening Instrument for Bipolar Disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2002;4(1):9-11.
19. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, 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.
20. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, et al. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry* 2000;157:179-84.
21. Barnes TR; Schizophrenia Consensus Group of British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2011;25:567-620.
22. National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014/2018). Antenatal and postnatal

- mental health: clinical management and service guidance (NICE Clinical guideline CG192). Dosegljivo na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
23. Gentile S. Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review. *Schizophr Bull* 2010; 36: 518-44.
 24. Habermann F, Fritzsche J, Fuhlbrück F, et al. Atypical antipsychotic drugs and pregnancy outcome: a prospective, cohort study. *J Clin Psychopharmacol* 2013; 33: 453-62.
 25. Abel K, Howard L. Schizophrenia, psychopharmacology and pregnancy. In: Galbally M, Snellen M., Lewis A., editors. (eds), *Psychopharmacology and Pregnancy – Treatment Efficacy, Risks, and Guidelines*. Heidelberg: Springer, 2014.
 26. Coppola D, Russo L, Kwarta R, Varughese R, Schmider J. Evaluating the postmarketing experience of risperidone use during pregnancy: pregnancy and neonatal outcomes. *Drug Safety* 2007;30:247-264.
 27. Wisner K, Hanusa B, Peindl K, Perel J. Prevention of postpartum episodes in women with bipolar disorder. *Biological Psychiatry* 2004;56:592-596.
 28. Gentile S. Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review. *Schizophr Bull* 2010; 36: 518-44.
 29. Habermann F, Fritzsche J, Fuhlbrück F, et al. Atypical antipsychotic drugs and pregnancy outcome: a prospective, cohort study. *J Clin Psychopharmacol* 2013; 33:453-62.

Kakovost življenja bolnic z urinsko inkontinenco

Adolf Lukanović



Bila sem kmečka žena,
a še zdaleč nisem imela vsega,
po petdesetem letu sem imela veliko težav,
Bog ne daj, da bi bilo vse prav!

Bila sem operirana
in še bolj stigmatizirana,
mehur prerezana, še manj zavezana,
voda je kar tekla, brez, da bi kaj rekla.

Denarja nisem imela,
da pleničke kupit bi si smela.
Sploh ne vem, če so že bile,
če tovarna delala jih je že.

Cunje sem si zalagala,
da sem ljudi zavajala,
bila sem več doma,
kakor, da bi kam šla.

Težko bilo je za razumet,
vendar tako ni moglo iti v nedogled,
težave vse so šle naprej,
kakor vsaka reč doslej.

Po nekaj letih sem si opomogla,
da pleničke kupit sem si mogla,
strah je le odšel,
ko le ne bi več nazaj prišel.

Srečna sem bila,
da sem lahko pleničke nosila,
smeh se je povrnil,
prej se mi je svet na glavo obrnil.

Mi, stari ljudje veseli smo,
da pripomočke za inkontinenco izumili so,
vložki, plenice se dobijo,
če jih rabimo tudi za gostijo.

Živim v domu,
a nikakor nisem v dvomu,
veliko nemočnih ljudi tukaj živi,
saj rabijo kvaliteto vsi.

Preteklo je več kot deset let, ko sem prejel to pismo ene od oskrbovank doma za ostarele. V svoji dolgoletni delovni praksi, v kateri se srečujem z inkontinentnimi osebami sem prejel številna podobna pisma in prošnje za pomoč. Objavljam ga zato, ker iz teksta v rimah veje stiska, nemoč in stigma prizadete gospe in kjer komentar pravzaprav ni potreben. In spet se vračamo k starim ugotovitvam: najboljše zdravljenje je preprečevanje. Poskusimo vsaj nekaj korakov v smeri preprečevanja te hude nadloge. Najprej se moramo soočiti in sprijazniti z neprijetnostjo, ki nas je doletela. Če je ta problem »detabuiziran« ga okolje lažje sprejema in se prizadeti uspešneje spopade s problemom.

Nenadzorovano uhajanje urina ali urinska inkontinenca je pri ženskah eno najpogostejših obolenj. Ker predstavlja zdravstveni, socialni in psihični problem jo zaradi svoje narave lahko imenujemo tudi socialna bolezen, kajti bolnico onemogoča v njenem vsakdanjem delu in življenju, torej omejuje njeno socialno uveljavljanje in tako zmanjšuje kvaliteto življenja.

Problem inkontinence je večplasten in ga je treba obravnavati z različnih vidikov. Z medicinskega stališča je inkontinenca nehotno in nekontrolirano uhajanje urina, ki ima telesne in psihične posledice in je bolezensko stanje. S socialnega vidika je inkontinenca problem osamitve in izločitve bolnika iz družbenega življenja bližnje in širše okolice. Tudi z ekonomskega vidika je inkontinenca velik problem, saj njeno kolikor toliko uspešno obvladovanje pomeni veliko finančno breme za zdravstveni proračun. Malo je pravzaprav motenj, ki bi bile tako neprijetne, kot so težave z obvladovanjem mehurja.

Zdravstveni delavci ugotavljamo, da je pri nas urinska inkontinenca še vedno tabu tema. Mnoge ženske in številni starostniki se kar sprijaznijo, da jim v srednjih oz starejših letih občasno ali celo stalno nehoteno uhaja urin. Ne zdi se jim nič čudnega, nič nenavadnega in hudega, če imajo težave z zadrževanjem oziroma uhajanjem seča. Ženske se teh težav sramujejo, zato jih prikrivajo pred svojci, okolico, celo pred zdravstvenimi delavci. Razlog za molk je najpogosteje zadrega, sram oziroma strah pred morebitnim odklonilnim ali nerazumevajočim odzivom zdravstvenega delavca ali okolice. V ambulantah so žal prepogosta pojasnila, da je nenadzorovano uhajanje urina nekaj povsem normalnega, kar nastane s starostjo, da pomoč ni mogoča in da je potrebno uhajanje urina kot takšno sprejeti in z njim živeti. Gre za veliko neprijetnost, ki povzroča sramovanje in izgubo samozavesti. Poruši se posameznikovo samospoštovanje oziroma samopodoba in posameznik se začne zatekati v osamo. To je hkrati telesni in psihološki problem, ki ga spremljata neprijeten vonj in občutek krivde. Zaradi strahu, da bi drugi to opazili se ženske v družbi pogosto počutijo nelagodno, zato se druženju izogibajo in raje ostajajo doma. Nenadzorovano uhajanje urina pri spolnih odnosih pa lahko privede do zavračanja partnerja in s tem, do postopnega odtujevanja in težav v partnerskih odnosih. Analize kažejo, da ima vsaka četrta spolno dejavna ženska težave z nenadzorovanim uhajanjem urina. Tako lahko sprva nepomembna težava, to je po mnenju nekaterih nenadzorovano uhajanje urina, privede do precejšnih psiholoških obremenitev, ki lahko vodijo do socialne osamitve ženske. Ta problem ne prizadene samo ženske, temveč tudi njeno ožjo in širšo okolico zato je razumljivo, da zaradi svoje negativne konotacije predstavlja precejšen družbeni problem.

Inkontinenca kot bolezenska motnja je predvsem osebni in medosebni problem, ki

zahteva veliko osebne discipline, poznavanje problema in metod njegovega obvladovanja. Oseba z inkontinenco se lahko popolnoma normalno giblje in lahko večinoma opravlja vse poklicne in osebne dejavnosti, ne da bi kdor koli opazil njeno težavo. Bolnice morajo sprejeti dejstvo, da imajo zdravje v svojih rokah. In v svojih rokah ga prav gotovo imajo, če verjamejo in zaupajo vase ter krepijo svojo samozavest. Samozavest pa je del samospoštovanja, ki pomeni zaupanje v lastno vrednost. Tisti človek, ki se spoštuje, je zadovoljen sam s seboj in se ceni, občuti, da je vreden ljubezni, sreče in spoštovanja drugih ljudi ter je kljub težavam z inkontinenco in drugim težavami, ki pestijo življenje, lahko tudi srečen.

V Sloveniji znaša prevalenca urinske inkontinence 13,6 % in je nekoliko višja kot v državah Zahodne Evrope in ZDA. Statistični podatki kažejo, da je pri nas v Sloveniji 49,5 % vseh žensk, ki so stare več 65 let, tako hudo inkontinentnih, da potrebuje zdravljenje. V domovih za starejše občane pa je inkontinentnih kar 57% žensk. S številnimi raziskavami je dokazano, da so pogosteje inkontinentne tiste ženske, ki so starejše (v meni zaradi pomanjkanja estrogenov), ki so večkrat rodile, ki so rodile otroke z večjo telesno težo, so manj telesno aktivne, imajo ali so imele različna obolenja dihal, ali večje operativne posege v predelu medenice ali pa so opravljale težko fizično delo (dvigovanje težkih bremen). Dokazan je tudi vpliv čezmerne telesne teže in prirojena slabost vezivnega tkiva.

Po podatkih ankete, ki jo je opravil starosta slovenskega zdravstva, ginekolog prof Božo Kralj, ki je najbolj zaslužen, da se je pri nas začela razvijati skrb za inkontinentne ženske ima kar tretjina žensk v Sloveniji težave z nenadzorovanim uhajanjem seča, od tega jih tričetrtrine izjavlja, da jih to moti v vsakdanjem življenju. Le dobrih trinajst odstotkov to moti do takšne mere, da se odločijo za pomoč v zdravstveni ustanovi. Težave se stopnjujejo s starostjo, mi pa opažamo, da se predvsem mlajše bolnice lažje in bolj zgodaj odločijo poiskati pomoč. V Sloveniji je približno 400000 pomenopausalnih žensk, in tako si lahko predstavljamo koliko je žensk, ki našo pomoč potrebuje, pa je iz različnih vzrokov niso deležne. Hkrati nas morajo skrbeti demografski podatki, ki kažejo, da bo čez dvajset let v srednji Evropi 35% več žensk starejših od 80 let. Skladno z demografskimi usmeritvami moramo kot družba predrugачiti življenske vrednote. Krepiti moramo medgeneracijsko solidarnost in sodelovanje med generacijami, saj se z njima razvija v človeku strpnost in razumevanje za težave starejših. V svojem okolju moramo znova prebuditi občutek za pozitivne vrednote v življenju, kot so ljubezen, družina in spoštovanje. Samo taka družba, v kateri bodo močno prisotne omenjene vrednote bo sposobna de-stigmatizirati težave kot je inkontinenca. Bolezen pač ni take narave, da bi bili ljudje pripravljeni hitro zaupati svoje stiske komu drugemu, denimo zdravniku ali medicinski sestri. Iz izkušenj vemo, da se začnejo težave odkrivati in hitreje reševati šele potem, ko se začne o njih bolj odkrito pogovarjati in ko se razreševanja težav skupaj lotijo usposobljeni strokovnjaki in tisti, ki pomoč potrebujejo.

Ljudje, ki jih inkontinenca prizadene, po navadi neradi govorijo o tem in obiščejo zdravnika le, ko se stanje poslabša do nevzdržnega.

Zato je bilo leta 1993 v Sloveniji ustanovljeno društvo Inko (Slovensko društvo za pomoč inkontinentnim osebam) z namenom, da pomaga pri uvajanju ukrepov, ki preprečujejo nastajanje urinske inkontinence ter izboljšujejo kakovost življenja inkontinentnih oseb. Pri tem gre predvsem za prosvetljevanje, preventivno vzgojo in izobraževanje, svetovanje ter usmerjanje bolnika v ustrezno ustanovo. Žal je delovanje tega društva zamrlo, so se pa v Sloveniji kasneje ustanovila podobna društva, v Mariboru društvo Inkont, humanitarna organizacija za pomoč ženskam, prizadetim z inkontinenco in menopavzo Mena ter v Kopru Društvo inkontinentnih bolnikov obale. Društva izdajajo informativne zloženke, v katerih priznani strokovnjaki na poljuden način prikazujejo in razlagajo preventivne in negovalne ukrepe ter možnosti zdravljenja. 14. september je bil izbran za DAN KONTINENCE. Na ta dan v medijih z več informativnimi oddajami in noticami prebivalce seznanjamo z obstojem in dejavnostjo društev. Širšim množicam skušamo vzbuditi zanimanje in skrb za lastno zdravje, aktivirati preventivno razmišljanje in tako pripravili potencialne bolnike, da pravočasno začnejo razmišljati o vrednosti svojega zdravja, katerega del sta tudi urinska in tudi fekalna kontinenca.

Sprašujemo se, ali je mogoče urinsko inkontinenco samo zdraviti ali pa je mogoče preprečiti njen nastanek. Za razumevanje nastanka, zdravljenja oziroma preprečevanja urinske inkontinence pa moramo poznati vzroke zanjo. In smo spet na začetku. Vsa prizadevanja tako zdravstvenih delavcev kot laične javnosti so usmerjena prav v ta namen, namen ozaveščanja in informiranja kako se spoprijeti s problematiko urinske inkontinence. Zdravstveni delavci smo zavezani, po svojem poslanstvu, da osveščamo ljudi o pomenu svojega zdravja, torej tudi o težavah povezanih z urinsko inkontinenco. Zavezani smo k vseživljenjskemu izobraževanju nas samih kakor tudi naših bolnic, ker le tako lahko vplivamo na proces socializacije posameznika. Hkrati pa krepimo prilagajanje družbenemu okolju, ker samo s pomočjo okolja lahko razvijamo svojo samopodobo in strukturiramo svojo osebnost. Del tega je oblikovanje zaznavanja kvalitete življenja. S pravilno komunikacijo, to je s pravilnim pristopom, pogovorom ter razumevalnim svetovanjem o možni uporabi izbranih zdravil, o pravilni in dosledni uporabi pripomočkov za obvladovanje urinske inkontinence bomo pripomogli k destigmatizaciji te neprijetne težave. Zavedati se moramo dejstva, da lahko urinsko inkontinenco že s preprostimi ukrepi preprečimo, ublažimo ali popolnoma odpravimo. Ob poznavanju problema, samodisciplini, sprejemanju in spoštovanju nasvetov in usmeritev zdravstvenih delavcev, pravilni uporabi pripomočkov, je kljub inkontinenci življenje še lahko aktivno in dostojanstveno.

Zaključujemo, da je pravilna diagnoza osnovni pogoj za uspešnost zdravljenja urinske inkontinence. Diagnostičnega postopka ne moremo in ne smemo zaobiti. Praviloma izčrpamo najprej konzervativne metode zdravljenja. Kadar te niso uspešne, se odločimo za kirurško zdravljenje. Naš namen je izboljšanje kvalitete življenja bolnice, zato je nujno njeno sodelovanje. Bolnica mora vedeti za možne zaplete zdravljenja in predvsem kakšna je varnost in učinkovitost zdravljenja predvsem pri mešani oziroma kombinirani stresni in urgentni urinski inkontinenci. Pri vsaki bolnici ocenimo individualno pričakovan uspeh zdravljenja ob kar najmanjši invazivnosti zdravljenja. Prav zato je zelo pomembno, da se problema lotimo na strokoven način, saj bomo le tako lahko zagotovili konstruktivno reševanje težav, bolnicam pa omogočili normalno in dostojno življenje. Urinska inkontinenca je bolezen, ki lahko prizadene kogarkoli izmed nas, zato jo je potrebno kot tako sprejeti in obravnavati.

Zato je še zlasti hudo, če v takšni situaciji ni nikogar, ki bi strah in nelagodje razblinil ter bolnici znal in želel prisluhni in pomagati. Bolnica mora vedeti, da v inkontinenci ni sama in da je težava obvladljiva. A potrebno je, da sama poišče pomoč in se odloči za ukrepanje. Osebni zdravnik in ustrezni specialist bosta dala napotke, kako ukrotiti bolezen in predpisala ustrezno zdravljenje, medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje bo poskrbelo za ustrezno nego in poduk o negi, farmacevt in farmacevtski tehnik v lekarni pa bosta razen z zdravili, lahko pomagala tudi z ustrezno izbiro kvalitetnih inkontinenčnih pripomočkov, prehranskih dopolnil ter drugih pripomočkov za nego in varovanje zdravja. K vsej tej oskrbi pa bosta pridala še skrb v obliki nasveta. Le ta namreč kakovostnim izdelkom vdihne tudi učinkovitost in varnost. Kajti iti po pomoč pomeni iti po – moč! Po moč, da o inkontinenci lahko spregovori in se z njo spopade. In velikokrat tudi po moč, da lahko v primerih, ko ga inkontinenca naredi odvisnega od pomoči drugih, le to sprejme. Takrat se zavedajmo in dajmo vedeti, da prositi in sprejeti pomoč, nikakor ni znak slabosti, temveč moči!

Skrbna osebna higiena z dopolnjevanjem, ki jih nudijo inkontinentni pripomočki, obudijo zapostavljene aktivnosti (potovanje, ples, obisk ...) in omogočajo brezskrbno vključevanje v družbo. Posledično bo občutek drugačnosti pri obolelem posamezniku izzvenel, saj bo ponovno postal del družbenega življenja. Analize so pokazale, da bolnice potrebujejo približno 7 let, preden si upajo spregovoriti z zdravstvenim delavcem. Bolnice običajno najprej stopijo v stik s farmacevti, ko kupujejo vložke in podloge.

Nekoč huda, neobvladljiva težava, ki je omejevala svobodno gibanje ženske in povzročala hude duševne stiske, je postala znosna, kar je prispevalo k boljši kvaliteti življenja ženske populacije. S sprejemanjem svoje drugačnosti, s pozitivno naravnostjo, skrbno higieno in sodobnimi pripomočki lahko bolnice kljub uhajanju urina in blata polno in radostno živijo aktivno življenje.

Literatura

1. Garcia J.A., Crocker J., Wyman J.F., Krissovic M., Breaking the cycle of stigmatization: managing the stigma of incontinence in social interactions. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2005 Jan-Feb; 32(1):38.
2. Findeisen D., Govekar M. *Andragogika*. Študentska organizacija univerze v Ljubljani. Ljubljana 2000:
3. Trobec I et al. Vpliv urinske inkontinence na kakovost življenja starostnikov v domu za starejše. *Obzornik zdravstvene nege* 2010;44(2):81-87.
4. Minassian V, Drutz HP, Al Badr A: Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynecol Obstet* 2003;82:327-38.
5. Teunissen D, Van den Bosh W, van Weel C, Lagro Jansen TA. It can always happen: the impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scand J prim Health care* 2006; 24(3):166-73.
6. Beji NK, Ozbas A, Aslan E, Bilgic D, Erkan HA. Overview of the social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urologic Nursing* 2010;30(6):327-34.

Chronic pelvic pain and psychosomatic

Dubravko Habek



Introduction

In gynecology, psychosomatic medicine has been known since ancient times, attempting to explain the once uniform humoral theory; so, Hippocrates considered hysteria a psychosomatic illness. The concept of typical 'female syndrome' caused by the uterus as an organ, also considered as the cause of 'Hystera' by Morgagni, had implied hippocratism and neo-hippocratism for centuries, until Virchow's cellular theory, and even up to the theories set by modern psychiatrists and sexologists such as Freud, who attributes narcissistic personality, along with hypochondriac and hallucinative character to hysteria. In 1903, the diagnosis of chronic pelvic pain (CPP) was named *parametritis chronic posterior* by Freud; the complexity of the syndrome, which was gynecologically untreatable a hundred years ago, is clearly indicated by the need of including a psychiatrist in its management.

However, some form of 'hippocratism' and viewing uterus as a culprit for CPP has persisted down to the present, as evidenced from the figure of about 80,000 hysterectomies performed annually in the USA for CPP with organic or inorganic substrate, however, with questionable effects on CPP.

The association of neurotransmitter/neurohormone changes and development of psychosomatic diseases has been revealed by advances in scientific fields such as neuroimmunology and endocrinology, psychology and psychiatry, integrated into psychoneuroendocrinology as a specific scientific field. These advancements have resulted in defining the diagnosis of camp amenorrhea induced by extreme stress, anorexia related amenorrhea as central psychogenic amenorrhea, gestational nausea and vomiting, subfertility, premenstrual syndrome, dysmenorrhea, vulvodynia, dyspareunia, apareunia, and finally CPP. These syndromes are the most common diagnoses made in the psychosomatic gynecology clinics available in developed countries and led by interdisciplinary teams consisting of a gynecologist, clinical psychologist and psychiatrist with support from the professional medical societies. In CPP patients, psychoanalytical findings quite frequently reveal emotional problems on growing up, sexual abuse, other mental traumas, disproportion of somatic and emotional maturation, etc. The symptoms may be additionally complicated by anxious, phobic or depressive clinical picture, personality disorders and dissociative disorders, or the symptoms undergo somatization in case of serious mental illnesses such as severe depression or schizophrenia. Therefore, in the great majority of affected women, psychosomatic disorders are classified as functional disorders without primary somatic substrate.

In the past few years in particular, sexual dimorphism has been demonstrated in psychosomatic states, which is differently interpreted in male and female sexes, thus supporting empirical statement on the variability of topobiochemistry, organ morphology and morbidity primarily attributable to hormone effects, including reaction to stressors. Nowadays, the male and female patterns of coronary heart disease are clearly distinguished, with quite different outcome in young females with the same disease. Underlying hyperestrinism is a risk factor for myomatous and metritic uterus

aggravation, whereas modulation of cerebral and cardiovascular receptors can cause coronary disease complications, anxiety and CPP.

Gynecologic psychosomaticism is interpreted from several aspects, as follows:

1. psychological/mental reactions in some malformation syndromes (e.g., Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome, Turner syndrome);
2. acute or chronic reactions to diseases or conditions (malignoma, climacteric, infertility, post-therapeutic castration state);
3. acute or chronic reactions to diagnostic, therapeutic or operative procedures (hysterectomy, adnexectomy, mastectomy, irradiation, chemotherapy), or palliative care;
4. reactive states in the absence of pathomorphological or pathophysiological substrate such as normogonadotropic amenorrhea, metrorrhagia without substrate, psychosexual disorders (orgasm disorders, vaginism); and
5. syndromes induced by strong psychic or social inductor, e.g., anorexia nervosa, vulvodynia, CPP, postmenopausal syndrome (PMS), gestational hyperemesis.

Chronic pelvic malady

Chronic pelvic pain, also known as chronic pelvic pain syndrome (CPPS), is a chronifying painful syndrome involving pelvis minor (lower abdomen) in women persisting for more than six months. This time span required for the diagnosis of CPP is defined by the long-lasting biochemical modulation of receptors and onset of symptoms. CPP affects 10%-40% of women of reproductive age and manifests with chronic episodic, cyclic or non-cyclic, situational pain. The variability of symptoms that are or are not associated with menstruation cycle can be substantially aggravated in conjunction with persistent anxiety.

According to the International Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10), CPPS can be accepted as a significant symptom in the following mental disorders as comorbidity: F45.5 somatoform painful disorders; F45.0 somatization disorders; F45.1 undifferentiated somatoform disorder; and F45.9 other unspecified somatoform disorders, to the affective or post-traumatic disorders, schizophrenia and schizotypal disorders.

In the United Kingdom (UK), the incidence of CPP is estimated to 38/1000 women or 2.1%-24% of the female population. According to some studies, CPP without menstrual or coital association occurs in 39% of cases. The prevalence of CPP in adolescent population is about 12%, in women in their forties 15%, and in those aged >60 it is 8%. An organic substrate is demonstrated in some 20% of CPP patients, whereas it remains unidentified in a considerable percentage of patients. A higher prevalence of CPP has been described in multiparae with multiple pregnancy termination, either abortion or delivery.

CPP can be caused by pelvic symptoms of various organ systems, e.g., visceral, neuronal, vascular, myofascial or musculoskeletal, be they associated with mental component or not. By definition, CPP implies the existence of a complex gynecologic syndrome, thus the multifactorial genesis with a considerable impact of mental component and challenging therapy being for decades attributing to it. There is a broad definition describing CPP as a polysymptomatic clinical picture with major psychosomatic symptoms of various organ systems, e.g., sexual, digestive, urinary, genital, cardiovascular and neurologic disorders. Thus, it is not surprising that the syndrome has about 150 synonyms (e.g., *pelvipathia dolorosa*, *parametropathia spastica*, *pelvipathia vegetativa*, *pseudoadnexitis seu adnexalgia*, *Pelipathie Syndrom*, *spasmophylia genitalis*, *hysteralgia*, vegetative syndrome, congestion-fibrosis syndrome, *Unterleibsschmerzen*, *Unterbauchschmerzen*, etc.).

The chronic course of the disease implies a range from mild to severe and difficult disorders, which in turn can cause dichotomization, mental worsening, absenteeism and biopsychosocial

maladaptation, along with modulation of receptors, neurons and pain sensation.

For example, CPP can be induced by chronic mucocutaneous inflammatory and ulcerative diseases affecting vulva and vagina, genital and pelvic extragenital and retroperitoneal endometriosis, chronic inflammatory pelvic disease, adenomyosis, pelvic congestive syndrome (parametrial varicosity), adnexal and uterine tumors. The vaginal pseudoinfectious syndrome, where there is no organic or microbiological substrate but the patient complains of pronounced hyperalgesic pelvic symptoms, also plays a major role. Pain is mostly localized behind the symphysis, it is permanent or frequently intermittent and diffuse, as if 'radiating from the organ', characterized as psychogenic, less frequently as neuropathic or visceral pain.

Gastrointestinal discomforts are reported by 65%-79% of women with CPP; these are related to the circadian hormonal and biohumoral profile and mental status. In chronic inflammatory bowel disease with leaky gut syndrome, there is a significant locoregional inflammatory response along with structural defect. Abdominal pain persisting for three days a month in the last three months with defecation impairment is required for the diagnosis of this syndrome and then of CPP. In patients with chronic inflammatory bowel disease, tension headache and fibromyalgia syndrome are found in 10%-50% and mental disorders in 40%-80% of cases. Herniation is mostly inguinal and femoral; however, ischiatic hernia with piriform muscle atrophy may also occur as the cause of CPP. Endometriosis is detected in 30%-40% of women undergoing diagnostic laparoscopy (LPSC) for CPP, 18%-35% of women with acute pelvic inflammatory disease (PID) and 35% of those with chronic PID.

Pathophysiologically, CPP is hardly explainable by a single theory, although the chronic problem can be solved successfully by detecting one of the causes. Inflammatory mediators such as cytokines, prostaglandins, neurokinin substance P and calcitonin gene-related peptide (CGRP) have been detected in particular CPP forms; however, in endometriosis as a chronic inflammatory autoimmune disease, for instance, interleukin 6 was not found in high levels, whereas 6-keto-prostaglandin F1 α was considerably increased, thus certainly contributing to the occurrence of pain in endometriosis. Elevated levels of cytokines were recorded in cases with intra-abdominal fluid (nonmalignant ascites). High levels of synaptophysin, CGRP and substance P as modulators of sensory pain afferents were experimentally detected in women with chronic PID and adhesions, which may cause CPP due to peritoneum traction and tension, along with activation of visceral nociceptors. Rare cases of left renal vein compression with microhematuria and low back pain have been described in pelvic varicosities. Visceral hypersensitivity remains in inflammatory bowel disease with CPP as a chronic postinfection syndrome and interaction between bacterial intestinal infection and psychosocial stress. Bladder pain syndrome develops through interaction of bladder distention with urine (hydrodistention) and morphological alterations in the bladder wall affected by chronic inflammation, with the overall prevalence of 10%-35% in the general population.

Psychosomatic approach and diagnosis

As the CPPS can be of multiorgan etiology, differential diagnosis may be extremely challenging. Therefore, consultation with an orthopedist, internist, urologist or surgeon is frequently required. In the pre-ultrasound era, gynecologic examination was the only mode of diagnosis based on the bimanual clinical finding; shortened and painful uterosacral ligaments with pronounced cervical pain were signs of spastic pelvipathy; parauterine pain on palpation and painful pelvic walls were indicative of congestive pelvipathy. Vasocongestion and painful smooth muscle contractions were considered causes of CPP. Pseudoinfectious vulvovaginal syndrome was characterized by hyperemia, pruritus, vasocongestion and hypersecretion without inflammatory substrate. Nowadays, however, complete gynecologic examination with imaging methods, clinical palpation and biochemistry can provide CPP diagnosis in a significant percentage of patients.

Treatment

Recent studies suggest that CPP has not been treated appropriately; as many as 45% of gynecologists in the UK consider CPP treatment poor or even very poor. Treatment of CPP should be multidisciplinary and individualized with the therapist (interdisciplinary cooperation). Recommendations from developed societies include treatment of pronounced psychosomatization in CPP through three phases, as follows:

1. informing and explaining the patient the nature of the syndrome, including current knowledge of the disease, complications, causes and management (1-2 sessions);
2. describing and planning therapeutic approach with patient personal history taking; physiotherapy and patient motivation for psychotherapy (4-5 personalized sessions); and
3. psychotherapy (individual, group, marital/couple, family), physiotherapy, medication.

Noninvasive therapeutic modalities include dietary regimens, physiotherapy, massage, balneo- and heliotherapy, neuromodulation (peripheral nerve stimulation, PNS), behavioral therapy and psychotherapy, pharmacotherapy (antidepressants, gestagens, gonadotropin-releasing hormone (Gn-RH) agonists, oral hormonal contraceptives, myorelaxants, anticonvulsants and antihistamines), analgesic (nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), cyclooxygenase (COX) inhibitors) and anti-inflammatory therapy (e.g., palmitoylethanolamide + polydatin, Pelvilen® 2x400 mg), alpha-2 adrenergic agonists (lofexidine hydrochloride)). Antidepressants as the most common drugs in the treatment of inorganic CPPS are based on pathobiochemical mechanisms and treatment of comorbidity symptoms; amitriptyline, sertraline and gabapentin are usually prescribed for selective inhibitors of serotonin reuptake (SSRI). It should be noted that the analgesic component in CPPS is significantly reduced with gestagen therapy, i.e. medroxyprogesterone acetate (MEPA) 50 mg daily for four months, along with a multidisciplinary approach.

Invasive treatment modalities include injection therapy at trigger sites, neural therapy-neuroblock, acupuncture, and operative procedures, i.e. laparoscopy and possibly laparotomy. Acupuncture is a validated method in the treatment of mild and severe forms of CPPS, in particular primary dysmenorrhea, PMS and inorganic CPP; more recently, acupuncture treatment of uterine myoma resulting in volume, bleeding and secondary anemia reduction has also been described.

Exploratory laparoscopy as a diagnostic method is employed for evaluation of CPP in 40% of patients, with both diagnostic and therapeutic effects. It should be noted that painful pelvic syndrome develops one year after laparoscopic operation for endometriosis in 44% of cases. When hysterectomy fails to eliminate painful sensation, depression and other mental disorders should be taken in consideration (18%-97% of women, especially those of young age). Laparoscopic ovariectomy is the method of choice in case of ovarian retention/remnant syndrome as the cause of CPP following hysterectomy.

Neurolysis, laparoscopic retroperitoneal dissection, uterosacral ligament resection and paraproctium dissection (paracolic adhesiolysis), presacral neurectomy and uterosacral neuroablation (LUNA) can be performed during LPSC in CPP and other syndromes that cannot be managed otherwise. Hysterectomy is reserved for the organic uterine substrate (e.g., adenomyosis), provided fulfilled patient reproduction and appropriate age. Retroperitoneal endometriosis requires complex laparoscopic procedure including neuromodulation and neuroresection. Intravascular occlusion of pelvic varicosities or laparoscopic extraluminal ligation is an option in case of intensive and refractory pain caused by pelvic varicosity (pelvic vein incompetence).

Primary prevention of CPP implies detection and management of endometriosis, PID and sexually transmitted diseases, whereas secondary prevention involves establishment and availability of multidisciplinary CPP centers.

References

1. Artner J. Funktionelle Unterbauchschmerzen der Frau. *Med Klinik* 1982;77:683.
2. Beard RW, Pearce S, Highman JH, Reginald WP. Diagnosis of pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain. *Lancet* 1984;324:946-949.
3. Gabrielsson L, Mattsson S, Fowler CJ. Palmitoylethanolamide for the treatment of pain: pharmacokinetics, safety and efficacy. *Br J Clin Pharmacol.* 2016; 82(4): 932–942.
4. Habek D. Novije spoznaje o liječenju akupunkturuom. *Liječ Vjesn* 2002;124:322-329.
5. Hrgović I, Hrgović Z, Habek D, Orešković S, Hofmann J, Münstedt K. Use of Complementary and Alternative Medicine in Departments of Obstetrics in Croatia and a Comparison to Germany. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd* 2010;17:144-146.
6. Habek D, Čerkez Habek J, Pišl Z, Vuković-Bobić M. Acupuncture analgesedation in the ambulance gynaecologic operative procedures. *Gebursthilfe Frauenheilkd* 2005;65:678-681.
7. Habek D, Akšamija A. Successful acupuncture treatment of uterine myoma. *Acta Clin Croat* 2014;53(4):487-489.
8. Habek D, Čerkez Habek J, Barbir A. Using acupuncture to treat premenstrual syndrome. *Arch Gynecol Obstet* 2002; 267: 23-26.
9. Habek D, Čerkez Habek J, Bobić Vuković M, Vujić B. Acupuncture treatment of primary dysmenorrhea. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 2003;43:250-253.
10. Habek D. Klinička primjena akupunkturu u ginekologiji, opstetriciji i reprodukcijskoj medicini. *Gynaecol Perinatol* 2001; 10:138-144.
11. Habek D, Šklebar I. Palijacija organskih simptoma u uznapredovalih stadija raka ženskoga genitalnog sustava. *Med Iadert* 2014;44(3-4):107-113.
12. Hansrani V, Abbas A, Bhandari S, Caress AL, Seif M, McCollum CN. Trans-venous occlusion of incompetent pelvic veins for chronic pelvic pain in women: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015 ;185:156-63.
13. Kardys I, Vliegthart R, Oudkerk M, Hofman A, Witteman JC. The female advantage in cardiovascular disease: do vascular beds contribute equally? *Am J Epidemiol*, 2007.
14. Leow HW, Szubert W, Horne AW. 45% of UK gynaecologists think chronic pelvic pain is managed badly. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018;224:200-202.
15. Molinski H. Unterbauchschmerzen ohne Organbefund und eine Bemerkung zum Pseudoinfektuösen Syndrom der Scheide. In: *Psychosomatische Erkrankungen in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Gynäkologe* 1982;15(4);207-215. Neises M. Psychosomatische Aspekt der chronischer Unterbauchschmerzen der Frau. *Geburtsh Frauenheilkd* 2006;66:349-354.
16. Richter D. Unterbauchschmerz. In: Stauber M, Kentenich F, Richter D (Hrsg.). *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Springer Verlag Berlin* 1999;511-521.
17. Riding DM, Hansrani V, McCollum C. Pelvic vein incompetence: clinical perspectives. *Vasc Health Risk Manag.* 2017;13:439-447.
18. Sand FJ, Thomsen AF. Skin diseases of the vulva: inflammatory, erosive – ulcerating and apocrine gland diseases, zinc and vitamin deficiency, vulvodynia and vestibulodynia. *J Obstet Gynecol* 2018;38(2):149-160.
19. Springer-Kremser M. Therapeutische Interventionen in einer gynäkologisch – psychosomatischen Ambulanz. *Gynäkologe* 1982;15(4):236-239.
20. Wesselmann U, Reich SG. The dynias. *Semin Neurol* 1996;16(1):63-74.

Sodobni vidiki motenj hranjenja

Karin Ser nec



vir: časnik Finance, 28.5.2018,
fotograf: Jure Makovec

»Razprava o tem, ali in koliko ter kako, je telo grobnica ali tempelj, ljubljeno ali osovraženo, osebno ali javno, stroj ali jaz, bo večna.« (Synnott A. The Body Social: Symbolism, Self and Society. Routledge, NY, 1993)

Iz vleček

Motnje hranjenja so duševne, ožje gledano, čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane ter so zunanji izraz globoke duševne in čustvene vznemirjenosti. Pogosto so povezane s psihiatrično komorbidnostjo in resnimi telesnimi zapleti. Delimo jih na anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo, kompulzivno prena jedanje, ortoreksijo nervozo in bigoreksijo nervozo. Zdravljenje motenj hranjenja zajema, poleg odpravljanja simptomov motenj hranjenja, za dolgoročno remisijo predvsem terapijo vzrokov nastanka motnje.

Ključne besede: motnje hranjenja, etiološki vidiki, obravnava

Abstract

Eating disorders are a consequence of amended attitude towards food as a reflection of emotionally and mentally diseased state. They often result in serious physical consequences. Eating disorders are a group of mental disorders, namely anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsive overeating, orthorexia nervosa and bigorexia nervosa. Eating disorders, when recognized, must be treated properly by reversing physical consequences and especially by treating mental states that lead to the mental disorder.

Key words: eating disorders, risk factors, treatment

Uvod

Motnje hranjenja (MH) danes predstavljajo pomemben javno zdravstveni problem. Za njimi oboleva 2–12 % žensk med 15. in 35. letom starosti, po podatkih tujih zdravstvenih registrov je vsako leto na novo odkritih 7 primerov anoreksije (AN) in 14 primerov bulimije nervoze (BN) na 100.000 prebivalcev (1).

MH uvrščamo med duševne motnje (2, 3) in jih delimo na AN, BN ter kompulzivno prenejedanje (ekscesivno hranjenje) (4). Zadnja leta se pojavljajo tudi nove oblike MH kot sta ortoreksija (hranjenje z izključno »zdravo«, biološko neoporečno hrano) in bigoreksija nervoze (obsedenost z mišičastim telesom). Gre za kronične, ponavljajoče se motnje, ki so pogosto povezane s psihiatrično komorbidnostjo in resnimi telesnimi zapleti (5).

MH je potrebno ločiti od motenj prehranjevanja, ki veljajo za nekakšno predstopnjo MH, hkrati pa ni nujno, da se v njih tudi razvijejo. Med motnje prehranjevanja sodijo neustrezne prehranjevalne navade kot so neredno prehranjevanje, pogosta nihanja telesne teže zaradi različnih diet, uživanje le določene vrste hrane (neuravnovešena prehrana) in podobno. Te motnje niso nujno znak duševne motnje.

MH kot bolezensko entiteto obravnavamo šele zadnjih 50 let, čeprav so bili že pred tem znani številni opisi bolezni, ki bi jih danes uvrstili med MH. Zanimivo je, da je že Seneca zapisal: »Je, da bi bruhal in bruha, da bi jedel«. Znani so še številni drugi primeri iz bližnje in daljne zgodovine, različnih opisov vedenj, stanj in ritualov, ki bi jih danes lahko uvrstili med MH (6). Dandanes sociologi in antropologi te motnje uvrščajo med etnične motnje. Gre za motnje, pri katerih ne moremo zanikati povezave med osebnimi stiskami in konflikti ter spremembami v družbenopolitičnem okolju. Če torej želimo razumeti MH tudi s sociološkega in antropološkega vidika in jih opisati kot etnične motnje današnje dobe, vidimo, da bistvo teh motenj ni posnemanje telesne bolezni, temveč gre za manipuliranje s hrano, preokupacijo s svojim telesnim videzom in težo. Ti bolniki torej posnemajo, izkoriščajo in nadgradijo siceršnje preokupacije ljudi v določenem okolju (skrb za telesni videz, diete, vitkost, telesni trening) in jih uporabijo kot obrambe za rešitev svojih intimnih stisk, katerih skupni imenovalac je iskanje in oblikovanje svoje identitete (7).

Etiološki vidiki motenj hranjenja

Osebe z MH imajo nizko samopodobo in izrazito slabo samospoštovanje. MH so čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane. Predstavljajo zunanji izraz globoke duševne in čustvene vznemirjenosti ter ne-sprejemanja sebe. Oseba, ki trpi zaradi MH, izraža svoje čustvene težave s spremenjenim odnosom do hrane in hranjenja. Tako navidezni problem s hrano v globini skriva trpljenje, ki je nastalo zaradi cele vrste različnih razlogov. Hranjenje ali odklanjanje hrane postane izraz osvoboditve notranjih, bolečih in ne-prepoznanih čustev.

Dejavniki tveganja, ki pogojujejo nastanek MH, so številni. Le redko lahko pri posamezniku izluščimo le enega. Večinoma gre za soigro večjega števila dejavnikov, ki določeno osebo počasi, a vztrajno vodijo v eno izmed MH. Razdelimo jih lahko na tri skupine: socio – kulturne (vpliv medijev, glorifikacija vitkosti, stigmatizacija debelosti), biološko – genetske (prekomerna telesna teža novorojenčka, specifične osebnostne lastnosti) in družinske dejavnike tveganja. Med družinske dejavnike sodijo: kronične telesne in duševne bolezni staršev (pri otroku in mladostniku povzročajo občutek negotovosti, nestabilnosti in pomanjkanje varnosti), nefunkcionalen (neustrezen) partnerski odnos v smislu stalnih preprirov, pretirane nadvlade enega od staršev nad drugim ali celo nasilnosti, nefunkcionalno starševstvo (otrok mora prevzemati vloge, ki jim ni dorasel: posredovalca, pogajalca, amortizerja ali rabsodnika med staršema, je pretirano zaščiten ali zanemarjen), hrana kot vzgojni pripomoček oziroma sredstvo nadzorovanja, neustrezna komunikacija med staršema in otrokom (dvojna sporočila), duševne, telesne in spolne zlorabe (8).

Oblike in vrste motenj hranjenja

1. Anoreksija nervoza (AN)

Najpogosteje se izrazi na prehodu iz otroštva v mladostništvo in lahko traja globoko v odraslost. Oseba z anoreksijo nervozo čuti **intenziven strah pred debelostjo**, ki se ne zmanjša niti ob **zniževanju telesne teže** (indeks telesne mase (ITM) je manjši od $17,5 \text{ kg/m}^2$). Ves čas je prepričana, da je debela, četudi so v resnici že izražene telesne posledice podhranjenosti. To prepričanje imenujemo **motena predstava o lastnem telesu**. Ženske in dekleta ob tem izgubijo menstruacijo (2,3).

Glede na način doseganja in vzdrževanja manjše telesne mase AN delimo na restriktivno in purgativno obliko. Osebe z restriktivno obliko vzdržujejo nizko telesno težo predvsem z odklanjanjem hrane. Običajno je izguba telesne teže posledica odklanjanja vseh vrst hrane, včasih pa le ogljikovih hidratov in druge hrane, za katero menijo, da je visoko kalorična. Pogosto te osebe uporabljajo tudi prekomerno telesno aktivnost, s pomočjo katere še dodatno nižajo že tako nizko telesno težo. Osebe s purgativno obliko AN za vzdrževanje nizke telesne teže uporabljajo predvsem bruhanje (predhodno se lahko tudi prenaledajo), odvajala in/ali diuretike (3).

2. Bulimija nervoza (BN)

BN se najpogosteje klinično izrazi na prehodu iz adolescence v zgodnje odraslo obdobje. Pri osebi z bulimijo nervozo se izmenjujejo obdobja prenaledanja (tako imenovana »volčja lakota«) in različni neustrezni/kompenzatorni mehanizmi zmanjševanja telesne teže (bruhanje, jemanje odvajal in/ali diuretikov, stradanje, pretirana telesna aktivnost). Prisotna je **preokupiranost z obliko svojega telesa, telesno težo** (ITM je ustrezen, večinoma med 18 kg/m^2 in 25 kg/m^2) **in stalen strah pred debelostjo ter občutki pomanjkljivega nadzora nad lastnim hranjenjem**. Obdobja prenaledanja in neustreznih kompenzatornih vedenjskih vzorcev se povprečno pojavljajo vsaj dvakrat tedensko vsaj tri mesece (2,3).

Glede na vrsto uporabljenih kompenzatornih vedenjskih vzorcev za vzdrževanje ustrezne telesne teže BN delimo na purgativno in nepurgativno obliko BN. Pri prvi prenaledanju sledi sprva hoteno izzvano bruhanje, ki se kasneje sproži refleksno. Poleg bruhanja lahko te osebe zlorabljajo tudi odvajala in / ali diuretike. Ustrezno telesno težo torej vzdržujejo z bruhanjem. Ta oblika predstavlja 80 – 90% vseh primerov BN. Pri tem podtipu se pojavlja več telesnih zapletov in psihiatričnih pridruženih motenj kot pri nepurgativni obliki BN, pri kateri prenaledanju ne sledi hoteno izzvano bruhanje, temveč ustrezno telesno težo vzdržujejo s stradanjem in/ali pretirano telesno aktivnostjo (3).

3. Kompulzivno prenaledanje (KP) / Ekscesivno hranjenje

KP je MH, ki se prične najkasneje od vseh treh glavnih oblik in sicer v zgodnjem ali srednjem odraslem obdobju. Obolele osebe imajo občutek pomanjkljivega nadzora nad lastnim življenjem, v ozadju pa sta nizka samopodoba in slabo samospoštovanje. Obdobjem prenaledanja ne sledijo vedenjski vzorci za zniževanje telesne teže (bruhanje, stradanje, zloraba odvajal in/ali diuretikov, prekomerna telesna aktivnost), posledično so obolele osebe najpogosteje prekomerno hranjene, ITM je večji od 25 kg/m^2 (2,3). Zadnje raziskave kažejo, da od 70% do 80% debelih ljudi (izključiti je potrebno somatske, najpogosteje endokrinološke vzroke debelosti) izpolnjuje kriterije za KP, razdelitev po spolu naj bi bila enakovredna (9, 10).

4. Nove oblike motenj hranjenja

Ortoreksija nervoza

Ortoreksija je motnja hranjenja, za katero je značilna obsedenost z zdravo, biološko neoporečno hrano, ki vodi v hude prehranske restrikcije. Oseba z ortoreksijo se torej s pravilnim in zdravim prehranjevanjem želi počutiti čisto, zdravo in naravno. Obsedenost z ustreznim/zdravim prehranjevanjem obolelo osebo ovira in omejuje na vseh življenjskih področjih (ožji in širši medosebni odnosi in socialni stiki, izobraževanje, delo, hobiji in drugo). Zdrava prehrana prevzame vodilno vlogo med vrednotami, hkrati pa oseba z ortoreksijo vrednoti ostale ljudi izrazito na podlagi njihovega načina prehranjevanja.

Obolevajo predvsem ženske v zgodnji in srednji odrasli dobi. Za razliko od AN in BN so odsotni strah pred debelostjo, težnja po vitkosti in motena telesna shema. Ortoreksija vodi, podobno kot druge oblike MH, v podhranjenost, izgubo socialnih stikov in čustvene motnje (11).

Bigoreksija nervoza

Za bigoreksijo nervozo, imenovano tudi mišična dismorfija, je značilna obsedenost s potrebo po mišičastem telesu in izrazito motena telesna shema (kljub pretirano mišičastemu telesu se doživljajo presuhe in premalo možate). V ozadju motnje je nizka samopodoba in slabo samospoštovanje. Obolevajo predvsem moški v obdobju mladostništva in zgodnje odraslosti, ki večino svojega časa preživljajo v fitness studiih, pogosto pa zlorabljajo tudi anabolne steroide, kar še dodatno ojači pridruženo depresivno motnjo in povzroči motnje spolnih funkcij, ki so lahko ireverzibilne (12, 13). Bigoreksija nervoza za zdaj še ni uvrščena v mednarodne klasifikacije bolezni, je pa na seznamu čakajočih, ortoreksija pa je opredeljena med podvrstami anoreksije nervoze (3).

Obravnava motenj hranjenja

Klinične izkušnje potrjujejo, da je oseba z MH, pri kateri se je razvila 24-urna preokupacija s hrano, polna občutkov krivde, sramu in širše življenjske disfunkcionalnosti, tako da se večina obolelih odloči, da ne želijo več živeti na tak način in poiščejo ustrezno strokovno pomoč (povprečno mine od 5 do 6 let od pojava MH preden obolela oseba prvič poišče strokovno pomoč). Od tega trenutka dalje zdravljenje ne služi le vzdrževanju življenja (pomoč pri hranjenju in nadzor nad hranjenjem, infuzije, nazogastrična sonda, psihiatrično in internistično spremljanje) in izvajanju motivacijskega procesa, temveč mora voditi v zdravje (telesno in duševno). Potrebno je torej ločevati med reševanjem življenja in zdravljenjem MH. Slednje je možno le s pristankom obolele osebe, uspešno pa je le ob prisotnosti lastne močne motivacije za zdravljenje. Pomembna je postavitve jasnih indikacij, zlasti za bolnišnično zdravljenje, ter ustrezna selekcija in priprava bolnikov na zdravljenje – motivacijski postopek. Motivirana oseba, ki nima močno izražene klinične slike ene od MH, se lahko vključi v ambulantno, individualno ali skupinsko psihoterapevtsko obravnavo. Za osebo z bolj izraženo in dalj časa trajajočo simptomatiko katere od MH pa je priporočljivo bolnišnično zdravljenje. Osnova zdravljenja oseb z MH je individualna ali skupinska psihoterapija, ki obsega elemente vedenjsko-kognitivne in dinamsko-razvojne psihoterapije. Prva je usmerjena predvsem v obvladovanje simptomatike posamezne MH, druga pa seže globlje in je usmerjena v prepoznavanje vzrokov, ki so do motnje pripeljali, tekom obravnave se spremeni emocionalni odziv na njih in postopoma tudi neustrezni vedenjski vzorci (13). MH so pogosto pridružene tudi druge psihične motnje, najpogosteje so to motnje razpoloženja, boleznin odvisnosti, obsesivno – kompulzivne motnje in osebne motenosti (14, 15, 16). V naštetih primerih je potrebno poleg psihoterapije uporabiti tudi farmakoterapijo. Večinoma se dodaja antidepresive različnih vrst, odvisno od pridružene motnje, pogosto pa tudi atipične nevroleptike, ki prevzemajo vlogo sedativov in hipnotikov (slednjim se

izogibamo zaradi odvisnosti, ki jo povzročajo).

Družina je pomemben dejavnik tveganja za razvoj MH, zato je ključnega pomena, ne samo za vzpostavitev zdravja, temveč predvsem za njegovo ohranitev in preprečevanje ponovitve motnje, da se v obravnavo vključi celotno družino oziroma bližnje (starša, partner/partnerka, sorojenci, skrbniki, itd.).

Zaključek

Motnje hranjenja so čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane. Motivacija je ključnega pomena za uspešno zdravljenje. V terapevtskem procesu je potrebno prepoznati vzroke, ki so pripeljali do MH in posamezniku pomagati, da spremeni svojo čustveno valenco do prepoznanih vzrokov. Posledično ne bo več potrebna uporaba neustreznih in škodljivih vzorcev za izražanje čustvenih stisk.

Osebe, ki so uspešno zaključile zdravljenje pogosto povedo, da je njihovo življenje sedaj bolj polno in kvalitetnejše, saj so spoznale najbolj skrite koticke svoje osebnosti in se jih naučile uporabiti sebi v prid.

Ozdravljenje ne pomeni le odsotnosti simptomov motnje hranjenja, temveč tudi ustrezno psihosocialno funkcioniranje ter posledičen občutek zadovoljstva s svojim življenjem

Literatura

1. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care: An epidemiological study using the general practice research base. *Br J Psychiatry* 1996; 196:705-712.
2. MKB-10: Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995.
3. DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
4. Bulik CM, Brownley KA, Shapiro JR. Diagnosis and management of binge eating disorder. In: *World Psychiatry*, 2007;6(3):142-148.
5. Herzog DB, Dorer DJ, Keel PK, et al. Recovery and Relaps in anorexia and bulimia nervosa: a 7,5 year follow- up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999;38:829-837.
6. Gordon R. In: *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a social Epidemic*. 1st ed. Cambridge: Basil Blackwell, Inc, 1990;1-11.
7. Carr J. Ethno-behaviorism and the culture-bound syndromes. *Culture, medicine and psychiatry* 1978;2:260-293.
8. Sernec K. Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja. *Farmacevtski vestnik*, 2010;61(2):106-109.
9. Lask B, Bryant-Wough R. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. East Sussex: Psychology Press, 2000.
10. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther* 2018;9:17-30.
11. Park SW, Kim JY, Go GJ. Orthorexia Nervosa with Hyponatremia, Subcutaneous Emphysema, Pneumomediastinum, Pneumothorax, and Pancytopenia. *Electrolyte Blood Press*. 2011; 9(1):32-37.
12. Hildebrandt T, Alfano L, Langenbucher JW. Body Image Disturbance in 1000 Male Appearance and Performance Enhancing Drug Users. *J Psychiatr Res*. 2010;44(13):841-846.
13. Sernec K. Motnje hranjenja – bolezen sodobnega časa. V: Sernec K, ur. *Motnje hranjenja: zbornik*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; 2012;145-151.
14. Krug I, Pinheiro AP, Bulik C et al. Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/

- dependence and novelty seeking in eating disorders: comparison study of eating disorder subgroups. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009;63(1) 82-87.
15. Milos GF, Spindler Am, Buddeberg C et al. Axis I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects. *Psychther Psychosom* 2003;72:276-285.
16. Schulze UM, Calame S, Keller F et al. Trait anxiety in children and adolescents with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 2009;14(2-3):163-168.

Predmenstrualni sindrom in duševne motnje v perimenopavzi

Mirela Batta



Povzetek

Že vrsto let opažamo drugačno prezentacijo duševnih motenj glede na spol, kar ima lahko podlago že v bioloških in fizioloških razlikah med ženskami in moškimi, vplivajo pa tudi drugi dejavniki, kot so etničnost, kultura, individualne osebnostne značilnosti itd.. Določene duševne motnje in stanja so specifične in prisotne le pri ženskah, v veliki meri vezane na hormonska nihanja ali posebne biološke okoliščine (adolescenca, nosečnost in poporodno obdobje, predmenstrualno obdobje, prehod v menopavzo). Ne bi pa bilo prav in ni možno etiološko pripisati vseh duševnih motenj oz. stanj, ki se pojavljajo v biološko posebnih obdobjih ženske, le biološkimi (hormonskimi) dejavnikom. To se je žal dogajalo v preteklosti, ko je bila družba še pretirano patriarhalna in so bile ženske podrejene. Preostanek je še vedno prisotna stigmatizacija povsem normalnih dogajanj kot je prehod v menopavzo. Vse, kar je v zvezi z menstruacijo je še vedno tabu. V prispevku so podrobneje opisane značilnosti predmenstrualnega sindroma, njegove težje različice predmenstrualne disforične motnje in duševnih motenj v perimenopavzi ter njihova etiologija, diagnostika in terapija. V zaključku se postavlja vprašanje, v kolikšni meri so specifične »ženske« duševne motnje že raziskane in ali so ustrezno zdravljene ter kako ženske lahko pripomoremo k temu.

Abstract

For many years, we have seen different presentation of mental disorders in relation to gender, which can be based on biological and physiological differences between women and men, but it is also influenced by other factors such as ethnicity, culture, individual personality characteristics, etc. Certain mental disorders and processes are gender specific and present only in women, largely linked to hormonal fluctuations or special biological circumstances (adolescence, pregnancy and postnatal period, premenstrual period, transition to menopause). However, it would not be right and it is not possible to see all mental disorders, conditions that occur in biologically special periods of women, only as biologically (hormonally) caused. Unfortunately, this happened in the past, when society was still too patriarchal and women were subordinated. The remainder is stigmatization of completely normal conditions such as transition to menopause, which is still present. This contribution describes in more detail the characteristics of premenstrual syndrome, its harder version premenstrual dysphoric disorder and mental disorders in perimenopause, as well as their etiology, diagnostics and therapy. In conclusion, the question arises to which extent specific „female“ mental disorders have been researched, whether they are adequately treated and how women can contribute to this.

Uvod

Ženske imajo že glede na svoje fiziološke značilnosti – pomembna nihanja v hormonskem statusu mesečno kot tudi v specifičnih življenjskih obdobjih (adolescenca, nosečnost, poporodno obdobje, perimenopavza) večjo nagnjenost k psihičnim nihanjem, vendar pa k le-tem pomembno prispevajo tudi dejavniki okolja, saj sta socialno pojmovanje spola in spolna identiteta, ki jo ženska prevzame, v veliki meri definirana s strani družbe, v kateri ženska živi. Obenem so lahko pri ženskah prisotne vse duševne motnje kot pri moških, ki pa se lahko kažejo z za ženske tipično prezentacijo, ni pa nujno, saj gre pri vsakem individuumu za zanj specifičen psihološki ustroj, zato je pomembno izogniti se stereotipom, katere so »ženske« duševne motnje. V tem prispevku se bom osredotočila na duševna stanja žensk vezana na mesečna ciklična nihanja in v perimenopavzalnem obdobju.

Predmenstrualni sindrom in predmenstrualna disforična motnja

Predmenstrualni sindrom (PMS) je ciklično ponavljajoči se skupek čustvenih, vedenjskih in telesnih simptomov, ki se pojavijo 1-2 tedna pred menstruacijo, se postopno stopnjujejo, trajajo povprečno 6 dni, dosežejo višek 2 dni pred menstruacijo in izginejo z nastopom menstruacije (1,2). Simptomi se pri različnih ženskah razlikujejo in se tudi pri isti lahko spreminjajo skozi čas. Že po definiciji se ne pojavljajo med nosečnostjo, po menopavzi (razen v primeru histerektomije, ko ostanejo jajčniki intaktni) in nikoli v prvem delu menstrualnega ciklusa, temveč le po ovulaciji, v lutealni fazi (1). Za postavitve diagnoze je potreben stabilen vzorec čustvenih in telesnih simptomov v več ciklih zapored, do te mere, da moti vsakodnevno funkcioniranje ženske (3). Pred postavitvijo diagnoze je potrebno izključiti druge duševne motnje oz. telesne bolezni. 70-90% žensk ima nekatere predmenstrualne simptome, vendar jih le 20-30 % izpolnjuje kriterije za postavitve diagnoze PMS, pri 3-8 % žensk pa je prisotna težja oblika PMS z bolj izraženimi čustvenimi simptomi predmenstrualna disforična motnja (PDM), ki je verificirana psihiatrična diagnoza (F38.8), o kateri bo govora kasneje.

Klinična slika

V sklopu PMS je bilo ugotovljenih več kot 200 simptomov. Pogosti telesni simptomi oz. znaki so ciklične akne, oteklina in občutljivost dojk, občutek napihnjenosti, utrujenost, glavobol, bolečine v križu in sklepih, krči v trebuhu in zaprtje oz. driska. Izmed vedenjskih simptomov izstopa poželenje po specifičnih vrstah hrane ob povečanem apetitu, prisotne pa so tudi motnje v spalnem ritmu in spremembe v spolnem vedenju. Pogosti čustveni simptomi so notranja napetost, znižano razpoloženje, razdražljivost, utrudljivost in čustvena labilnost (1, 4).

Etiologija

Etiologija PMS ni povsem jasna. Vpletenih je več dejavnikov, ti so v osnovi biološki in ne le psihološki in kulturno pogojeni, saj se pojavlja po celem svetu. Pomemben vpliv so verjetno hormonske spremembe med menstrualnim ciklusom, vendar te na nekatere ženske vplivajo bolj kot na druge. Obstaja genetska nagnjenost k pojavu simptomov, ni pa še pojasnjeno, kateri geni so vpleteni (5). Ena izmed teorij je, da gre pri ženskah s PMS za presežek estrogena v primerjavi s progesteronom (2). Po nekaterih teorijah naj bi upad progesterona vplival na spremembo nivoja možganskih nevrottransmiterjev, npr. znižanje GABA, serotonina, preko hipofizno-hipotalamično-ovarijske povratne zanke. Vpleteni naj bi bili tudi endogeni opiat (beta endorfini) - njihova relativna odtegnitev, različni vitamini (D) in elektroliti (kalcij, natrij). Druge teorije ugotavljajo pri ženskah normalne vrednosti spolnih hormonov, vendar povečano odzivnost tkiv na njih, kar vodi v biokemične spremembe v možganih, ki sprožijo PMS (4). Pomemben je vpliv stresa v okolju in preteklih travmatskih dogodkov (6). Dejavniki tveganja za pojav PMS so povečan vnos soli, raba

alkohola in kofeina (3).

Za potrditev PMS ne obstajajo laboratorijske preiskave ali tipične najdbe v somatskem statusu, temveč temelji na samoopazovanju ženske in anamnezi o zgoraj navedenih tipičnih simptomih v ustrezni fazi menstrualnega ciklusa, ki pomembno moti funkcioniranje ženske. Koristno je beleženje simptomov na koledarju za najmanj dva zaporedna ciklusa. Gre za zelo heterogeno in polimorfno motnjo, ki je v preteklosti bila videna predvsem skozi somatske vidike, zaradi iskanja pomoči žensk pri somatskih zdravnikih, v zadnjih letih pa se več s tem ukvarjamo tudi psihiatri. Zaplet oz. težja prezentacija PMS je **predmenstrualna disforična motnja (PDM)**, ki je od leta 1987 uvrščena v mednarodno klasifikacijo duševnih motenj DSM (v zadnji izdaji ICD-10 je pod F 38.8 Druge specifične razpoloženske motnje) (7,8).

Diagnostični kriteriji za postavitve diagnoze PDM so (DSM-5) (8):

Kriterij A: v večini menstrualnih ciklusov v zadnjem letu je prisotnih najmanj 5 izmed 11 naštetih simptomov (od tega je prisoten najmanj 1 izmed prvih 4) v zadnjem tednu pred nastopom menstruacije, izzvenijo v nekaj dneh po pričetku menstruacije in so minimalni oz. odsotni v tednu po menstruaciji:

1. labilnost (npr. razpoloženska nihanja)
2. razdražljivost ali jeza
3. depresivno razpoloženje
4. anksioznost in napetost
5. znižan interes za običajne dejavnosti
6. motnje zbranosti
7. utrujenost in pomanjkanje energije
8. spremembe apetita (npr. prenajedanje ali poželenje po specifični hrani)
9. pretirano spanje ali nespečnost
10. občutki preobremenjenosti ali izgube kontrole
11. telesni simptomi (npr. občutljivost ali otekanje dojk, bolečine v mišicah in sklepih, občutek napihnjenosti in pridobitve telesne teže)

Kriterij B: prisoten mora biti en (ali več) izmed naštetih simptomov:

1. čustvena labilnost (npr. razpoloženska nihanja, nenaden občutek žalosti ali jokavost ali povečana občutljivost na zavrnitev)
2. razdražljivost ali jeza ali zvišani medosebni konflikti
3. depresivno razpoloženje, občutki obupa ali samozaničevalne misli
4. anksioznost, napetost in/ali občutki ujetosti ali na robu

Kriterij C: dodatno mora biti prisoten en (ali več) izmed naštetih simptomov, skupaj 5 simptomov v kombinaciji s simptomi kriterija B:

1. znižan interes za običajne dejavnosti (npr. delo, šola, prijatelji, hobiji)
2. subjektivne težave pri zbranosti
3. utrujenost, hitra utrudljivost ali pomanjkanje energije
4. spremenjen apetit, prenajedanje ali poželenje po specifični hrani
5. pretirano spanje ali nespečnost
6. občutek preobremenjenosti ali izgube kontrole
7. telesni simptomi kot npr. občutljivost ali otekanje dojk, bolečine v mišicah ali sklepih, občutek napihnjenosti ali pridobitve telesne teže

Kriteriji A-C morajo biti izpolnjeni za večino menstrualnih ciklusov v zadnjem letu.

Kriterij D : Simptomi povzročajo pomembno subjektivno stisko oz. motijo funkcioniranje pri delu, v šoli, običajnih dejavnostih ali v medosebnih odnosih (npr. izogibanje družabnih dejavnosti, zmanjšana produktivnost in učinkovitost pri delu, v šoli ali doma).

Kriterij E: Izključiti je potrebno sočasno prisotnost oz. poslabšanje simptomov katere izmed drugih motenj, npr. depresivne motnje, panične motnje, distimije ali le osebnostne motnje (čeprav je ta lahko komorbidna ob vseh naštetih motnjah).

Kriterij F: Kriterij A mora biti potrjen s prospektivnim dnevnim ocenjevanjem med vsaj dvema simptomatskima ciklusoma. (Se pa lahko postavi že pred tem začasna delovna diagnoza).

Kriterij G: Simptomov ni možno pripisati fiziološkim učinkom določene snovi (npr. snovi, ki jo oseba zlorablja, zdravila ali druge zdravilne snovi) ali drugi bolezni (npr. hipertiroidizem).

Diferencialna diagnostika

Pri diferencialni diagnostiki je pomembno upoštevati časovni potek simptomov. Simptomi PDM so prisotni le pri ženskah z ovulatornimi menstrualnimi ciklusi, ne pojavljajo se med nosečnostjo in po menopauzi. Druge razpoloženske motnje se kažejo skozi vso življenjsko obdobje neodvisno od prisotnosti menstruacij. V lutealni fazi se lahko okrepijo simptomi obsesivno kompulzivne in bipolarne motnje, shizofrenije, zapleti v sklopu odvisnosti oz. praktično vsake duševne motnje. Potrebno je izključiti tudi druga obolenja, npr. sindrom kronične utrujenosti, fibromialgijo, sindrom razdražljivega črevesa in migreno.

Terapija

Pri obvladovanju PMS in še posebej PDM, ki je za ženske izrazito obremenjujoča, so bili poskušani že različni pristopi. Če gre za blago motnjo, se priporoča zmanjšanje vnosa soli, kofeina in manj stresa ob povečanju gibanja. Nekaterim koristijo dodatki kalcija in D vitamina (1). Pri telesnih simptomih so koristni analgoantirevmatiki. Psihatri se spopadamo s težjimi motnjami – PDM, pri katerih intermitentno predpisujemo največkrat serotonergične antidepresive (SSRI) kot so fluoksetin, sertralin, paroksetin in escitalopram le v lutealni fazi, nekateri pa predpisujejo tudi venlafaksin, serotonergično-noradrenergični antidepresiv (SNRI). Stanje se izboljša 1-2 dni po pričetku jemanja SSRI do 50%, pri venlafaksinu celo 60 do 80% v primerjavi s placebom (10). Koristno je lahko tudi predpisovanje anksiolitikov (BZD - alprazolam) za krajši čas, vendar pri tem obstaja tveganje, da se sčasoma razvije zloraba zdravila tudi izven lutealne faze, zato je zelo pomembna edukacija pacientk o učinkih BZD (5, 9, 10,11). Študije pri podganah nakazujejo, da je hiter odziv na SSRI posledica dviga nivoja nevroativnega metabolita progesterona alopregnanolona v možganih (oba delujeta na GABAA receptorjih), ne pa dviga serotonina (12). Pri izrazitih simptomih se predpisujejo oralni kontraceptivi (etinilestradiol, drospirenon), ki zavrejo ovulacijo in s tem ne pride do lutealne faze, v kateri se PMS izraža (3). Agonisti gonadotropin sproščajočega hormona (GnRH) so lahko koristni, vendar imajo potencial za neželene učinke, saj ustvarijo začasno menopavzi podobno stanje (13).

Med **psihoterapevtskimi** pristopi je dokazano učinkovita vedenjsko - kognitivna terapija (VKT) kot dodatek serotonergičnemu antidepresivu. VKT je z dokazi podprt pristop pri zdravljenju depresije in se osredotoča na povezavo med čustvovanjem, mišljenjem in vedenjem. Ob VKT obravnava pacienti zmorejo boljše obvladovati ponavljajoče se težave in vzorce vedenja ter mišljenja, ki ovirajo njihovo optimalno funkcioniranje (14,15).

Kadar je medikamentozno zdravljenje neučinkovito ali povzroča pomembne neželene učinke,

je lahko **kirurška** odstranitev jajčnikov hitra in trajna metoda zdravljenja. Običajno se odstrani tudi maternico, pacientki pa se predpiše nizko-dozni estrogenski obliž za zmanjšanje simptomov kirurško sprožene menopavze (16).

Kot **alternativno zdravljenje** se lahko uporabljajo nekateri prehranski dodatki. Posamezne študije so bile narejene s kalcijevim karbonatom, šentjanževko, ginkom in prstasto konopljiko (*Vitex agnus castus*). Še najbolj obetajo dodatki kalcija, ginko in prstasta konopljika, za šentjanževko pa še ni dovolj podatkov (17). Za nekatere so koristne relaksacijske tehnike, joga, akupunktura ipd.

Duševne motnje v perimenopavzi

Srednje življenjsko obdobje je čas klimakterija - prehoda, tako ženskega kot moškega, za katero je značilno znižanje biološkega in fiziološkega funkcioniranja. Za razliko od žensk pri moških ni jasnega mejnika kot je nastop menopavze pri ženskah, saj moški hormonski status ostaja relativno stabilen tudi skozi 40. in 50. leta, vendar se morajo moški ravno tako prilagoditi postopnim telesnim spremembam. Njihova kriza je lahko blaga ali huda, kaže se lahko z nenadnimi drastičnimi spremembami na delovnem ali partnerskem področju, hudo depresijo, zlorabo alkohola ali drog oziroma z uvedbo alternativnega življenjskega sloga (18). Osredotočili se bomo na dogajanje v ženskem klimakteriju, prehodu v menopavzo, ki ga lahko imenujemo tudi perimenopavza.

Perimenopavza je po definiciji obdobje od nastopa sprememb v trajanju menstrualnega ciklusa, ki se skrajša ali podaljša za najmanj 7 dni, do nekaj let po zadnji menstruaciji. Perimenopavza traja povprečno 2 – 5 let in se deli na zgodnjo perimenopavzo, ko je menstrualni cikel nereden, vendar načeloma še prihaja do mesečnih krvavitev, in pozno perimenopavzo (1 -3 leta), ko so obdobja amenoreje vse daljša in trajajo 2 do 11 mesecev. 1 leto po zadnji menstruaciji uradno nastopi menopavza (19). Posamezna obdobja so povezana z natančno določenimi hormonskimi spremembami. V bistvu gre za počasno izgubo ovarijske funkcije – zmožnosti, da se na stimulacijo folikel stimulirajočega hormona (FSH) ovariji odzovejo s produkcijo estrogena. Sledi izguba vseh učinkov estrogena. Ni pa edini vpleteni hormon, pri katerem se pojavijo nepravilnosti, o tem več kasneje. V povprečju se perimenopavza prične pri 47, preide v pozno perimenopavzo pri 49 in menopavza nastopi pri 51 letih. Menopavzalni simptomi imajo visoko prevalenco, do 90 %. Večina žensk poišče pomoč pri zdravniku (20).

Klinična slika

Poleg somatskih simptomov se v perimenopavzi pojavljajo tudi psihični. V somatskem stanju so tipični nočno potenje, vročinski valovi, glavobol in izguba učinkov estrogena (suha nožnica, dispareunija, zmanjšan libido, osteoporoza, ateroskleroza, spremembe v metabolizmu kalcija in lipidov...). Mnoge psihične simptome pripisujejo perimenopavzi in sicer anksioznost, napetost, utrujenost, čustvena labilnost, razdražljivost, depresivnost, omotica in nespečnost (21), vendar se v tem obdobju lahko prvič pojavi ali poslabša katerakoli druga (težja) duševna motnja, npr. bipolarna razpoloženska motnja, shizofrenija, kar je potrebno ustrezno diagnosticirati in zdraviti, ne pa težave avtomatsko stlačiti v perimenopavzalni predal. Tveganje za pojav depresije je v perimenopavzi povečano, ne glede na to, ali je ženska predhodno že bila depresivna (22). Pri predhodni depresiji je tveganje za ponovitev depresije v perimenopavzi do 5x večje kot v ostalih življenjskih obdobjih, brez predhodne depresije je 2-4 x večje (23), tako da je incidenca depresije pri ženskah v srednjem obdobju življenja 8–40 % (24). Incidenca depresije v življenju pri ženskah je sicer okoli 20 % (okoli 10 % pri moških). Več depresivnih simptomov so opažali v zgodnji perimenopavzi. Nasprotno pa v postmenopavzi ni povečanega tveganja za depresijo (19, 24).

Pomembno je ločiti posamezne anksiozne in depresivne simptome, ki se pojavljajo pri večini žensk v perimenopavzi, od resnih duševnih stanj, ki zadoščajo kriterijem za postavitev diagnoze depresivna motnja. Specifične diagnoze za depresijo in/ali anksioznost, ki bi bila vezana na

perimenopavzo ni. Uporabljajo se iste diagnoze kot v drugih življenjskih obdobjih. Poleg posameznih depresivnih epizod (blaga, zmerna, huda in huda s psihotičnimi simptomi), ponavljajoče se depresivne motnje (prav tako z oznako globine epizode) uporabljamo tudi diagnoze mešana anksiozna in depresivna motnja, distimija, cel spekter anksioznih motenj, prilagoditvena motnja in drugih stresno pogojenih motenj.

Simptomi depresivne motnje so (8):

1. znižano - depresivno razpoloženje,
2. zmanjšan interes ali zadovoljstvo pri skoraj vseh dejavnostih,
3. izguba apetita in zmanjšanje telesne teže (5 % mesečno), lahko tudi povečan apetit,
4. nespečnost ali pretirana potreba po spanju,
5. psihomotorična agitacija ali zavrtost,
6. utrujenost ali izguba energije,
7. občutki brez vrednosti ali hude krivde, lahko vse do blodnjavosti,
8. zmanjšana sposobnost mišljenja oz. osredotočanja misli in neodločnost,
9. ponavljajoče razmišljanje o smrti, samomorilne ideje brez načrta, specifičen načrt za izvršitev samomora ali že samomorilni poskus.

Najmanj 5 simptomov je prisotnih skoraj vsak dan ali večji del dneva najmanj 2 tedna. Sem ne sodijo depresivna stanja kot posledica kakšne organske bolezni, zdravljenja neke bolezni ali stanja, ali ki so posledica zlorabe drog in alkohola. Simptomi se lahko med seboj prepletajo in sovplivajo, npr. vročinski valovi in nočno potenje motijo spanje in prispevajo k pojavu depresije.

Etiologija

Perimenopavza je povezana z globokimi reproduktivnimi in hormonskimi spremembami, ki sovpadajo z obdobjem velikih sprememb v družinskem življenju pa tudi osebnostnih sprememb srednjega življenjskega obdobja ženske. Videti psihološko dogajanje pri ženski v tem obdobju le skozi prizmo hormonskih in telesnih sprememb, bi bilo enostransko in omejeno. V etiologiji perimenopavzalnih duševnih motenj je vpletenih več dejavnikov, ni pa še povsem jasne razlage etiologije. Gre najverjetneje za sovplivanje povečane ranljivosti za stres ob stresnih življenjskih dogodkih in/ali genetski oz. osebnostni ranljivosti za depresijo (19, 24).

Dejavniki perimenopavzalnih duševnih motenj so:

- genetski: kratek alel za polimorfizem ponovitev citozin-adenin na genu za estrogenski receptor beta, ta integrira z vplivi okolja.
- hormonski: estradiol, folikle stimulirajoči hormon (FSH), luteinizirajoči hormon (LH), dehidroepiandrosteron (DHEA). Estrogenski receptorji so po celem telesu, vključno z možgani. Estrogen zvišuje nivo serotonina in noradrenalina, na ta način uravnava razpoloženje. Nihanje oz. upad, še posebej hiter upad, estrogena vpliva na pojav depresije. Podobno zvišanje oz. hitro zvišanje FSH, kar je znak ovarijskega staranja, sproža depresijo. Depresivne perimenopavzalne ženske imajo nižji jutranji nivo DHEA. Ne gre samo za znižanje nivoja hormonov, pomembna je intenziteta hormonskih nihanj in trajanje le-teh. Ena izmed razlag je, da neurosteroidi, derivati progesterona (alopregnanolon) spremenijo GABAergično (GABA-glavni inhibitorni neurotransmitter) modulacijo hipotalamično-hipofizno-suprarenalne osi. Ob tem je oseba bolj občutljiva za stres (19).
- psihološki in sociokulturni: šibkejša osebnost - večja ranljivost za stres, slabša samopodoba, anamneza spolne zlorabe, družinska oz. predhodna anamneza depresije in/ali anksiozne

motnje, negativna čustva do staranja in menopavze, socialna izolacija – pomanjkanje čustvene podpore, razočaranje ob izgubi reproduktivne sposobnosti, sočasne izgube ali velike spremembe (izguba staršev, osamosvajanje otrok), visoke obremenitve (skrb za otroke in starše ter delovne obveznosti), kajenje, neaktiven življenjski slog, starost, višji indeks telesne mase (ITM), psihološki vpliv hudih somatskih perimenopavzalnih simptomov (vazomotorni, nespečnost), nižji socio-ekonomski status (brezposelnost), etničnost oz. kultura (več simptomov pri belkah, manj pri latino-, afroameričankah in azijskih)...

Terapija

Zdravljenje naj bo individualizirano. Pri blažjih težavah se priporočajo spremembe prehrane (izogibanje alkoholu in začinjeni hrani), telesna aktivnost in simptomatsko zdravljenje. Če to ne zadošča in se je razvila evidentna depresija, je smiselno najprej uporabiti psihoterapevtske in socioterapevtske ukrepe. V psihoterapiji je smiselna eksploracija življenjskih obdobij, pomena staranja in reprodukcije za pacientko ter spodbujanje pacientke, da menopavzo sprejme kot normalen življenjski dogodek in da razvija nove interese, dejavnosti in načine zadovoljitve potreb. Priporoča se vedenjsko-kognitivna terapija (VKT) kot monoterapija ali v kombinaciji z antidepresivi, če gre za globljo depresijo, noradrenergičnimi (SNRI-venlafaksin), serotonergičnimi (SSRI) in drugimi. SNRI naj bi bili bolj koristni, saj umirjajo tudi vazomotorične simptome. Za obvladovanje vazomotoričnih simptomov so preizkušali klonidin in gabapentin. Če so perimenopavzalni simptomi, vključno s psihičnimi, blažji do zmerni in je njihov začetek jasno povezan s pričetkom nerednih menstruacij, je smiselna uvedba hormonskega nadomestnega zdravljenja kot monoterapija (3-6 tednov), če ni kontraindikacij. Hormonska terapija se lahko kombinira z antidepresivi, glede na globino depresije. Mnenja o nujnosti in smiselnosti uvajanja hormonske terapije pri perimenopavzalnih duševnih motnjah so še deljena. Smiselna je morda 3 mesečna poskusna uvedba hormonske terapije zaradi razjasnitve vloge hormonov pri etiologiji duševne motnje. Hormonska terapija ni učinkovita pri zdravljenju postmenopavzalne depresije (21, 22, 24).

Zaključek

Tako PMS/PDM kot menopavze se v naši družbi drži stigma, da je to nekaj privatnega, o čemer se ne govori. Celo ženske se verjetno premalo pogovarjajo med seboj o svojih težavah in si premalo nudijo podporo ter transgeneracijski prenos pozitivnih sporočil o svojem telesu. PMS so sprva obravnavali kot namišljeno bolezen in ženskam na pritožbe o simptomih odvrnili, da je »vse v njihovi glavi«. Še pred manj kot 100 leti so seksistična videnja motnje priporočala, naj ženske ne zapuščajo svojega privatnega okolja v času, ko so njihovi reproduktivni organi domnevno prevzeli kontrolo nad njimi. Feministke so temu nasprotovale in dokazale, da ženska lahko funkcionira v širšem družbenem okolju, ne glede na svoje telesne funkcije. Dolgo je bila motnja relativno neznana, neraziskana in slabo definirana ter temu primerno nezdravljena. Prvič je bil uporabljen izraz PMS 1953 (Dalton in Greene, British Medical Journal) (18). Od takrat je kontinuirano prisoten v pop kulturi, bolj kot so se z njim ukvarjali v sklopu medicinskih raziskav. Te so se začele, šele ko je farmacevtsko podjetje Eli Lilly 1995 financiralo veliko raziskavo fluoksetina kot potencialne terapije (25). Kot diagnostična kategorija je bila PDM predlagana 1987 za raziskovalne namene. V javni diskusiji o PMS in PDM so se pojavljala nasprotujoča si mnenja, da je PMS socialni konstrukt, produkt zahodnjaške družbe, ki sam sebe pospešuje, več kot se z njim javno ukvarjamo in da so ženske same prispevale k videnju PMS kot bolezni, ki jim je priročen izgovor za jezo, žalost in odklonska vedenja, in ki utrjuje priučeno nemoč. Medikalizacija motnje naj bi bila neustrezna, saj lahko škoduje ženskam ekonomsko, politično, pravno in v družinskih odnosih. »Izum« motnje naj bi bil le plod želje po zaslužku farmacevtskih podjetij. Vendar nič izmed tega ni bilo jasno dokazano (26, 27). Tudi menopavze se držijo stereotipi in zablode (28), da je to začetek starosti, konec kvalitetnega

življenja, da gre za bolezen, s katero ženska izgubi svojo ženstvenost, družbeno in družinsko vlogo in da se s tem zaključí spolno življenje. Pojavljajo se strahovi o izgubi razuma in razvoju demence ob soočanju s prehodnimi kognitivnimi motnjami v sklopu anksioznosti in depresije ter iracionalni strahovi pred hormonsko nadomestno terapijo, čeprav lahko marsikomu zelo pomaga. Strahovi in iracionalne ideje so prisotni, kjer je premalo znanja, opravljenih raziskav. Verjetno bi te bile opravljene že veliko prej, če bi moški bili nosilci teh simptomov. Glede na to, da so bile ženske skozi zgodovino premalo zdravljene in neustrezno obravnavane z izjavami, da je »vse v njihovi glavi«, je bila v zadnjih desetletjih podprta uvrstitev diagnoze PDM v DSM-5 z namenom, da se v prihodnje pridobi več sredstev za raziskave, diagnosticiranje in zdravljenje. V veliki meri je tudi od nas žensk samih odvisno, kako se bomo v prihodnje kot družba soočali s PMS in perimenopavznimi stanji, saj ženske (vsaj statistično) predstavljamo 50 % potenciala družbe.

Literatura

1. Biggs WS, Demuth RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *American Family Physician*. 2011;84:918–24.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry*. 8. izd. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1997;528,808-9.
3. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. *American Family Physician*. 2003;67:1743–52.
4. Yonkers KA, O'Brien PMS, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet*. 2008;371:1200-10.
5. Steiner M, Pearlstein T, Cohen LS. Expert guidelines for the treatment of severe PMS, PMDD, and comorbidities: the role of SSRIs. *J Womens Health*. 2006;15:57–69.
6. Epperson CN, Hantsoo L. Menstruation and Premenstrual Dysphoric Disorder: Its Impact on Mood. *Women's Reproductive Mental Health Across the Lifespan*. Cham: Springer; 2014;49-72.
7. ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10. izdaja. Geneva: World Health Organization; 2004.
8. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. 5. izdaja. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
9. Jarvis C, Lynch AM, Morin AK. Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *Ann Pharmacother*. 2006;22:967-78.
10. Freeman EW, Rickels K, Yonkers KA et al. Venlafaxine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Obstetrics and gynecology*. 2001;98:737-44.
11. Bhatia SC, Bhatia SK. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *American Family Physician*. 2002;66:1239-48.
12. Fry JP, Li KY, Devall AJ et al. Fluoxetine elevates allopregnanolone in female rat brain but inhibits a steroid microsomal dehydrogenase rather than activating an aldo-keto reductase. *British Journal of Pharmacology*. 2014;171:5870-80.
13. Yonkers KA, Simoni MK. Premenstrual disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018;218:68-74.
14. Lustyk MK, Gerrish WG, Shaver S et al. Cognitive-behavioural therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2009; 12:85-96.
15. Hunter MS, Ussher JM, Cariss M et al. Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive – behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder: a study of treatment processes. *J Psychosom Res*. 2002;53:811-7.
16. Reid RL. When should surgical treatment be considered for premenstrual dysphoric disorder? *Menopause International*. 2012;18:77-81.
17. Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D et al. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. *American Journal of Obstetrics and*

- Gynecology. 1998;179:444-52.
18. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 8. izd. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1997. 51-2.
 19. Gordon JL, Girdler SS, Meltzer-Brody SE et al. Ovarian Hormone Fluctuation, Neurosteroids and HPA Axis Dysregulation in Perimenopausal Depression: A Novel Heuristic Model. *Am J Psychiatry*. 2015;172: 227-36.
 20. Santoro N. Perimenopause: From research to Practice. *Journal of Women's Health*. 2016; 25:332-8.
 21. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 8. izd. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1997. 809.
 22. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2016;61:588-603.
 23. Freeman EW. Association of depression with the transition to menopause. *Menopause*. 2010;17:823-7.
 24. Garcia-Portilla MP. Depression and Perimenopause: a review. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009; 37: 213-21. 18. Greene R, Dalton KD. The Premenstrual Syndrome. *British Medical Journal*. 1953;1:1007-14.
 25. Steiner M, Steinberg S, Stewart D et al. Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. *New England Journal of Medicine*. 1995;332:1529-34.
 26. Offman A, Kleinplatz PJ. Does PMDD Belong in the DSM? Challenging the Medicalization of Women's Bodies. *Canadian Journal of Human Sexuality*. 2004;13:350-64.
 27. Hartlage SA et al. Addressing concerns about the inclusion of premenstrual dysphoric disorder in DSM-5. *J Clin Psychiatry*. 2014;75:70-6.
 28. Dostopno na www.menopause.newlifeoutlook.com/menopause-stigma/2/

Izgorelost

Borjana Kremžar Jovanović



Izveček

Izgorelost je stanje psihofizične in čustvene izčrpanosti, cinizma in občutkov manjvrednosti. Pojavi se kot posledica dolgotrajnega stresa na delu in predstavlja pomemben problem današnjega časa. Strategije soočanja imajo vodilno vlogo pri preprečevanju in obvladovanju poklicne izgorelosti.

Ključne besede: izgorelost, stres, preventiva izgorelosti, zdravljenje izgorelosti, izgorelost pri zdravstvenih delavcih

Abstract

Burnout is a state of psychophysical and emotional exhaustion, feelings of cynicism and a reduced sense of self-fulfillment. It arises as a result of long-lasting interpersonal factors of stress at work and is an important problem of our time. Burnout coping strategies have leading role in prevention and management of occupational burnout.

Key words: burn out, stress, burnout prevention, burnout treatment, burnout in health professionals

Uvod

Definicija

Avtorji definirajo izgorevanje na različne načine, vendar se večina raziskovalcev naslanja na multifacetno definicijo, ki jo je razvila Maslachova s sodelavci (8). Po tej definiciji je izgorelost stanje psihofizične in čustvene izčrpanosti, cinizma in občutkov manjvrednosti, ki se pojavi kot posledica dolgotrajnih prepletenih dejavnikov stresa na delu (11). Dimenzija emocionalne izčrpanosti se kaže kot občutek izpraznjenih čustvenih zalog, pomanjkanja energije in pretirane občutljivosti. Cinizem (dimenzija se je prvotno imenovala depersonalizacija) se odraža kot negativna oziroma cinična stališča do dela in do ljudi nasploh. Izgoreli posameznik se do sodelavcev in do klientov vede kot do predmetov. Delo ga osebno ne izpolnjuje, svojega dela ne ocenjuje pozitivno, meni, da je na poklicnem področju nekompetenten in neuspešen (6, 8, 11). V mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB 10) je izgorelost uvrščena pod šifro Z 73.0, medtem ko je v DSM V (torej v zadnji klasifikaciji duševnih motenj) ne najdemo.

Potek izgorevanja

Izgorevanje se lahko razvija postopno in ves čas napreduje, lahko pa prihaja tudi v valovih. Različni avtorji govorijo o različnem številu faz izgorevanja, najbolj se je uveljavil model treh stopenj (10). V prvi stopnji izgorevanja (faza aktivacije) se poveča raven hormonov adrenalina, noradrenalina in kortizola. Oseba ne prizna občutka kronične utrujenosti, ignorira prve znake izgorelosti (potenje, tresenje, razbijanje srca, telesni nemir). Obdobju povišanega stresa ne sledi obdobje dovolj dolge regeneracije, ki bi nivo stresnih hormonov znižala na normalo, pač pa posameznik nadaljuje v tempu povišanega stresa in tako preide v drugo ali celo tretjo fazo izgorelosti (10). Na drugi stopnji izgorevanja (faza odpora) se kažejo začetni znaki izčrpanosti. Še vedno je stalno povišana raven stresnih hormonov. Lahko so še navzoči simptomi iz faze aktivacije (potenje, tresenje, grizenje nohtov, potreba po govorjenju) in dodatni simptomi povišanega krvnega sladkorja, krvnega tlaka, motnje v spolnosti, motnje spanja, vrtoglavica, odpor do dejavnosti in oseb ter povečana agresivnost. Če posameznik še vedno nadaljuje z delom in življenjem v enakem tempu, preide v tretjo fazo izgorevanja (faza izčrpanosti). V tej fazi se izčrpa tudi delovanje žlez, ki morajo vzdrževati stalno povišano raven stresnih hormonov. Nivo stresnih hormonov se zato lahko zniža, imunski sistem oslabi, zaradi česar se poveča nagnjenost k okužbam. Občutek izčrpanosti je lahko neznosen, pojavijo se funkcionalne težave s srcem, prebavne težave, občutki obupanosti (lahko tudi misli na samomor), izbruhi agresije in/ali globoka resignacija (10).

Vzroki izgorelosti

Do izgorelosti lahko pride zaradi dolgotrajne izpostavljenosti močnemu stresu, nanjo pa vplivajo individualni (npr. osebnostne značilnosti posameznika) in situacijski pogoji posameznikovega dela. Maslachova in Leitner (6) sta z analizo raziskovalne literature identificirala šest ključnih faktorjev tveganja na organizacijskem nivoju. Ti faktorji so delovna obremenjenost (kvalitativna in kvantitativna preobremenjenost), kontrola (posameznikova zaznana kapaciteta, da vpliva na svoje delo in poklicno avtonomijo), nagrada (nezadostna nagrada, tako intrinzična kot zunanja, vpliva na posameznikovo vulnerabilnost za izgorelost), skupnost (prisotnost oziroma pomanjkanje socialnega supporta, splošna kvaliteta socialnih interakcij na delovnem mestu), pravičnost (v kolikšni meri so odločitve v službi zaznane kot pravične oziroma enakopravne) in nenazadnje vrednote. Kot omenjata Leitner in Maslach (6) na področju vrednot ni bilo veliko raziskanega, vendar sodobne študije ugotavljajo, da bi lahko imele vrednote ključno vlogo pri napovedi nivoja izgorelosti. Zaenkrat še ni povsem jasno, kateri faktorji so pomembnejši v napovedi izgorelosti, vsekakor pa ni dvoma o tem, da

med sabo niso neodvisni (6).

Ob situacijskih faktorjih predstavljajo rizične dejavnike za izgorelost tudi individualne značilnosti posameznikov. Raziskave ugotavljajo, da je vpliv teh manjši kot vpliv situacijskih dejavnikov. Maslachova zaključuje, da je izgorelost bolj socialni fenomen kot individualni, vendar individualnih vplivov ne smemo zanemariti. S povišano stopnjo tveganja za izgorelost se tako povezujejo nevroticizem, anksioznost, občutljivost in depresivnost (13), prav tako pa tudi osebne značilnosti »tipa A«, nizka samopodoba, zunanji lokus kontrole ter pasivno-defenzivni tip funkcioniranja (6). Rezultati raziskav niso enotni v tem, katera demografska skupina je izgorelosti najbolj podvržena. Nekatere študije kažejo na povezavo med izgorelostjo in starostjo, vendar niso konsistentne. Medtem ko ene študije kažejo na to, da je izgorelosti več med mladimi (6), druge študije ugotavljajo, da je izgorelosti več med starejšimi (11). Ženske naj bi bile bolj podvržene čustveni izčrpanosti, medtem ko naj bi moški dosegali višje rezultate na dimenziji cinizma (6). Večje tveganje za izgorelost naj bi imeli neporočeni (tudi v primerjavi z ločenci) in tisti, ki nimajo otrok. Glede na doseženo stopnjo izobrazbe naj bi bili najbolj izpostavljeni visoko izobraženi na delovnih mestih z veliko mero odgovornosti (8).

Specifični obremenilni dejavniki v poklicih nudenja pomoči

Pri posameznikih, ki imajo pri svojem delu opraviti z ljudmi (še posebej, če so ti v stiski ali imajo težave), gre pri izgorelosti za odziv na kronično čustveno obremenitev pri nenehnem delu z ljudmi (7).

Joerg Fengler opisuje posebne značilnosti izgorevanja pri skupni poklicev, ki se ukvarja z nudenjem pomoči. Med specifičnimi dejavniki navaja samoobremenitev, obremenitev s strani klientov, obremenitev v timu in obremenitve s strani institucije. V današnjem času in prostoru sta med najbolj perečimi iz slednje skupine pomanjkanje osebja in preveliko število klientov, oboje ima za posledico povišane obremenitve. Posamezniki, ki imajo pri svojem delu opraviti z ljudmi, pogosto niso deležni nikakršne podpore, nemalokrat občutijo celo odkrito obsojanje (1). Do izgorelosti pride hitreje, kadar sta delovni in bivalni prostor strokovnjaka identična (npr. stanovanje na območju klinike ali zavoda). V tem primeru je posameznik tudi v prostem času dosegljiv in vnaša kontaminacije iz službe dan za dnem v svoj prosti čas. Tako je izpostavljen psihičnim obremenitvam štiriindvajset ur na dan. Z ogroženostjo za izgorelost je povezanih več delovnih pogojev (7) in sicer otopelost in rutina med delom, preveč terminov in časovni pritisk pri prvih korakih v prakso, netočna informacija o tem, kaj lahko začetnik od svojega dela pričakuje, togo urejanje in birokratizacija lastne dejavnosti, slabi odnosi s kolegi in nadrejenimi ter pomanjkanje priložnosti za odkrit pogovor in podporo (1). Inštitut za varovanje zdravja je leta 2006 objavil rezultate študije o izgorelosti, opravljene med zdravstvenimi delavci v slovenskih zdravstvenih ustanovah. Slovenske zdravnike naj bi v povprečju najbolj obremenjevali natrpan urnik, splošne zdravnike pa predvsem zahtevnost bolnikov. Za medicinske sestre je najbolj stresno delo z zelo bolnimi osebami ali njihovimi svojci, delo z zelo zahtevnimi ali nemotiviranimi bolniki, pomanjkanje podpore nadrejenih in sodelavcev ter pogosto soočanje s smrtjo (7).

V eni od največjih študij (4), narejeni na vzorcu 7288 ameriških zdravnikov, avtorji ugotavljajo najvišjo stopnjo izgorelosti med urgentnimi zdravniki (52%) in med zdravniki na oddelkih intenzivne terapije (50%), medtem ko je najnižji nivo izgorelosti (sicer še vedno visok) prisoten med psihiatri (33%) in patologi (32%). Študija je pokazala, da se najvišja stopnja depersonalizacije pojavlja na začetku kariere in upada z leti. Emocionalna izčrpanost je najvišja v sredini kariere, medtem ko imajo največ konfliktov med delom in ostalim življenjem zdravniki na začetku poklicne poti. Glede na izsledke študije zdravniki doživljajo izgorelost že tekom študija (43% doživlja vsaj en simptom izgorelosti), medtem ko simptome izgorelosti med specializacijo doživlja med 27 do 75% zdravnikov, 29% ima simptome depresivnosti. Med zdravstvenimi delavci je disproportionalno višji nivo tveganja za razvoj izgorelosti kot pri ostalih stresnih poklicih. Med zdravniki in ostalimi zdravstvenimi delavci

so v kontekstu izgorelosti najbolj ogroženi perfekcionistični, idealistični in pretirano odgovorni posamezniki. Med situacijskimi in organizacijskimi faktorji izgorelosti pri zdravstvenih delavcih je pomembno število ur, ki jih posameznik opravi na teden. Pri 60 urnem tedenskem delovniku je prevalenca izgorelosti 30%, medtem ko pri 60 do 80 urnem delovniku naraste na 44%. Prav tako je za razvoj izgorelosti pomemben konflikt med službenimi in družinskimi obveznostmi, ki vključuje težave z varstvom otrok, motnje v družinskih aktivnostih, izpuščanje družinskih obrokov, pomanjkanje časa za družino in/ali partnerja. Stopnja izgorelosti je najvišja v družinah dveh zdravnikov, predvsem v zakonih dveh kirurgov (4). Izgoreli zdravniki z večjo verjetnostjo menjajo službe ali se hitreje upokojijo, imajo zakonske ali partnerske težave, motnje razpoloženja, suicidalne misli ter težave z zlorabo psihoaktivnih snovi.

Zaradi omenjenih dejavnikov je tudi pri zdravstvenih delavcih pomembna preventiva izgorelosti. Prvi korak v preventivi je samozavedanje in osredotočenost nase. Odgovorni, predani posamezniki pogosto zanemarjajo svoje potrebe in dajejo prednost pacientovim potrebam pred svojimi. Zato je že enostavno dejanje prepoznave potencialnih rizičnih dejavnikov za izgorelost pomemben korak. Naslednji korak v preventivi je osnovna skrb za lastno psihofizično zdravje (nasveti, ki jih zdravstveni delavci pogosto dajejo pacientom, nase pa pozabijo). Gre za ukrepe, ki vključujejo higieno spanja, redno gibanje, socializiranje, ohranjanje stikov z družino in prijatelji ter redne dopuste. V času dopusta je nujno, da se posameznik odklopi od delovnih obveznosti. Ob individualnih so pomembni tudi organizacijski oziroma sistemski preventivni ukrepi npr. programi za obvladovanje stresa, odmori osebja, supervizije, kompetentno vodenje, pozitivno delovno okolje oziroma pozitivna delovna klima (4), na katere pa ima posameznik manj vpliva.

Posledice izgorelosti

Izgorelost je pogosto povezana z negativnimi posledicami na samem delu. Te vključujejo nezadovoljstvo z delom, slabo pripadnost organizaciji, absentizem in željo po zapustitvi službe (6). Izgoreli posamezniki imajo pogosto negativen vpliv na sodelavce, prav tako imajo njihove težave negativen vpliv na družinsko življenje. Resna posledica izgorelosti je slaba delovna učinkovitost. Pacienti izgorele medicinske sestre, ocenjujejo kot tiste, ki nudijo slabši nivo nege. Druge študije (6) ugotavljajo, da je stopnja smrtnosti pacientov višja, če so medicinske sestre bolj obremenjene in doživljajo več izgorelosti. Kop, Euwema in Schaufeli, ki so 1999 leta preučevali izgorelost med policisti (6) pa so ugotovili, da so izgorele policiste pogosteje prijavljali zaradi nasilja nad civilisti.

Izgorelost ima seveda tudi negativne posledice na zdravje. Na področju psihičnega zdravja se izgorelost povezuje predvsem z depresivnostjo in drugimi razpoloženskimi simptomi (6). Izgoreli posamezniki so pogosteje razdražljivi, upade jim smisel za humor, v odnosu do drugih postanejo brezosebni, žaljivi ali indiferentni. Lahko se izogibajo odgovornosti in delovnim nalogam, delu posvečajo manj energije oziroma delajo samo nujno potrebno. Pri izgorelih posameznikih se lahko pojavi ali poveča zloraba alkohola in drog, potencira se lahko avtodestruktivno vedenje.

Na področju fizičnega zdravja se izgorelost povezuje predvsem s kardiovaskularnimi težavami, diabetesom tipa 2 in vnetnimi biomarkerji (6). Gre za splošno oslabitev imunskega sistema, zmanjšano odpornost in pogostejše obolenje.

Strategije soočanja s stresom

Strategije soočanja s stresom imajo pri preprečevanju in obvladovanju poklicne izgorelosti pomembno vlogo. (3) Avtorji delijo intervence za soočanje z izgorelostjo na tri nivoje in sicer na individualni, individualno organizacijski in organizacijski. (2)

Maslachova (5) ugotavlja, da so pristopi na individualnem nivoju tako v raziskavah kot v praksi najbolj zastopani. Namen tovrstnih pristopov je v podpori posameznikom, da se čimbolj prilagodijo stresu, si prilagodijo stresne okoliščine ter se učinkovito spopadejo s simptomi stresa.

(2) Kognitivno vedenjske tehnike so tipične tehnike soočanja z izgorelostjo na tem nivoju. Tovrstne tehnike predvidevajo, da so misli (kognicije), čustva (emocije) in vedenje vzročno medsebojno povezani. Sprememba posameznikovih iracionalnih oziroma s stresom povzročenih misli naj bi vplivala na spremembo emocionalnih stanj iz negativnih v pozitivne, kar naj bi posledično spremenilo disfunkcionalno vedenje. (2) Nekatere metaanalize so pokazale da so tovrstne tehnike med najučinkovitejšimi v redukciji z izgorelostjo povezanih simptomov (2), medtem ko druge študije kažejo, da terapevtska modaliteta pri uspešnosti redukcije simptomov ne igra pomembne vloge, pomembno razliko je ustvaril le faktor empatičnosti terapevta.

Za soočanje s poklicno izgorelostjo so uporabne različne relaksacijske tehnike, ki so se najbolj izkazale pri redukciji psihofizioloških simptomov stresa. Smiselno je izbrati primerno tehniko glede na osebnostne značilnosti in preference (za introvertirane posameznike je primernejši avtogeni trening, za ekstravertirane npr. tai či). Izbor relaksacijskih tehnik je širok, najpomembnejše med njimi so avtogeni trening, progresivno mišično sproščanje, joga, tai či, meditacija, vizualizacija (10). Na stopnjo izgorelosti lahko vpliva posameznik sam in sicer z uvajanjem sprememb v načinu razmišljanja in razumevanju načina dela. Postaviti si mora realne cilje, zmanjšati rutino pri opravljanju nalog ter z večjo distanco gledati na dogodke in interakcije na delovnem mestu. K zmanjšanju stresa in posledično izgorelosti pripomorejo odmori pri delu, prostočasne aktivnosti ter usklajenost poklicnega in zasebnega življenja (9). Izgorelost na individualnem nivoju se lahko zmanjša, če posameznik dobi podporo v delovnem okolju in se začne ukvarjati z aktivnostmi izven delovnega okolja, kjer lahko kanalizira negativna čustva in se sprosti. K tovrstnim spremembam lahko pripomorejo treningi asertivnosti, treningi upravljanja s časom in trening medosebni veščin. Individualni pristop pri zmanjševanju izgorelosti na delovnem mestu je cenejši in hitrejši od organizacijskega ter ob tem tudi kratkoročno uspešnejši.

Strategije, ki so usmerjene na individualno organizacijski nivo, se osredotočajo na izboljšanje posameznikovih kapacitet za soočanje s stresorji, povezanimi z zaposlitvijo, z usmeritvijo na interakcijo med posameznikom in organizacijo. Namen tovrstnih intervencij ni samo v izboljšanju posameznikovih strategij za obvladovanje stresa (kot je ustrezno razporejanje časa in izboljšanje socialnih veščin), pač pa tudi v zagotavljanju podpore na delovnem mestu v obliki suportivnih skupin sodelavcev (2). Pristop, ki upošteva tako organizacijo kot posameznika, temelji na predanosti delu. Na problematiko izgorelosti gleda iz pozitivnega zornega kota, saj je usmerjen na povečanje predanosti, zavzetosti in učinkovitosti pri delu (9).

Intervence na organizacijskem nivoju se nanašajo na spremembo delovnih postopkov, v smislu prestrukturiranja nalog, vrednotenja dela, supervizije in povečanja kontrole nad delom z vključevanjem zaposlenih v sprejemanje odločitev.

Na nivoju organizacije kot pomemben dejavnik pri redukciji izgorelosti Edelwich in Brodsky (3) izpostavljata pomen neposredne in jasne razlage strokovnjakov o problemu poklicne izgorelosti. Pomembno je, da se tako teoretično kot praktično predstavijo različne tehnike sproščanja (tudi meditacije), načini učinkovitega strukturiranja delovnega časa ter ostale strategije za redukcijo izgorelosti. Lee in Ashfort (9) ugotavljata, da tudi strokovna pomoč v obliki supervizije posamezniku bistveno pomaga pri soočanju s poklicno izgorelostjo.

Med intervence na nivoju organizacije sodijo spremembe v organizaciji, podpora sodelavcev, sodelovanje pri reševanju problemov, sprememba v komunikaciji.

Tovrstni ukrepi so v boju proti izgorelosti učinkovitejši od individualnih, vendar je njihova slabost ta, da so dolgotrajni in pogosto premalo usmerjeni na posameznika.

Ugotovitve tako starejših kot novejših študij kažejo, da je v redukciji simptomov izgorelosti najučinkovitejša kombinacija pristopov.

Izgorelost na delu in doma

V več primerih izgorelost ne nastane samo zaradi težav poklicnega življenja, pač pa zaradi

težav pri usklajevanju različnih obveznosti tako na delovnem kot na družinskem področju. Ob možnih organizacijskih ukrepih (prilagodljiv delovnik, dodatni prosti dnevi ljudem z otroki, možnost dela doma...) lahko poskrbimo za to, da si pametneje postavimo prioritete, bolje planiramo in organiziramo ter da zavestno ločujemo obe okolji (8). Opravljanje delovnih obveznosti doma ali neprekinjena dosegljivost vsem družinskim članom tudi med delovnim časom, je lahko prej kontra produktivno kombiniranje obojega kot učinkovito soočanje z dvojnimi obveznostmi.

Odnosi v domačem okolju lahko škodijo ali koristijo pred izgorevanjem (10), razumevajoče, podpirajoče socialno okolje deluje protektivno, medtem ko konfliktno okolje dodatno pogloblja posameznikove obremenitve oziroma potencira stres. Dobra socialna opora zadovoljuje posameznikove osnovne socialne potrebe, ščiti pred obremenitvami, predeluje obremenitve, omogoča več intenzivnih pozitivnih izkušenj, neposredno vpliva na fiziološke procese in spodbuja zdravju koristno vedenje (1).

Mediatorji stresa

Posamezniki zelo različno prenašajo stres, na nekatere v pomembni meri vpliva že zmerna stopnja stresa, medtem ko so drugi zmožni kljubovati razmeroma močnemu stresu. Takšni posamezniki imajo visoko odpornost na stres, kar pomeni, da imajo dobro sposobnost postavljanja in izvrševanja realističnih načrtov, da je njihov pogled na življenje optimističen in pozitiven, da zaupajo v svoje sposobnosti, da dobro obvladujejo čustva in impulze ter da imajo dobre komunikacijske sposobnosti (9).

Ob osebnostnih lastnostih, ki jih avtorji definirajo v smislu osebnosti tipa B (sproščenost, potrpežljivost, zdrava ambicioznost, dobrovoljnost) ter ob osebnostni čvrstosti (fleksibilnost, prilagodljivost fizioloških sistemov, ki omogočajo uspešno obvladovanje stresnih situacij) so pomembni stresni mediatorji oziroma blažilci stresa tudi notranji lokus kontrole, torej občutek posameznika, da nadzoruje svoje življenje, socialna podpora, zmerna telesna aktivnost, ki vpliva na sproščanje endorfinov in ostalih nevrotransmiterjev (ki delujejo protistresno) ter humor, ki prav tako deluje na biološkem nivoju in omogoča lažje spopadanje s težavami (9).

Zaključek

Izgorelost je posledica dalj časa trajajoče intenzivne izpostavljenosti stresu, ki se izrazi kot stanje psihofizične in čustvene izčrpanosti. Posamezniki, ki pri svojem delu nudijo pomoč drugim, so za izgorelost še posebej rizični. Izgorelost lahko skušamo obvladati na organizacijskem kot tudi na individualnem nivoju. Strategije spopadanja z izgorelostjo v začetni fazi lahko obsegajo enostavnejše ukrepe v obliki relaksacijskih tehnik ali strategij ustreznega razporejanja časa, medtem ko v višjih fazah izgorelosti pogosto ne zadostuje niti intenzivnejša psihoterapija, pač pa je potrebno na začetku simptome lajšati tudi z zdravili.

Pomen preventivnih ukrepov je tako na individualnem kot na organizacijskem nivoju eden od pomembnejših dejavnikov potencialne zaježitve tako začetnih kot napredovalih simptomov, povezanih z izgorevanjem.

Literatura

1. Fengler J. Nudenje pomoči utruja: o analizi in obvladovanju izgorelosti in poklicne deformacije. Ljubljana: Temza d.o.o., 2007.
2. Hättinen M. Treating Job Burnout in Employee Rehabilitation: Changes in Symptoms, Antecedents and Consequences. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2008.
3. Kovač J. Supervizija, stres in poklicna izgorelost šolskih svetovalnih delavcev. Maribor: Filozofska fakulteta: Mednarodna založba Oddelka za slovanske jezike in književnost, 2013; 2:373.

4. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2017.
5. Maslach C, Goldberg J. Prevention of Burnout: New perspectives. *Applied and Perspective Psychology*, 1998; 7: 63-74.
6. Maslach C, Leitner MP. Understanding Burnout: New Models. *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*. John Wiley and sons, 2017.
7. Milojčić D. Stres in izgorevanje na delovnem mestu medicinske sestre [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2012.
8. Morse G, Salyers MP, Rollins AL, Monroe-De Vita M, Pfahner, C. Burnout in Mental Health Services: A review of the Problem and its Remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2012; 39: 341-352.
9. Priporočila za obvladovanje in znižanje stresa, izgorevanja, absentizma, prezentizma, fluktuacije in usklajevanje poklicnega ter družinskega življenja za velika, srednja in mala podjetja (besedilo Inštitut za razvoj in inovacije). Ljubljana: Zveza svobodnih sindikatov Slovenije: Inštitut za razvoj in inovacije, 2012.
10. Schmiedel V. Izgorelost: Ko nas delo, družina in vsakdanjik izčrpavajo. Maribor: Mettis bukvarna, 2011.
11. Stare J, Boštjančič E, Buzeti J, Klun M, Kozjek T, Tomažević N. Boljše delovno okolje za boljše sodelovanje: priročnik. Ljubljana: Fakulteta za upravo, 2012; 4: 49-56.
12. Stres ter z njim povezani pojavi: absentizem, prezentizem, fluktuacija, izgorevanje ter usklajevanje poklicnega in družinskega življenja: publikacija za menagerje, sindikalne zaupnike in zaposlene (besedilo za Inštitut za razvoj in inovacije). Ljubljana: Zveza svobodnih sindikatov Slovenije: Inštitut za razvoj in inovacije, 2012.
13. Zellars KL, Perrewe PL, Hochwarter WA. Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 2000; 30: 1570-1598.

Ginekološka psihoonkologija

Andreja C. Škufca Smrdel



Izvleček

Rak je bolezen, ki globoko poseže v življenje ženske in njene družine. Ob spoprijemanju z dolgotrajnim in obremenjujočim zdravljenjem številne bolnice doživljajo duševno stisko, ki se lahko kadarkoli na poti zdravljenja in rehabilitacije tudi pomembno stopnjuje in začne ovirati tako vsakodnevno funkcioniranje kot zmožnost sodelovanja pri zdravljenju. Večina bolnic se spoprijema s strahom pred ponovitvijo bolezni, številne pa so tudi stiske zaradi spremenjenega doživljanja sebe kot ženske ter težav na področju spolnosti. Pri celostni obravnavi bolnic je pomembna tudi skrb za psihosocialne potrebe in naloga vseh zdravstvenih delavcev je zagotavljanje učinkovite komunikacije, ustreznega informiranja, osnovne čustvene podpore in empatičen odnos. Izziva za zdravstveni sistem sta pravočasno prepoznavanje bolnic, ki doživljajo v procesu spoprijemanja z boleznijo globljo stisko ter oblikovanje ustrezne mreže strokovne pomoči.

Ključne besede: rak dojke, ginekološki rak, duševna stiska, psihosocialne potrebe, psihosocialne intervencije

Abstract

Cancer is a disease, reaching deeply into the life of women and their families. In coping with long and burdensome treatment many patients experience distress, which can escalate anytime during the course of treatment and rehabilitation, posing the barrier to everyday functioning and treatment compliance. The majority of patients is experiencing the fear of recurrence, and many of them have are in distress due to changed perception of themselves as a woman and sexual difficulties. In comprehensive patient care, care of psycho-social needs is important and the duty of all health care workers is ensuring efficient communication, providing information, basic emotional support and emphatic relationship. Challenges facing the health care system are timely recognition of patients experiencing more profound distress when coping with the disease and forming an adequate professional help network.

Keywords: breast cancer, gynaecological cancer, distress, psycho-social needs, psycho-social interventions

Uvod

V letu 2015 je za rakom dojke zbolelo 1321 žensk, umrlo pa 431; za ginekološkimi raki pa je zbolelo 626 žensk, umrlo pa 266, kar predstavlja velik del bremena raka med ženskami. 200 žensk je za temi vrstami raka zbolelo v starosti med 20 in 44 leti starosti, 29 pa umrlo (1).

Spoprijemanje z rakom je dolgotrajen proces

Bolezen vstopi v življenje ženske in njene družine pogosto nepričakovano in poseže na mnoga področja življenja; poleg telesnega tudi na področje psihičnega, družinskega, socialnega, poklicnega, finančnega, duhovnega. Proces spoprijemanja z rakom in spremenjeno življenjsko situacijo spremljajo številna obremenjujoča doživljanja - šok, strah, jeza, brezup, žalost, vprašanja »zakaj jaz« in »zakaj zdaj«, strah pred napredovanjem bolezni, bolečino, trpljenjem in smrtjo, finančne stiske, skrb in strah za družinske člane idr.

Številni dejavniki določajo, kako se bo posamezna bolnica spoprijemala z boleznijo. Pomembni so dejavniki bolezni in zdravljenja, kjer imajo več težav bolnice ob slabši prognozi, bolnice, zdravljene s kemoterapijo, tiste z več telesnimi težavami, med katerimi je posebej rizična bolečina (2). Med osebnimi dejavniki ter dejavniki aktualne življenjske situacije izstopajo mlajše bolnice, z nepreskrbljenimi otroki, z anamnezo duševnih motenj. Mlajše bolnice opisujejo večji vpliv bolezni na družinsko življenje, socialne aktivnosti, doživljanje zdravja, kot tudi slabšo telesno podobo in več težav pri spolnosti (3). Vendar so po drugi strani izsledki raziskav o povezanosti starosti in stadija bolezni in duševne stiske nekonsistentni (4). Nezanemarljivi pa so sociokulturni dejavniki, kamor sodijo dostopnost zdravljenja ter socialne predstve ter stigmatiziranost onkološke bolezni (2).

Nekatere obremenitve ob spoprijemanju z boleznijo so skupne bolnikom z različnimi lokalizacijami raka, nekatere pa so specifične in so povezane z izkušnjo bolezni dojke ali bolezni reproduktivnih / spolnih organov.

Poleg splošnih socialnih predstav o raku, ki lahko bolezen še vedno enačijo z bolečinami, trpljenjem in smrtjo (5), se bolnice z rakom rodil soočajo tudi z miti in zmotnimi predstavami, da se lahko raka »naleze« preko spolnih stikov; da lahko spolni odnosi pospešijo ponovitev raka; da je lahko spolni partner (po zdravljenju bolnice z radioterapijo) izpostavljen sevanju (6) ipd.; kar lahko pomembno vpliva tako na spoprijemanje z boleznijo kot na partnerske odnose.

Duševna stiska ob spoprijemanju z rakom in strah pred ponovitvijo bolezni

Vsa neprijetna čustvena, psihološka, socialna ali duhovna izkušnja, ki bolnice ovira pri spoprijemanju z boleznijo in zdravljenjem v psihoonkologiji zaobsežemo v terminu duševna stiska, angl. *distres*. Obremenjujoča doživljanja so pričakovana, normalna; zajemajo vse od običajnih občutij ranljivosti žalosti, strahu, lahko pa se stopnjujejo do te mere, da pomembno ovirajo bolnice v njihovem vsakodnevem funkcioniranju, kot tudi zmožnosti sodelovanja pri zdravljenju, ter zadoščajo kriterijem psihiatrične motnje (7,8). Raziskave kažejo, da stiska pri bolnikih z rakom pogosto ni prepoznana s strani zdravstvenih delavcev, ter tudi ni ustrezno obravnavana (9).

Globljo stisko lahko doživlja bolnica kadarkoli na poti zdravljenja in rehabilitacije; so pa bolnice v nekaterih obdobjih ranljivejše, kot so npr. obdobja sprejemanja odločitev o zdravljenju, čakanja na pričetek zdravljenja, spreminjanja načina zdravljenja, ob napredovanju bolezni (7). V klinični praksi se pogosto izkaže, da se stiska zmanjša, ko se zdravljenje prične in ko ob obvladovanju neželenih učinkov bolnica ponovno doživlja več nadzora nad situacijo. Velikokrat je spregledano, da se stiska bolnic pogosto pomembno stopnjuje tudi v obdobju po zaključenem zdravljenju (10,11). To obdobje je zaznamovano s pričakovanji bolnice in njenih bližnjih, da je »vsega konec« in gre življenje naprej. Vendar se proces spoprijemanja z rakom ter številnimi stranski učinki ne konča; pomembno se zmanjša občutek varnosti, ki ga je bolnici nudil stalni stik z zdravstvenim osebjem; bolnice so

postavljene v situacijo vračanja na delovno mesto, ponovnega vzpostavljanja pričakovanih socialnih vlog, kar je lahko vir mnogih stisk; v klinični praksi pa vidimo preokupacije bolnic z vprašanjem, kako sedaj živeti, kaj spremeniti, kaj narediti, da se bolezen ne bi ponovila.....

Duševna stiska je najbolj raziskana pri bolnicah z rakom dojke; izsledki raziskav so lahko zelo različne, tudi na račun vzorčenja ter metodologije (12). Kissane in sodelavci so ugotavljali prevalenco tako anksiozne kot depresivne motnje okoli 11 %, ob tem pa je prevalenca prilagoditvene motnje 27 % (13). Več raziskav je osredotočenih tudi na doživljanje bolnic z ovarijskim karcinomom, spričo največje smrtnosti pri tej ginekološki diagnozi. Raziskave kažejo, da doživlja depresivno simptomatiko, ki zadošča kriterijem psihiatrične motnje, od 15 - 33 % bolnic z ovarijskim karcinomom (4,14). Zmerno do globljo anksioznost doživlja do polovice bolnic (4). Po eni od prospektivnih študij po zaključenem zdravljenju nivo depresivnosti pade, anksioznost bolnic pa naraste (11).

Zaradi nespecifičnosti prvih znakov bolezni se lahko bolnice zapletejo v krog doživljanja krivde, da so spregledale prve znake bolezni in s tem prispevale k večji napredovalosti bolezni ob odkritju (15). Pri bolnicah z rakom materničnega vratu, pa tudi pri raku vulve, ki so pomembno povezane z okužbami z HPV virusi, je ob slednjem pogosto negativno doživljanje, kot je stigma, sram, občutja krivde (10,16). Pri bolnicah z endometrijskim rakom avtorji opozarjajo, da so lahko stiska in psihosocialne potrebe bolnic pogosto spregledane zaradi prognostične ugodnosti bolezni (10).

Strah pred ponovitvijo je v večji ali manjši meri skupen vsem bolnikom z rakom. Zmeren do močen strah pred ponovitvijo bolezni navaja okoli polovica novo diagnosticiranih bolnic z rakom rodil; pri tem več strahu navajajo mlajše bolnice in pa bolnice s slabšim funkcioniranjem (11,17). Strah pred diagnostičnimi pregledi in strah pred ponovitvijo navajajo bolnice tudi več let po zaključenem zdravljenju (18). Ob tem avtorji opozarjajo tudi na preokupiranost bolnic z vrednostmi CA 125, tudi leta po zaključenem zdravljenju, še posebej pri tistih, kjer je verjetnost ponovitve bolezni večja (15). Strah pred ponovitvijo bolezni se pomembno stopnjuje v situacijah, ko bolnik zazna v svojem telesu nekaj novega, nenavadnega; pred kontrolnimi pregledi, kadar kdo v socialnem okolju (ponovno) zboli ali umre in ob razmišljanju v zvezi z lastno prihodnostjo (19). V klinični praksi pogosto vidimo ranljivost bolnic v obdobju po zaključenem zdravljenju, zato pogosto (še) v tem obdobju bolnice tudi iščejo strokovno pomoč.

Telesna samopodoba, doživljanje ženskosti in spolnost

Tudi področje telesne samopodobe je najbolj raziskovano pri bolnicah z rakom dojke. Po študiji Fobaira in sod. 33 % bolnic doživlja po 7 mesecih od operativnega posega stisko zaradi telesne samopodobe, od tega 17 % izrazito stisko (20); leta po zaključenem pa 15 – 30 % bolnic (21). Kratkoročno je z manj stiske povezana konzervativna in rekonstruktivni posegi, dolgoročno pa ti učinki zbledijo (22).

Vendar telesne samopodobe ne določajo le videz oz. značilnosti telesa, pač pa tudi njegovo funkcioniranje, doživljanje, pa tudi odnos do telesa, svojega videza, zdravja, delovanja, spolnosti, privlačnosti, do tega, kako nas vidijo drugi.

Dojke so simbol ženstvenosti, atraktivnosti, ženski spolni organi določajo zmožnost ženske biti mama, ženska, spolno bitje. Izguba teh organov lahko pomembno vpliva na pogled ženske nase. Ob tem se bolnice doživljajo manj ženstvene, manj seksualno atraktivne, spremeni se telesna samopodoba, doživljajo se kot drugačne od drugih žensk (23). Bolnice večkrat sebe doživljajo, da »niso cele«, »niso ženska«, pa vse do tega, da se doživljajo kot »kot gnile«.

Bolezen rak in zdravljenje sta povezana s številnimi telesnimi posledicami, kot so bolečine, utrudljivost, kognitivne težave, urološke težave, spremembe nožnice, periferna nevropatija, prezgodnja menopavza z vročinskimi oblivi in nespečnostjo, povečanje telesne teže, brazgotine, limfedem ipd.(24).

Telesne posledice zdravljenja imajo močno vplivajo tudi na področje spolnosti; 30 – 100 %

bolnic po raku rodil navaja težave pri doživljanju intimnosti in/ali seksualnosti (23). Na telesnem področju so v ospredju skrbi zaradi dispanevrije, sprememb vagine, zmanjšane seksualne aktivnosti. V psihološki dimenziji je pogosta skrb zmanjšana želja po spolnosti, spremembe v telesni podobi, anksioznost, vezana na spolni odnos. Nekateri navajajo negativne misli v smislu, da sebe ali partnerja krivijo za bolezen, lahko se pojavlja strah pred poškodbami ali ponovitvijo bolezni ob spolnih odnosih. V socialni dimenziji pa je v ospredju težave pri ohranjanju pred bolezenske spolne vloge, emocionalno distanciranje od partnerja, zaznana sprememba v partnerjevi želji po spolnosti (23).

Celostna obravnava vključuje tudi skrb za psihosocialne potrebe bolnic z rakom dojke in ginekološkim rakom

Zdravstveni delavci vstopamo z bolnicami z rakom dojke in rodil v njihovem procesu zdravljenja in rehabilitacije v odnos na različne načine, odvisno tudi od poklicne vloge. Naloga prav vseh pa je osnovna skrb za bolnikove psihosocialne potrebe; le-ta vključuje učinkovito komunikacijo, ustrezno informiranje, empatičen odnos in osnovno čustveno podporo (25).

Za učinkovito spoprijemanje z boleznijo potrebujejo bolnice z rakom ustrezne informacije; izsledki raziskav kažejo, da največje potrebe izkazujejo po informacijah z medicinskega področja (26, 27). Pri tem poleg individualnega razgovora z zdravnikom največ informacij iščejo po knjižicah in spletu (26), pri oblikovanju katerih imajo za zagotavljanje ustreznih, verodostojnih nepogrešljivo vlogo zdravstveni strokovnjaki.

Avtorji ugotavljajo, da veliko bolnic od zdravstvenega osebja pričakuje, da bodo naslovili tudi probleme s področja spolnosti, vendar jih večina z njimi o tem nikoli nespregovori (28). Vendar je slednje zelo pomembno, saj je mogoče nekatere težave obvladovati z relativno enostavnimi intervencijami. Na področje spolnosti delujejo tudi mnogi psihološki dejavniki, kot so stres, anksioznost, depresija, slaba samopodoba, travme na področju spolnosti; pomembno je prepoznavanje bolnic, ki imajo na tem področju več težav; ob tem je smiseln nadaljnji razvoj ambulant za spolno zdravje specialistov ginekologov in psihiatrov.

Pomemben del kvalitete življenja po raku pa je tudi načrtovanje družine. Nemška študija je razkrila, da je 74 % bolnic z različnimi vrstami raka, starimi 18 – 45 let, ob diagnozi povedalo, da še niso zaključile z načrtovanjem družine. Želja po otroku se tekom zdravljenja manjša pri bolnicah, ki imajo že otroka, pri bolnicah brez otrok pa se poveča (29). Zato je že pri načrtovanju zdravljenja raka pomembno tudi svetovanje glede ohranjanja plodnosti; pomembno je, da to področje ni spregledano, kljub temu, da so bolnice v prvi fazi spoprijemanja z življenja ogrožajočo boleznijo in njenim zdravljenjem. Študije namreč kažejo, da svetovanje in postopki ohranjanja plodnosti dolgoročno pomembno vplivajo na kvaliteto življenja – povezano je v boljše psihološkimi funkcioniranjem, večjim zadovoljstvom ter manj obžalovanja v zvezi z odločitvami za zdravljenje (30).

V klinični praksi se pogosto izkaže velika stiska bolnic po zaključenem specifičnem onkološkem zdravljenju ter pomen prve kontrole; tako v smislu podpore bolnici pri obvladovanju težav, ki so posledica zdravljenja, kot tudi pri podpori čustvenemu doživljanju, predvsem obvladovanju strahu pred ponovitvijo bolezni, in nenazadnje pri načrtovanju celostne rehabilitacije.

Psihoonkološka obravnava za bolnice z rakom dojke in ginekološkim rakom

Kadar bolnica doživlja globljo čustveno stisko, je indicirana napotitev v strokovno klinično-psihološko in/ali psihiatrično obravnavo. Pri zmanjševanju čustvene stiske in izboljšanju kakovosti življenja bolnikov z rakom so z dokazi podprte krizne intervencije, suportivna psihoterapija, skupinska psihoterapija, kognitivno vedenjska terapija, klinično-psihološko svetovanje, ob hujših stiskah je ob psihoterapevtski obravnavi indicirana tudi psihofarmakoterapija (6,8).

Na Onkološkem inštitutu deluje Oddelek za psihoonkologijo od leta 1985, na njem lahko bolniki in njihovi svojci poiščejo klinično-psihološko pomoč. Le-ta je prav tako dostopna v več

inštitucijah, kjer zdravijo raka. Še vedno pa ostaja v celostni obravnavi bolnikov z rakom Sloveniji izziv pravočasno prepoznavanje stiske ter predvsem vzpostavitev mreže klinično-psihološke in/ali psihiatrične obravnave, ki bi zagotovila dostopnost ustrezne strokovne obravnave – takrat, ko jo bolnik / bolnica potrebuje.

Pomembno dopolnitev psihosocialnih programov znotraj zdravstvenega sistema so tudi psihosocialni programi nevladnih organizacij, ki imajo tako v svetu kot tudi pri nas bogato zgodovino delovanja; najmočnejše so v njih organizirane bolnice z rakom dojke. S svojimi programi informiranja, svetovanja, organizirane samopomoči in zagovorništva so pomembna dopolnitev, niso pa nadomestilo za strokovno obravnavo znotraj zdravstvenega sistema.

Zaključek

Celostna obravnava bolnic z rakom dojke in ginekoloških rakom vključuje tudi skrb za njihove psihosocialne potrebe in sicer na vseh stopnjah zdravljenja in rehabilitacije. Ustrezna informiranost, empatičen odnos, osnovna čustvena podpora in učinkovita komunikacija so naloga vseh zdravstvenih delavcev. Pomembno pa je, da so bolnice, ki doživljajo globljo stisko, ustrezno prepoznane in napotene v ustrezne službe pomoči. Velik izziv ostaja zagotavljanje ustrezne mreže klinično-psihološke in/ali psihiatrične obravnave za bolnice in njihove svojce.

Literatura

1. Zadnik V, Primic Žakelj M. SLORA: Slovenija in rak. Epidemiologija in register raka. Onkološki inštitut Ljubljana. Available Oct 22, 2018 from: <https://www.slora.si>
2. Massie MJ, Holland JC. Overview of Normal Reactions and Prevalence of Psychiatric Disorders. In: Holland JC, Rowland JH, eds. Handbook of Psychooncology. 1998: 273-282.
3. Bifulco G, De Rosa N, Tornesello ML, Piccoli R, Bertrando A, Lavitola G, et al. Quality of life, lifestyle behavior and employment experience: A comparison between young and midlife survivors of gynecology early stage cancer. *Gynec Oncol* 2012; 124 (Suppl 3): 444-451
4. Norton TR, Manne SL, Rubin S, Carlson J, Hernandez E, Edelson MI, et al. Prevalence and Predictors of Psychological Distress Among Women with Ovarian Cancer. *J Clin Oncol* 2004; 22 (Suppl 5): 919-926
5. Škufca AC. Socialne predstave o raku. *Psihološka obzorja*, 2003; 12(Suppl 3): 131-138
6. Hersch I, Iuraskova I, Price M, Mullan B. Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology* 2009; 18: 795-810
7. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management. Available Oct 22, 2018 from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#distress
8. Holland JC, Alici Y. Management of Distress in Cancer Patients. *J Support Oncol* 2010; 8(Suppl 1): 84-112.
9. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J cancer* 2001; 84: 1011-1015
10. Donovan HS, Hagan TL. Gynecologic Cancer. In: Holland JC, Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, McCorkle R, eds. *Psycho-Oncology*. Oxford: Oxford University Press, 2015: 121-127.
11. Hipkins J, Whitworth M, Tarrier N, Jayson G. Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: a prospective study. *Br J Health Psychol* 2004; 9:569.
12. National Breast Cancer centre. The identification of psychological distress in women with breast cancer. Available Oct 22, 2018 from www.nbcc.org.au
13. Kissane DW, Clarke DM, Ikin J, Bloch S, Smith GC, Vitetta L, and McKenzie DP. Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Medical Journal of Australia* 1998; 169(4): 192-6.

14. Shinn EH, Taylor CL, Kilgore K, et al. Associations with worry about dying and hopelessness in ambulatory ovarian cancer patients. *Palliat Support Care* 2009; 7:299.
15. Duska LR, Nekhhlyudov L, Vora SR, Falk SJ. Overview of the approach to survivors of epithelial ovarian, fallopian tube, or peritoneal carcinomas. Available Fer 22 2016 from <http://www.uptodate.com>
16. Daley EM, Vamos CA, Wheldon CW, Kolar SK, Baker EA. Negative emotions and stigma associated with a human papillomavirus test result: A comparison between human papillomavirus-positive men and women. *Journal of Health psychology* 2015; 20(Suppl 8): 1073-82
17. Myers SB, Manne SL, Kissane DW, Ozga M, Kashy DA, Rubin S., et al. Social-cognitive processes associated with fear of recurrence among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Gynec Oncol* 2013; 128: 120-127
18. Wenzel LB, Donnelly JP, Fowler JM, et al. Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: a gynecologic oncology group study. *Psychooncology* 2002; 11:142.
19. Vickberg SMJ. Fears About Breast Cancer Recurrence. *Cancer Practice* 2001; 9: 237-43.
20. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*. 2006; 15(7): 579-94.
21. Falk Dahl CA, Reinertsen KV, Nesvold IL, Fosså SD, Dahl AA. A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*. 2010;116(15):3549-57.
22. Knobf T. Breast Cancer. In: Holland JC, Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, McCorkle R, editors. *Psycho-Oncology*. Oxford: Oxford University Press, 2015: 134-139.
23. Abbott-Andreson K, Kwekkeboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2012; 126(Suppl 3): 501-8.
24. Grover S, Hill-Kayser CE, Vachani C, Hampshire MK, DiLullo GA, Metz JM. Patient reported late effects of gynecological cancer treatment. *Gynec Oncol* 2012; 124(Suppl 3): 399-403
25. Hutchison SD, Steginga SK, Dunn .The tiered model of psychosocial intervention in cancer: a community based approach. *Psycho-Oncology* 2006: 15; 541-546.
26. Papadakos J, Bussiere-Cote S, Abdelmutti N, Catton P, Friedman A, Massey C, et.al. Informational needs of gynecologic cancer survivors. *Gynec Oncol* 2012; 124: 452-457.
27. Jones JM, Ferguson S, Edwards E, Walton T, McCurdy N, Howell D. Experiences of care delivery: Endometrial cancer survivors at end of treatment. *Gynec Oncol* 2012; 124(Suppl 3): 444-451.
28. Huffman LB, Hartenbach EM, Carter J, Rash JK, Kushner DM. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. *Gynec Oncol* 2015; 140: 359-368.
29. Geue K, Richter D, Schmidt R., Sender A, Siedentopf F, Brähler E. The Desire for Children and Fertility Issues Among Young German Cancer Survivors. *J Adolesc Health* 2014; 54: 527-535.
30. Desphande NA, Braun IM, Meyer FL. Impact of Fertility Preservation Counseling and Treatment on Psychological Outcomes Among Women with Cancer: A Systematic review. *Cancer* 2015; 121: 3938-47.

Komunikacija z ginekološkimi onkološkimi bolnicami in njihovo družino



Špela Smrkolj

Izvleček

Diagnoza rak je za bolnico zelo obremenjujoča in se poleg diagnosticirane bolezni pri njej lahko pojavijo tudi duševne motnje. Najpogosteje sta to depresija in tesnoba. Komunikacija z bolnicami in sodelavci je pomemben element poklicnega delovanja zdravnika subspecialista ginekološke onkologije, saj daje smer in vsebino njegovemu delu. Komunikacija je proces, s katerim zdravnik zgradi odnos do sočloveka in tako lažje pomaga bolnici in njeni družini v preventivi, zdravljenju, doživljanju bolezni in trpljenju. Zdravnik s komunikacijo posreduje informacije, pomaga bolnici izražati občutke in duševne reakcije na bolezen in ji pomaga pri zadovoljevanju njenih potreb.

Ključne besede: ginekološko onkološka bolnica, komunikacija, družina

Abstract

Diagnosis of cancer can be very burdensome for the patient and, in addition to diagnosed diseases, mental disorders can occur. These are most commonly depression and anxiety. Communication with patients and colleagues is an important element of the professional work of the subspecialist of gynecological oncology, as it gives direction and content to his work. Communication is a process by which a doctor builds a relationship with a fellow man, thus facilitating the patient's and her family's help in preventing, treating, experiencing illness, and suffering. The doctor communicates information with the communication, helps the patient to express feelings and mental reactions to the disease and helps her meet her needs.

Key words: gynecological oncology patient, communication, family

Uvod

Rak je težka bolezen, ki prizadene tako telesno kot čustveno področje obolelega (1,2). Vsakdo ob soočanju z rakom doživlja tudi duševno stisko, ki je povsem naravna in pričakovana. Lahko pa se stopnjuje do te mere, da postane premočna, traja predolgo in ovira bolnikovo zmožnost spoprijemanja z zdravljenjem kot tudi vsakodnevno funkcioniranje (1-3).

Duševna stiska pri bolnikih z rakom

Pri bolnikih z rakom se sprva pojavi strah pred smrtjo, strah pred zdravljenjem s kemoterapijo ali radioterapijo, kasneje pa se lahko pojavi tudi strah pred invalidnostjo in odvisnostjo od drugih, pred vidnimi spremembami telesa, spremembo telesnih funkcij ter pred izgubo socialnih stikov. Intenziteta strahu se med bolniki razlikuje, le ta pa je odvisna od treh poglavitnih dejavnikov: značilnosti telesne bolezni, psiholoških dejavnikov in socialnih dejavnikov. Številne študije so pokazale, da se pri rakavih bolnikih tudi pogosteje pojavljajo psihične motnje, predvsem depresija in anksioznost (3). Pri vsakem človeku, ki so mu diagnosticirali tako hudo bolezen, kot je rak, se pojavljajo strah in različni procesi spoprijemanja z novo situacijo. Veliko bolnikov z rakom je v fazi zdravljenja tudi hospitalizirana, kar predstavlja še dodaten vzrok za naraščanje psihološke obremenjenosti s to boleznijo. Pomembno je, da se že v bolnišnici začne izvajati preventivni psihološki pristop, ki je osredotočen na zmanjšanje psihosocialne obremenjenosti bolnikov z rakom (4).

Tako bolnik kot njegovi svojci doživljajo številna obremenjujoča čustva in misli – od začetnega šoka, žalosti, brezupa in občutij krivde, nemoči, strahu in tesnobe do negotovosti in spraševanja: Zakaj jaz? Zakaj ravno sedaj? Kako naprej? Poprej samoumevne stvari lahko postanejo negotove, zmanjša se občutek varnosti, občutek, da človek lahko vpliva na potek svojega življenja. Spoprijemati z rakom pomeni tudi spopadati se s predpostavkami in predsodki o raku (3-5).

Pomen prepoznavanja, kdaj bolnikovo doživljanje presega mejo »normalnosti«, je še posebej pomembno, saj rezultati študij kažejo, da tako zdravstveni delavci kot bolnikovi svojci pogosto podcenjujejo bolnikovo stisko in pričakujejo, da bo o njej sam spregovoril. Kar pa v praksi velikokrat ne drži. Bolnik pogosto tudi ne ve, kaj določena občutja pomenijo, ali celo misli, da so to nujni spremljevalci življenja z boleznijo (3-5).

Bolnikovo duševno stisko opredeljujejo različni znaki; najpogostejši so naslednji:

- Občutja žalosti, občutja, da ne bo zmožel zdravljenja izpeljati do konca.
- Občutek, da se ne zmore spoprijemati z bolečinami, utrudljivostjo in s slabostjo.
- Brezup, občutek, da stvari nimajo nobenega smisla, občutja nekoristnosti, krivde, ničvrednosti.
- Neprestane misli na raka in/ali smrt.
- Občutja preplavljenosti z negotovostjo, nevarnostjo, z grozečo boleznijo.
- Težave s spanjem – nezmožnost zaspiti ali prekinitve spanca z dolgimi nočnimi obdobji budnosti.
- Težave z apetitom, ki trajajo več tednov.
- Tesnoba, tiščanje v prsih, številni strahovi.
- Velika razdražljivost ali jeza.
- Konflikti v družini, za katere doživlja, da so težko ali sploh nerešljivi.
- Težave pri odločanju; neodločnost tudi pri majhnih, nepomembnih stvareh.
- Porajanje vprašanj glede vere in duhovnosti, ki sta bili bolniku prej v uteho.
- Stopnjevanje problemov, ki so bili prisotni že pred boleznijo.
- Posebej ranljivi so tudi bolniki ali svojci, ki so že v preteklosti imeli psihične težave ali so nedavno doživeli izgubo (3,6).

Bolniki z rakom se lahko zelo razlikujejo v tem, katero obdobje na poti diagnostike in zdravljenja jim je bilo v psihološkem smislu najtežje. Velikokrat je zelo obremenjujoče čakanje – na pregled, na izvid, na začetek zdravljenja – in pogosto se stiska zmanjša, ko se zdravljenje končno prične. Tedaj posameznik vidi, kateri od pričakovanih stranskih učinkov so se dejansko zgodili, in tudi spoznava, kako jih obvladovati. Tudi v obdobju po zdravljenju lahko pri bolniku z rakom nastopi stiska, povezana s psihosocialno in poklicno rehabilitacijo po zdravljenju raka. V tem obdobju se pogosto stopnjuje tudi strah pred ponovitvijo bolezni (3,6-8).

Komunikacija z bolnikom z rakom v duševni stiski

Kadar bolnik ob spoprijemanju z boleznijo doživlja stisko, je pomembno, da o njej spregovori. Nihče drug ne more tega narediti namesto njega! Nihče drug ne ve, lahko le ugiba, s čim se bolnik ukvarja in kaj ga teži. Spregovoriti lahko pomeni storiti prvi korak k iskanju ustrezne pomoči. Velikokrat pomaga že to, da bolnik – enako velja tudi za svojca – lahko pove, kaj čuti, da je slišan, da nekdo upa zanj v tistih trenutkih, ko sam težko najde oprijemališče za upanje. Velikokrat ne potrebuje kopice napotkov, ampak le bližino, da je nekdo z njim in ob njem. Nekateri bolniki o svojem doživljanju najlažje spregovorijo s svojimi najbližjimi – z možem oz. ženo, otroki, s starši, prijatelji. Drugim je ravno v teh odnosih najtežje, saj bi želeli svoje bližnje »obvarovati« pred bremenom težkih misli (8-10).

Povedati za bolezen in zdravljenje je prvi korak v komunikaciji o bolezni, ki je – tako kot zdravljenje – proces.

Komunikacija z bolnicami in sodelavci je pomemben element poklicnega delovanja zdravnika subspecialista ginekološke onkologije, saj daje smer in vsebino njegovemu delu. Komunikacija je proces, s katerim zdravnik zgradi odnos do sočloveka in tako lažje pomaga bolnici in njeni družini v preventivi, zdravljenju, doživljanju bolezni in trpljenju. Zdravnik s komunikacijo posreduje informacije, pomaga bolnici izražati občutke in duševne reakcije na bolezen in ji pomaga pri zadovoljevanju njenih potreb (9,10).

Pri komunikaciji med zdravnikom in ginekološko onkološko bolnico, ji mora le-ta najprej podati informacije o bolezni: o zdravstvenem stanju, diagnostičnih postopkih, zdravljenju, poteku bolezni. Pri tem je potrebno stanje opisati brez laži in olepševanj, vendar ob tem vedno velja, da bolnici povemo toliko, kolikor si ta želi slišati (9-11). Vedno ji moramo biti na voljo za dodaten pogovor in pomoč. Izogibamo pa se napovedi prognoze bolezni, predvsem s časovnimi podatki.

Komunikacija zdravnika z ginekološko onkološko bolnico se nadaljuje med spremljanjem bolnice med zdravljenjem. Zdravnik ji mora biti na voljo skozi celoten proces zdravljenja. Poudariti je potrebno, da je razumevanje bolezni mnogokrat dolgotrajen proces, ob katerem se porajajo vedno nova vprašanja s strani bolnice ali njenih svojcev. Bolnice je potrebno vedno aktivno vključevati v proces zdravljenja, jih seznanjati z zdravili ali postopki in njihovimi stranskimi učinki (9,10).

S pomočjo zadostne komunikacije osveščena bolnica ima večje zaupanje v zdravnika, se bolj zaveda svoje bolezni, boljše razumeva smotrnost zdravljenja in diagnostičnih postopkov, bolje se drži predpisane terapije in navsezadnje bolje se spopada s stranskimi učinki (11).

Pri komunikaciji zdravnika z ginekološko onkološko bolnico in njeno družino, je potrebno upoštevati, da bolezen prizadene celotno družino in okolico. Velja, da najprej podamo celotno informacijo o bolezni ter zdravljenju bolnici, ki se nato sama odloči, komu in koliko informacij bo povedala svojcem naprej. Zdravnik spodbuja zdravo, spodbudno okolje bolnice in skuša preprečiti nastanek dodatne obremenitve bolnice s strani svojcev (8).

Zdravnikovo obvladovanje stresa in izboljšanje komunikacije

Zdravnik, ki se ob svojem delu večinoma srečuje z bolnicami z rakom, se mora naučiti obvladovati stres ob tem ter izboljšati večino komunikacije, da si olajša svoje delo. Pogosto se lahko

pri njemu pojavi izgorelost, predvsem zaradi stalne čustvene, mentalne in fizične izčrpanosti. Večina zdravnikov tudi premalo časa preživijo stran od dela, dodatni dejavniki za izgorelost so še:

- Preobremenjenost s številom bolnic.
- Neprestano soočenje s smrtjo in trpljenjem bolnic.
- Sporočanje slabih novic.

Zdravnikova izgorelost vpliva tudi na bolnice, kar pa v primeru bolnice z rakom ni najboljše (8-11).

Komunikacija predstavlja osrednjo vlogo v terapevtskem odnosu zdravnik – bolnik. Sposobnost komuniciranja je lahko prirojena, lahko pa pridobljena z izkušnjami ter z učenjem. Obstajajo različni programi usposabljanja z uporabo različnih tehnik, ki lahko izboljšajo komunikacijske veščine. Zdravnik ne sme nikoli pozabiti, da je najpomembnejši posameznik in njegove težave, ki pa ima lahko tudi različen odnos do bolezni in zdravljenja, kot on sam. Temu je potrebno prilagoditi tudi način komunikacije in zdravljenja. Dobra veščina komunikacije zdravniku omogoča čim boljše sodelovanje bolnika v procesu zdravljenja, boljši rezultati zdravljenja pa prinašajo večje zadovoljstvo za oba – bolnika in zdravnika (7-9).

Zaključek

Povedati za bolezen in zdravljenje je prvi korak v komunikaciji o bolezni, ki je – tako kot zdravljenje – proces. Komunikacija z ginekološkimi onkološkimi bolnicami in njihovo družino je pomemben dejavnik, ki lahko odločuje tudi o uspešnosti izpeljave načrtovanega zdravljenja pri njih. Bolnice se najlažje pogovorijo z nekom, do katerega čutijo zaupanje in vzajemno spoštovanje. V proces zdravljenja jih prek komunikacije z zdravnikom in drugim zdravstvenim osebjem poskusimo vključiti kot partnerja. Spodbudimo jih, da vprašajo o pričakovanih stranskih učinkih in kako se nanje pripraviti, si jih olajšati. Mnogim bolnicam vedenje, kakšni problemi se lahko pojavijo, pomagajo pri ohranjanju občutka nadzora nad situacijo in pri obvladovanju težav, ko se le-te dejansko pojavijo.

Literatura

1. Communication in Cancer Care: Communication Along the Disease Trajectory. (20. September 2012). Prevezeto 30.10.2018 iz <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/adjusting-to-cancer/communication-hp-pdq>
2. Levy M. Doctor-patient communication: the lifeline to comprehensive cancer care. In: Perry MC, ed: American Society of Clinical Oncology Educational Book: Thirty-Fourth Annual Meeting, Spring 1998. Alexandria, Va: American Society of Clinical Oncology, 1998, p. 195-202.
3. Ličina M., Snoj Z. Depresija pri bolnikih z rakom. *Onkologija* 2002; 6(2), 50-54.
4. Enova, D. Psihološka zdravstvena oskrba v bolnišnici za telesne bolezni – skupni projekt osebja zdravstvene nege in kliničnega zdravstvenega psihologa. *Obzornik zdravstvene nege*, 2002; 36(1), 33-0.
5. Schapira L, Tulsy J, Buckman R, Pollak K (2008). Communication: What do Patients Want and Need? Prevezeto 30.10.2018 iz <http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JOP.0856501>
6. Zrimec Križman A. Celostno zdravljenje raka: onkološko in psihološko zdravljenje ter samozdravljenje. Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2014.
7. Škorjanc J. Posebnosti komunikacije z onkološkim bolnikom. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 2014.
8. Zwitter M. Komunikacija z onkološkim bolnikom. V: Novaković S., Hočevar M., Jezeršek Novaković B., Strojman P., Žgajnar J. (ured.). *Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje*

raka (str. 214-215). Ljubljana, 2009: Mladinska knjiga.

9. Škufca Smrdel C. Veščine komunikacije v odnosu zdravstveni delavec – bolnik. V: Matković M., Petrijevcčanin B. (ured.). Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom – 38. strokovni seminar (str. 7-12). Maribor, 2009: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
10. Ebert Moltara M. Pogovor z bolniki in svojci. V: Novaković S., Zakotnik B. in Žgajnar J. (ured.). Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja – 22. Onkološki vikend (str. 81). Portorož, 2009: Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku (Nejc d.o.o.).
11. Duratović A. (26.4.2013) Pomen komunikacije v odnosu med zdravstvenim osebjem in ženskami v državnem presejalnem programu Zora. Prevezeto 30.10.2018 iz https://zora.onko-si/fileadmin/user_upload/dokumenti/izobrazevanja/Prispevki_iz_zbornika_4izobrazevalnega_dne_programa_ZORA/4ZD_zbornik_11_DURATOVIC_web.pdf

Psihološka podpora v paliativni oskrbi

Vesna Ribarič Zupanc



Po definiciji Svetovne Zdravstvene Organizacije je Paliativna oskrba aktivna, celostna oskrba bolnikom vseh starosti z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim, slednjim tako v času bolezni kot v procesu žalovanja. Paliativna oskrba tako ni opredeljena z določenim obolenjem, starostjo bolnika, njegovim prepričanjem in podobnim, temveč temelji zgolj na oceni stanja bolnika s katerokoli neozdravljivo boleznijo, oceni prognoze njegove bolezni ter oceni specifičnih potreb bolnika in njegovih bližnjih. Paliativna oskrba se lahko začne že zgodaj po diagnozi neozdravljive bolezni in se nadaljuje v procesu umiranja, smrti in žalovanja (1).

Za paliativno oskrbo je značilen celostni pristop k bolniku in njegovim bližnjim. Po svoji naravi je multidisciplinarna zdravstvena veja. Vanjo so vključeni razen zdravnikov in negovalnega osebja glede na trenutne potrebe bolnega in/ali njegovih bližnjih tudi klinični psihologi, socialni delavci, fizioterapevti, prehranski strokovnjaki, logopedi, teologi.

Ker gre za poudarjen celostni pristop, obravnava bolnika/bližnje ne le po fizični plati, temveč je pozornost oskrbe usmerjena tudi v psihološki, socialni in ne nazadnje tudi duhovni vidik človeka v določeni bolezenski situaciji.

V idealnih razmerah hodi paliativna oskrba z roko v roki z zdravljenjem. Kadar pa to ni več možno, se težišče prevesi na blaženje težav. Osnova je seveda vedno blaženje fizičnih simptomov. Kadar so ti solidno urejeni, si lahko privoščimo nadgradnjo in vključimo še druge dimenzije. Dejstvo pa je, da nobena od teh težav ni izolirana. Človek je kompleksno bitje. Pogosto se izkaže, da je nek fizični simptom poudarjen oz. z zdravili neobvladljiv, ker skozi fizično raven bolnik izraža stiske na drugih ravneh bivanja. Ob neobvladljivih fizičnih simptomih je pogosto nujna pomoč in vključitev kliničnega psihologa. Drugi zdravstveni delavci namreč nismo opremljeni z znanji in veščinami ki bi nam omogočale globlji vpogled v razsežnosti duševnih stisk, prav tako ne poznamo ne medikamentoznih orodij, ki bi jih pomagale blažiti.

V ustni predstavitvi prikazujem obravnavo dveh bolnikov z napredovalo rakavo boleznijo in neobvladanimi fizičnimi simptomi, ko je vključitev kliničnega psihologa bistveno doprinesla k celokupnemu izboljšanju bolnikovega stanja in tudi h kvaliteti umiranja.

In ne le v kompleksnih situacijah, tudi ko gre za dokaj običajne situacije obravnave bolnikov s kronično neozdravljivo boleznijo, je vključevanje kliničnega psihologa, ki s svojim pristopom razbremeni bolnega in/ali njegove bližnje neprecenljiv doprinos k celostni obravnavi bolnika. Žal pa je v trenutnih razmerah in pomanjkanju kadrov to v vsakdanji praksi še zelo daleč od realnosti.

Konec koncev pa smo tudi vsi ostali zdravstveni delavci zgolj ljudje. Človeške stiske bolnikov, i jim pomagamo, se nas pogosto močno dotaknejo in vplivajo na nas. Zato je pomemben vidik psihološke podpore v paliativni oskrbi tudi možnost supervizije s strani izkušenega kliničnega vidika. A tudi ta možnost ostaja zaenkrat le kot vizija. Supervizija.

Literatura

1. Ministrstvo za zdravje. Državni program paliativne oskrbe. Ljubljana 2010.

Izguba, žalovanje, psihološka podpora

Megie Krajnc



Izvleček

Prispevek obravnava žalovanje ob izgubi otroka v času nosečnosti zaradi spontanega ali umetnega splava po ugotovljeni nepravilnosti pri razvoju otroka ali smrti otroka med porodom ali kmalu po porodu. Žalovanje, ki sledi tej vrsti izgube, je izredno težko, predvsem zato, ker za starše to velikokrat pomeni lasten neuspeh in poleg izgube otroka tudi izgubo dela sebe, ciljev, predstav, načrtov za prihodnost, samopodobe in upanja ter spontanosti za naprej. Proces žalovanja ni odvisen od višine nosečnosti, ampak na soočanje žalujočih z izgubo vplivajo predvsem njihove predhodne izkušnje in načini soočanja s težavami, vzrok prekinitve nosečnosti ali smrti otroka ter podpora partnerja, socialne okolice in zdravstvenega osebja. S strani zdravstvenega osebja je potreben predvsem sočuten, spoštljiv in strokoven odnos, ki staršem omogoča priznavanje obstoja otroka in daje možnost prilagajanja individualnim potrebam v procesu žalovanja. S tem prispevamo k ustrežnejšemu prebolevanju in zmanjšanju možnosti pojava kasnejših psihičnih težav.

Ključne besede: izguba, žalovanje, podpora zdravstvenega osebja in psihološka podpora.

Abstract

The article deals with grief after the loss of a child during pregnancy due to a spontaneous or induced abortion for developmental fetal abnormalities or the death of a child during labor or shortly after delivery. The grief that accompanies this type of loss is extremely difficult, especially because parents often project it as their own failure and, in addition to losing a child, the loss of a part of themselves, their goals, visions, plans for the future, self-image and hope and spontaneity for the future. The mourning process does not depend on the gestational age; how those who grieve confront the loss is primarily influenced by their previous experiences and coping mechanisms, the cause of the termination of pregnancy or the death of the child, and the support of their partner, the social environment and medical personnel. Medical personnel needs to show a compassionate, respectful and professional attitude that allows parents to recognize the existence of their child and provides the opportunity to adapt to individual needs in the process of mourning. This contributes to a successful recovery and reduces the possibility of subsequent psychological problems.

Key words: loss, grief, medical personnel support and psychological support.

Uvod

Smrt otroka/ploda zaradi fetalne smrti in mrtvorojenosti (spontana smrt ali prekinitev nosečnosti zaradi medicinske indikacije) je za starše pogosto travmatičen in nepričakovan dogodek, ki mu sledi proces žalovanja. V Sloveniji se s problematiko obravnave staršev po taki vrsti izkušnje sistematično lotevajo že od leta 1997, ko so organizirali prvo izobraževanje za zdravstvene delavce z naslovom »Strah, bolečina, žalost – kako se z njimi soočata bolnik in zdravstveni delavec v perinatologiji«. Od takrat naprej je prišlo do pomembnih premikov na področju strokovne pomoči staršem, prav tako pa je napredek na tem področju prispeval k izgradnji spominskih parkov po različnih krajih v Sloveniji in organizaciji društev, kot so Solzice, ki pomagajo staršem ob izgubi (1).

Fetalna smrt je smrt ploda zaradi spontanega splava, zunajmaternične nosečnosti in drugih patoloških oblik nosečnosti, ki se končajo z odmrtjem ploda pred 22. tednom nosečnosti oziroma ko je teža ploda pod 500g. Fetalnih smrti je bilo leta 2016 v Sloveniji 2862. V to številko pa niso vštete prekinitve nosečnosti na željo ženske, ki jih je bilo v letu 2016 3736, pri nekaj manj kot 100 primerih pa je bila zabeležena medicinska indikacija za prekinitev nosečnosti (2). Kot mrtvorojenost pa so opredeljene vse smrti plodov po dopolnjenem 22. tednu nosečnosti oziroma teži vsaj 500g, bodisi da gre za spontano smrt ali prekinitev visoke nosečnosti zaradi medicinske indikacije. Le teh je bilo v Sloveniji leta 2016 98 (3). Ne glede na višino nosečnosti je pomembno, da so starši ustrezno obravnavani po vsej Sloveniji in imajo enake pravice glede načina slovesa od otroka.

Proces žalovanja

Žalovanje je proces, ki predstavlja pričakovan odgovor na izgubo in se pojavi pri starših, katerih nosečnost se ne zaključi uspešno ali jim otrok umre ob ali po porodu. Gre za globoko čustveno dogajanje, v katerem se prepletajo različna doživljanja kot so žalost, občutki krivde, jeze, bolečine in dokončnosti (4). V grobem poteka žalovanje v štirih fazah. Te faze se pri vseh ne pojavijo v enaki obliki, si ne sledijo v enakem vrstnem redu in tudi ne trajajo enako dolgo, saj je proces žalovanja individualen in intimen proces, ki pri vsakem posamezniku lahko poteka na drugačen način.

Faza šoka, zanikanja:

Prvo fazo žalovanja imenujemo faza šoka in zanikanja. Ljudje jo doživijo ob prejeti informaciji glede ugotovljene anomalije ali smrti otroka (spontani ali umetno povzročen splav in drugi razlogi za smrt v času nosečnosti ali po porodu). V tej fazi starši doživljajo čustveno otopelost, zanikanje in nesprejemanje realnosti izgube. Prisotna so vprašanja: »Je to res?«, »Se to res dogaja?«, »Ga res več ni?« (5). Šok se lahko kaže z izbruhi jeze in tudi s telesnimi simptomi, kot so težave pri dihanju, zadrgnjeno grlo, občutek praznine v trebuhu. Ta faza traja od nekaj ur do enega tedna (6). To obdobje je čas urejanja najosnovnejših formalnosti (pogovori z zdravstvenim osebjem, ginekologi, psihologi), podpis potrebne dokumentacije, splav oziroma porod) ter opravljanja ritualov (sloves in pokop), ki žalujočemu omogoča počasen prehod v naslednjo fazo (7).

Faza protesta in hrepenenja:

Starši v tem obdobju doživljajo močne čustvene reakcije, hudo notranjo bolečino in polno zavedanje izgube. Doživljajo burna čustva kot so jok, hrepenenje, hudo čustveno razdražljivost, nemir, tesnobo, občutke krivde, jeze... Ob tem so prisotne tudi telesne težave, kot so spremembe v apetitu in spalnih navadah, v okviru katerih lahko prihaja tudi do intenzivnih sanj in nočnih mor. Poleg omenjenega se pojavljajo tudi telesne bolečine in neugodje, slabša koncentracija ter težave pri delu. Ta faza naj bi trajala od dva do tri mesece (6). V tem obdobju se velikokrat pojavi tudi intenzivna želja po ponovni nosečnosti, kar je odraz žalovanja in hrepenenja po zapolnitvi praznine.

V tem obdobju žalujoče matere doživljajo simptome globoke depresije, ki prispevajo tudi k težavam s koncentracijo in spominom. To jih ovira pri učinkovitem opravljanju dela in zato je smiseln bolniški dopust (7).

Faza brezupa in dezorganizacije:

Prisotni so občutki brezizhodnosti, obupa, tesnobe, razdražljivosti, jeze, krivde [6], pomanjkanja volje, energije in močna žalost (5). Še vedno pa so lahko prisotne že navedene telesne težave (težave s koncentracijo in spominom, motnje spanje in apetita, nočne more, utrujenost, nemir, pretirana aktivnost). Pri žalujočem se pogosto tesnoba, občutki krivde in jeze stopnjujejo, kar je v nasprotju s pričakovani žalujočega in okolice (8), to jih pogosto prestraši. Ta faza naj bi trajala od nekaj mesecev do konca prvega leta po smrti (6).

Faza izboljšanja (reorganizacija):

Običajno se pojavi po prvem letu smrti, prekinitve nosečnosti. Tukaj gre za sprejemanje smrti na razumskem in čustvenem nivoju, kar omogoča žalujočemu, da se vrača v rutino življenja in je ob tem intenzivnost občutkov manjša (5). Še vedno pa prihaja do poslabšanja razpoloženja in povišanega občutka praznine, predvsem ob pomembnih družinskih dogodkih kot so rojstni dnevi, obletnice, družinski prazniki (6).

Običajno žalovanje je obdobje psihičnih motenj, ki vplivajo na vsakodnevno funkcioniranje žalujočega. Običajno žalovanje razdelimo na akutno stanje, ki traja približno od 2-6 tednov, v naslednjih 6-24 mesecih pa sledi postopno prebolevanje (4) in sprejemanje izgube. Žalovanje ni pozabljanje umrle osebe, temveč počasno sprejemanje realnosti in navajanje na spremembo v življenju (9). Pri določenih načinih žalovanje pa se pojavi tudi patološko žalovanje, ki se kaže v podaljšanjem, potlačenem ali neustrezno predelanem žalovanju, ki se pogosto izraža s somatskimi pritožbami. Nichol je skupaj s sodelavci ugotovil, da je do patološkega odziva prišlo pri 21% žensk, ki so slabše psihično in fizično funkcionirale še 2 leti po izgubi (10), kar so ugotovili tudi v drugih preteklih študijah, kjer so ugotovili prisotnost visoke stopnje psihopatologije (13-34%) v družinah po perinatalni izgubi (11).

Podpora zdravstvenega osebja

Zavedanje pomena vloge zdravstvenega osebja in psihološke pomoči pri soočanju staršev z izgubo ploda/otroka v času nosečnosti, med ali po porodu, je vedno večje. S strani zdravstvenih delavcev je potreben strokoven, spoštljiv in sočuten pristop, saj ima ustrezna obravnava žalujočih staršev pozitiven kratkoročni in dolgoročni vpliv na njihovo psihično stanje in potek procesa žalovanja.

Prav prvi stik, način verbalne in neverbalne komunikacije ima ob posredovanju slabe novice pomemben vpliv na trenutno in dolgoročno doživljanje in občutke žalujočega, predelovanje žalovanja ter sprejemanja njihovih odločitev.

V nadaljevanju je predstavljenih nekaj napotkov, ki omogočajo strokoven in hkrati sočuten odnos do staršev.

Posredovanje slabe novice:

Pri posredovanju slabih novic je potrebno osebno sporočanje, v ustreznem okolju, ki ljudem omogoča zasebnost in mir (12). Predvsem je pomembno, da ljudje nimajo občutka, da se jih zdravstveno osebje izogiba ali da se jim mudi (13), zato je dobro, da po povedani diagnozi zdravstveno osebje ne zapusti prostora takoj (14). Pri komunikaciji se je potrebno izogibati negotovosti in nejasnosti (15)

in se namesto tega posluževati iskrenosti, jasnosti in empatije (12). Pomembno je, da se resnico pove na jasen in senzibilen način, saj se bodo starši s tem lažje soočili kot z nejasnostjo, ki jim lahko daje občutek, da se jim prikrivajo pomembne informacije. Pridobiti je potrebno informacije koliko starši o stanju že vedo, koliko razumejo in koliko želijo vedeti. Nekateri namreč želijo vedeti vse, nekateri si pa želijo pregleda glavnih informacij (16). Za lažje komuniciranje je potrebna uporaba preprostih stavkov in izogibanje medicinski terminologiji (17).

Poleg verbalne ima pomembno vlogo tudi neverbalno komuniciranje, predvsem vzpostavitev očesnega kontakta in ob primernih trenutkih tudi dotik (17). Obdobje tišine, ki je del komunikacije in je lahko za zdravstveno osebje neprijetno in jo posledično skušajo zapolniti z različnimi komentarji in tolažilnimi besedami («naslednjic bo vse v redu»), je v komunikaciji s starši s tako vrsto izkušnje potrebno. S pomočjo obdobja tišine, se zdravstveno osebje približa osebi, ki je v stiski in ji omogoča, da s svojim tempom sprejema informacije.

Pravice staršev:

Po predstavljeni diagnozi oziroma stanju je pomembno, da so staršem jasno predstavljeni medicinski postopki, ki sledijo (12) in njihove pravice, predvsem pa da jim je dan čas, ki ga potrebujejo za sprejemanje odločitev. Namreč ob prejeti informaciji se pogosto starši zaradi obrambnih mehanizmov želijo izogniti vsem informacijam in bolečini. Zato je pomembno, da jih zdravstveno osebje ob tem podpre in jih ne priganja ter jim na ta način omogoči možnost spreminjanja odločitev in izbire, ki jim daje občutek kontrole. Prav tako je pomembno, da zdravstveno osebje starše spodbudi k ustvarjanju spominov, saj se na začetku starši velikokrat želijo izogniti vsemu kar bi jih lahko spominjalo na otroka. Dobro je, da jim je možnost izbire omogočena v čim več situacijah, kot so na primer pravica do drugega mnenja glede otrokovega zdravstvenega stanja, pravica do odločitve ali bo partner zraven v porodni sobi, odločitev glede možnosti da pogledajo plod in se od njega poslovijo, možnost glede odločitve načina in kraja pokopa ter ustvarjanja spominov (8).

Stik s plodom/otrokom:

V Sloveniji imajo starši pravico pogledati otroka/plod, se ga dotakniti, ga vzeti v naročje in z njim preživeti toliko časa kot ga želijo. Plod/otroka prav tako lahko fotografirajo, dobijo odtise stopal, zapestnico, podatke o telesni dolžini in teži ter pramen las (z dovoljenjem staršev). Za njih je to dokaz obstoja otroka. Z vsemi temi spomini pa je prav tako tudi sorodnikom in sorojencem lažje dojeti realnost obstoja otroka in pomen, ki ga ima otrok za starše (8).

Izbira pokopa:

Starši imajo pravico do izbire načina pokopa za svojega otroka. Izbirajo lahko med individualnim pokopom, ki se lahko individualno izvede na Žalah ali katerikoli drugih pokopališčih v Sloveniji, in skupinskem pokopom, ki se izvede v obliki skupinskega raztrosa pepela v različnih spominskih parkih po Sloveniji, ki so namenjeni smrti plodov/otrok v času nosečnosti (npr. v Ljubljani Park zvončkov, v Mariboru Park belih vrtnic, v Postojni Zvezdica...). Pravico imajo tudi do upoštevanja kulturnih in religioznih značilnosti. Nekaterim staršem veliko pomeni, če lahko otroka pred smrtjo krstijo ali mu podarijo spomin s katerim želijo, da se pokoplje, kar jim je potrebno omogočiti (8).

Poimenovanje otroka:

Poleg izbire načina pokopa imajo starši pravico poimenovati otroka. Uradno ga lahko poimenujejo, ko je plod/otrok težak vsaj 500g. Takrat je potrebna materina izjava glede njegovega

imena in priimka. V primeru, da imena ne želijo dati, se namesto le tega zapiše spol otroka. Po podpisu izjave starši prejmejo rojstni list. V primeru, da sta starša v izven zakonski partnerski skupnosti in priznanje očetovstva še ni urejeno na za to pooblaščenih uradih, lahko le to uredijo kasneje po prejemu rojstnega lista na Centru za socialno delo ali Upravni enoti.

Bolniški/ porodniški dopust:

Ženskam je po splavu (teža ploda do 500g) priporočen bolniški dopust, v trajanju od dveh do štirih tednov, kar je za fizično okrevanje običajno dovolj, za psihično okrevanje pa velikokrat premalo. Po porodu (teža ploda nad 500g) pa ženskam pripada 42 dni porodniškega dopusta. Po izteku tega obdobja je večina še v akutni fazi procesa žalovanja in nekatere potrebujejo bolniški dopust, ki ga do 30 dni ureja osebni zdravnik, nato pa ženska potrebuje priporočilo specialista in je zahtevana obravnava na komisiji na zavarovalnici. Potrdila, ki utemeljujejo potrebo po bolniškem dopustu zaradi psihičnega stanja, lahko napišeta psihiater ali specialist klinične psihologije.

Prilagajanje individualnim potrebam:

Ob stiski in pomembnih odločitvah, ki jih starši doživljajo, je potrebno čim bolj zmanjšati dodaten stres, ki bi ga povzročali z nepotrebnim menjavanjem sob, zdravnikov in babic (8). Priporočljiva je prilagoditev individualnim potrebam v maksimalni možni meri, kar lahko storimo z možnostjo podaljšanja ur obiskov, možnostjo obiskov njim ljubljenih oseb in v primeru prostorske kapacitete tudi s tem, da se omogoči, da partner prespi v bolnišnici.

Na začetku, ko so žalujoči v stiski, je pomembno predvsem aktivno poslušanje in podajanje za njih pomembnih informacij, saj zaradi preobilice le teh in šoka težko zastavljajo vprašanja (15). Pomembno je, da jih poslušamo in jim ne govorimo kaj naj čutijo, saj svoje občutke poznajo samo oni. Ob izkazanem sočutju pa je pomembno tudi, da jih ne preplavimo s svojimi lastnimi občutki, ki so plod naših osebnih bolečih izkušenj (8). Sicer pa je skozi celoten postopek in tudi kasneje potrebna profesionalna komunikacija in aktivno poslušanje ter omogočanje izražanje čustev brez, da se starše postavi v situacijo, kjer čutijo, da morajo biti močni in da jih ne smejo izražati.

Nega in podpora, ki jo zdravstveno osebje daje staršem, seveda ne more odzvzeti bolečine, vendar slaba ali neprimerna lahko še poslabša proces žalovanja tako na kratki kot na dolgi rok. Ne glede na višino nosečnosti si starši zaslužijo, da se jih obravnava z največjo možno senzibilnostjo v času izgube kot tudi mesece in leta kasneje. Najmočnejši spomini staršev so pogosto spomini prvih komentarjev zdravstvenega osebja in domačih (»Saj bosta imela drugega otroka, sta še mlada.«, »Boljše sedaj kot kasneje.«, »Boljše to, kot pa da bi imela invalida.«, »Življenje gre naprej.«) (8). Potrebno je spoštovati čustva in odločitve žalujočega, četudi se razlikujejo od našega mnenja.

Psihološka podpora

Starši na neuspešno nosečnost in izgubo otroka odreagirajo zelo različno. Prav tako zelo različno odreagirajo njihovi bližnji, npr. otroci, stari starši, sorodniki, znanci, sodelavci in še številni drugi. Iz tega vidika je pomembno, da jim je ob stiski, ki jo doživljajo, omogočena pravica, da so poučeni o procesu žalovanja, da jim je na voljo psihološka podpora in ustrezna zdravstvena obravnava, ki prispeva k ustrežnejšemu predelovanju izgube in zmanjšuje možnost zapletov pri žalovanju. V različnih študijah namreč ugotavljajo, da so ženske, ki izgubijo otroka zaradi splava (spontanega ali inducirane) ali rodijo mrtvega otroka, pod vplivom večjega tveganja, da trpijo za simptomi depresije in anksioznosti, občutki krivde in samoobtoževanja tudi v kasnejših nosečnostih (19).

Proces žalovanja je za starše velikokrat težji kot si na začetku predstavljajo. Prav zaradi zavedanja, da proces žalovanja traja bistveno dlje in da je ustrezno predelovanje izgube pomembno tudi zaradi doživljanja kasnejših življenjskih dogodkov, je na Kliničnem oddelku za perinatologijo

Ginekološke klinike, Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, staršem, ki izgubijo otroka v času nosečnosti ali kmalu po porodu, ponujena psihološka podpora pred in po postopku prekinitve nosečnosti, splavu ali porodu. Psihološka obravnava jim je ponujena v času hospitalizacije in po odpustu domov v obliki ambulantnega dela. Pomen takojšnje pomoči staršem in možnost kasnejšega spremljanja so kot koristno izpostavili tudi v tujini (19).

Starši, ki prejmejo informacijo o nepravilnosti pri razvoju otroka, so velikokrat v dilemi ali nadaljevati z nosečnostjo in se soočiti s vplivom zdravstvenega stanja otroka na funkcioniranje celotne družine ali zaprositi za umetno prekinitve nosečnosti. Ob tem velikokrat potrebujejo psihološko svetovanje. Njihova odločitev je odvisna od prognoze za otroka, občutkov glede prekinitve nosečnosti in vpliva možnih posledic (ne)prekinitve nosečnosti na druge otroke, njihov zakon in družinsko življenje (19). Ob tem je pomembno, da dobijo realne informacije in čas za sprejemanje odločitve. Številnim se ob sprejemanju odločitve pojavijo občutki krivde, ki se navezuje na težo ki jo nosijo s sprejemom posamezne odločitve in dvom v pravilnost le te.

V primeru spontanega splava, umetne prekinitve nosečnosti ali poroda mrtvega otroka je potrebna psihična priprava na zdravstvene posege, ki sledijo. Za pripravo potrebujeta starša informacije o poteku postopka (jasno predstavljena postopek, načini lajšanja bolečine, možnosti sobivanja partnerja in prisotnost le tega v porodni sobi, ob splavu) in čas, da se od otroka poslovita že v času nosečnosti (8). Poleg informacij o medicinskih postopkih pa je potrebno, da sta seznanjena z lastnimi pravicami glede slovesa od otroka. Torej, da ga lahko pogledata, pestujeta, se poslovita od njega, ga fotografirata, ustvarita spomine in z njim preživita toliko časa kot ga potrebujeta. Seznaniti pa jih je potrebno tudi s pravno formalnimi vprašanji glede načina pokopa otroka in prijave rojstva ploda (nad 500g), ki zahteva tudi materino izjavo glede otrokovega imena in priimka. V primeru, da starši imena ne želijo dati, je zapisan zgolj spol otroka. V primeru, da je ime že izbrano in sta ga starša tudi klicala po imenu, svetujemo da se to zapiše na rojstni list, ki ga kasneje prejmeta in da ga tudi druge njima bližnje osebe kličejo po imenu, saj s tem priznavajo obstoj otroka. Odsvetujemo pa, da se z imenom, ki je bilo namenjeno temu otroku, poimenuje naslednjega otroka (8).

V primeru, da par psihološkega svetovanja pred posegom ni potreboval, ju psiholog obišče po porodu ali splavu z namenom nudenja osnovnih informacij o žalovanju in v primeru poroda (teža ploda nad 500g) izpolnitve rojstnega lista. Psihološka podpora v času hospitalizacije zajema predvsem svetovanje o žalovanju, razlikah v procesu žalovanja, načinih soočanja z izgubo in seznanitev z viri pomoči (bolniški in porodniški dopust, možnost nadaljnje psihološke pomoči, podporne skupine...). Staršem so tudi po porodu predstavljene njihove pravice in so spodbujeni k temu, da pogledajo otroka, ga vzamejo v naročje, fotografirajo in poimenujejo ter s tem ustvarijo čim več spominov nanj. Tudi kasneje, v obliki ambulantnega dela, jim je preko psihoedukacije, razbremenitve in normalizacije njihovih občutkov nudeno svetovanje glede procesa žalovanju in soočanja s čustvi ter odzivi drugih ljudi.

Ker so odzivi drugih ljudi zelo raznoliki in velikokrat usmerjeni v minimiziranje ali ignoriranje občutkov staršev ob izgubi, so v nadaljevanju predstavljene najpogostejše težave, s katerimi se soočajo starši.

Pomembno vlogo pri procesu žalovanja ima partnerjeva/partnerkina podpora. Med partnerjema se velikokrat pojavljajo razlike v doživljanju žalovanja in izražanju občutkov. Ženske običajno doživljajo bolj intenzivne občutke, potrebujejo več pogovora o otroku, so kasneje pripravljene na odhod v družbo in na novo nosečnost. Tudi v slovenski študiji je bilo ugotovljeno, da pri ženskah izstopajo predvsem občutki krivde, žalosti, razočaranja in praznine ter da so ženske v primeru umetne prekinitve nosečnosti zaradi nepravilnosti pri razvoju ploda imele več pomislov o pravilnosti odločitve za prekinitve v primerjavi z moškimi (20). Moški pa se z izgubo pogosto soočajo na način, da se zamotijo z različnimi aktivnostmi, tudi nekonstruktivnimi (povečan obseg dela, zloraba alkohola in socialna izolacije). Tudi v slovenski študiji se je izkazalo, da so ženske poročale, da moški o svojih čustvih glede izgube niso želeli govoriti, jih niso izkazovali navzven in da so bila manj intenzivna in manj časa trajajoča (20).

Starši potrebujejo podporo tudi s strani domačih in prijateljev. Le ti velikokrat predvidevajo, da zgodnje izgube niso pomembne, da to ni »pravi otrok« (19) in z različnimi komentarji ali ignoriranjem spodbujajo starše k življenju naprej in s tem nenamerno zmanjšujejo pomen njihovih čustev in ovirajo nujno izražanje le teh (»Sta še mlada.«, »Čim prej pozabita.«). Prav iz tega vidika ima prej omenjeno ustvarjanje spominov pomembno vlogo. V okviru psihološkega svetovanja je svetovanje usmerjeno predvsem k ustrezni komunikaciji z okolico.

Komunikacija s starejšimi otroci je za starše prav tako pomemben vir stiske, ki povzroča občutke nemoči in dilemo ali in kako jim povedati za izgubo. Nekateri z namenom zaščite otroka ne povedo za izgubo, zanikajo obstoj nosečnosti ali jim dajo nejasen odgovor, npr. »otrok je ostal v bolnišnici«, »otrok je odšel/zaspal«. Reakcije otrok so različne, odvisne od njihove starosti in razvojne stopnje (19). Njihovi občutki se kažejo predvsem na področju sprememb v vedenju, vzorcih spanja in apetita (21). Zelo pomembno je, da starši otrokom povedo realne informacije prilagojene njihovi starosti in stopnji razumevanja in, da jih aktivno vključijo v proces žalovanja.

Psihološka podpora pa je priporočljiva tudi pri vključitvi na delovno mesto, kjer se težave lahko pojavljajo na področju odnosa z nadrejenimi, sodelavci ali na področju njihovega soočanja z delovnim mestom (težave na področju koncentracije in spomina ter težave, vezane na vrsto dela, na primer delo z otroci).

Pogosta tema psihološkega svetovanja je tudi prihodnja nosečnost. Že znotraj akutnega procesa žalovanja se pogosto pojavi želja po novi nosečnosti. V primeru prezgodnje odločitve za novo nosečnost gre pogosto za željo po nadomeščanju, zapolnitvi praznine, kar je posledica žalovanja. Par pa se za novo nosečnost odloči predvsem z upanjem, da bo naslednji otrok zapolnil psihološko praznino, ki je nastala s predhodno izgubo (22), kar pa lahko vodi v psihične težave v kasnejši nosečnosti, ki se lahko kažejo z globoko anksioznostjo, maskirano depresijo in psihosomatskimi zapletmi [8]. Ugotovili so, da matere, ki niso deležne strokovne pomoči v procesu žalovanja po perinatalni smrti, večkrat razvijejo psihiatrične simptome, imajo daljše žalovanje in pogosteje prehitro ponovno zanosijo. Pravi čas za naslednjo nosečnost je takrat, ko se ženska lahko veseli naslednjega otroka in nosečnosti (8). Pri procesu žalovanja se lahko pojavijo različne težave. Žalovanje se lahko sprevrne v kronično žalovanje, ki je pretirano v trajanju, lahko pride do odloženega žalovanja, ki je bilo potlačeno, ali do prikritega žalovanja, ki se kaže predvsem na področju pritoževanja glede somatskih simptomov (23). V slovenski študiji so ugotovili, da je v povprečju 14 mesecev po prekinitvi nosečnosti skoraj 14% udeleženk poročalo o zmerni depresiji, 3,7% o težki depresivni simptomatiki, 37% žensk je imelo visoko anksioznost kot stanje, 26% pa povišane simptome žalovanja (20), kar je v skladu s tujimi študijami, ki ugotavljajo, da ženske z zgodovino spontanega splava v prvem trimesečju nove nosečnosti doživljajo več anksioznih in depresivnih simptomov v primerjavi z ženskami, ki te izkušnje nimajo (24). Iz tega vidika je pomembno, da imajo starši ustrezno medicinsko in psihološko podporo, ki jim pomaga pri sprejemanju lastnega žalovanja in medsebojnih razlik v procesu žalovanja in predelovanju le tega brez časovnega pritiska ter da imajo ob tem možnost psihološke obravnave tudi v naslednji nosečnosti.

Ob vsem zapisanem je pomembno vedeti, da je žalovanje normalen proces in odgovor na izgubo, zaradi česar ni potrebno, da se predpiše medikamentozna terapija, kar je v prvih nekaj dneh (pomirjevala) in v akutni fazi procesa žalovanja (antidepresivi) zelo pogosto. V procesu normalnega žalovanja je to odsvetovano in se zato medikamentozna terapija uvede šele v primeru, da ženska po nekaj mesecih ni sposobna normalno socialno in delovno funkcionirati oziroma se oblikuje druga psihopatologija (8).

Ustrezna zdravstvena in s tem tudi psihološka obravnava je smiselna tudi pri naslednjem porodu in v poporodnem obdobju, kjer se starši prav tako lahko srečujejo z različnimi dilemami in občutki, ki jih pogosto spominjajo na to kako bi moralo biti in česa so bili prikrajšani.

Ob izkušnji izgube otroka je potrebno, da je par seznanjen z viri pomoči. Strokovno pomoč lahko najdejo pri psihiatru in kliničnih psihologih v zdravstvenih domovih, na Kliničnem oddelku za perinatologijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana in v UKC Maribor. Laično pomoč ponuja

društvo Solzice, ženske pa imajo tudi možnost pogovora na medmrežju: Med.over.net: Ko starši žalujejo, skupine žalujočih mamic na Facebooku,... Nekaterim ogromno pomenijo tudi knjige, ki se dotikajo teme žalovanja kot je na primer Prazna zibka, strto srce. V namen posredovanja osnovnih informacij o procesu žalovanja in možnostih pomoči smo na Kliničnem oddelku za perinatologijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana oblikovali brošuro Gnezdo brez ptičkov (25). Te brošure so namenjene staršem, ki se srečujejo z izgubo otroka v času nosečnosti ali kmalu po porodu po celi Sloveniji. Brošure so dostopne za vse zdravstvene ustanove, ki se srečujejo s pari s to izkušnjo in jih je možno dobiti na Kliničnem oddelku za perinatologijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana.

Glede na kompleksnost poteka procesa žalovanja in pomen le tega na kasnejše psihično funkcioniranje je pomembna celostna in dlje trajajoča psihološka podpora. Ta jim pomaga pri procesu žalovanja in iskanju pomena njihove izgube, predvsem pa pri preprečitvi nadaljnjih težav na področju duševnega zdravja. Ob psihološki obravnavah je zelo pomembna predvsem psihoedukacija o čustvih, regulacija in učenje izražanja čustev, normalizacija občutkov, podpora in neobsojanje (26).

Zaključek

Žalovanje ob prekinitvi nosečnosti in izgubi otroka se razlikuje od žalovanja ob izgubi odrasle osebe, saj so ob slednji prisotni realni spomini nanjo in skupne izkušnje. Kadar pa umre otrok v času nosečnosti ali kmalu po porodu, je navezanost osnovana na upanju in predstavah glede skupnega življenja z nerojenim otrokom ([22] in se na ta način izgubijo predstave o prihodnosti, želje, ideje in cilji. Neuspela nosečnost in izguba otroka vpliva na vse vpletene, tudi zdravstvene delavce, ki se ob tem prav tako srečujejo z lastnimi občutki. Ker pa se zdravstveno osebje srečuje z lastnimi občutki in ker je potreben strokoven in spoštljiv odnos z njihove strani, je pomembno, da so jim omogočena izobraževanja iz tega področja in podpora. Kljub temu, da zdravstveno osebje in psihologi ne moremo odvzeti bolečine staršem, pa lahko s spodbujanjem staršev k ustvarjanju spominov in z ustreznim odnosom prispevamo k ustreznemu procesu žalovanja in s tem manjši verjetnosti pojava različnih psihičnih težav kadarkoli kasneje.

Literatura

1. Velikonja V. Žalujoča družina in njene potrebe. In: Bregant L, ur. Zbornik referatov: Strah, bolečina, žalost: kako se z njimi soočata bolnik in zdravstveni delavec v perinatologiji; 1997 apr 4-5; SPS Ginekološka klinika, Ljubljana, Slovenija. V Ljubljani: Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom; 1997; p.38-42.
2. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti 2016. Neobjavljeni podatki.
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Perinatalni informacijski sistem RS 2016. Neobjavljeni podatki.
4. Globevnik Velikonja V. Psihološka pomoč staršem ob otrokovi smrti. Psihološka obzorja. 1999; 8(1):93-103.
5. Kübler – Ross E in Kessler D. On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss. London: Simon & Schuster; 2005.
6. Tekavčič-Grad O. Pomoč človeku v stiski. Ljubljana: Planprint, Litterapicta; 1994.
7. Stroebe MS, Hanson RO, Stroebe W, Schut H. Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care. American Psychological Association: Washington: DC; 2004.
8. Globevnik Velikonja V. Proces žalovanja po izgubi zelene nosečnosti in psihološka pomoč družini. In: Tul N, ur. Zbornik prispevkov: Neuspela nosečnost; 2016 jan 29; Ljubljana, Slovenija. V Ljubljani: Združenje za perinatalno medicino; 2016. p. 83-97.
9. Tomori M. Knjiga o družini. Ljubljana: EWO; 1994.
10. Bourne S, Lewis E. Pregnancy after stillbirth or neonatal death – psychological risk and

- management. *Lancet*. 1984;31-3.
11. Hammersley L, Drinkwater C. The prevention of psychological morbidity following perinatal death. *British Journal of General Practice*. 1997;47:583-6.
 12. Malm MC, Rådestad I, Erlandsson K, Lindgren H. Waiting in no-man's-land– Mothers' experiences before the induction of labour after their baby has died in utero. *Sex Reprod Healthc*. 2011;2(2):51-5.
 13. Kelley MC, Trinidad SB. Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth-a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:137.
 14. Pullen S, Golden MA, Cacciatore J. "I'll never forget those cold words as long as I live": parent perceptions of death notification for stillbirth. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2012;8(4):339–55.
 15. Nordlund E, Borjesson A, Cacciatore J, Pappas C, Randers I, Radestad I. When a baby dies: motherhood, psychosocial care and negative affect. *Br J Midwifery*. 2012;20(11):780-4.
 16. Balle WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA in Kudelka AP. SPIKES: A Six-Step Protocol for Delivering Bad News - Application to Patients with Cancer. *Oncologist*. 2000; 5: 302-11.
 17. Samuelsson M, Radestad I, Segesten K. A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth. *Birth*. 2001;28(2):124-30.
 18. Trulsson O, Radestad I. The silent child–mothers' experiences before, during, and after stillbirth. *Birth*. 2004;31(3):189-95.
 19. Robinson GE. Pregnancy loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):169-78.
 20. Pavše L in Globevnik Velikonja V. Psihološke reakcije po prekinitvi nosečnosti zaradi ugotovljenih nepravilnosti pri plodu. In: Tul N, ur. Zbornik prispevkov: Neuspela nosečnost; 2016 jan 29; Ljubljana, Slovenija. V Ljubljani: Združenje za perinatalno medicino; 2016. p. 83-97.
 21. Burns EA, House JD, Ankenbauer MR. Sibling grief in reaction to sudden infant death syndrome. *Pediatrics*. 1986 Sep;78(3):485-7
 22. Lim CED in Cheng NCL. Clinician's role of psychological support in helping parents and families with pregnancy loss. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*, 2011; 17(4): 215-217.
 23. Worden JW. Grief counseling and grief therapy. New York: Springer Publishing Company Incorporated; 1991.
 24. Bergner A, Beyer R, Klapp BF, et al. Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008;29:105-13.
 25. Pavše L, Krajnc M, Globevnik Velikonja V, Tul N. Gnezdo brez ptičkov: žalovanje po izgubi otroka v času nosečnosti, med ali kmalu po porodu. Ljubljana: UKC, Ginekološka klinika. 2016.
 26. Bennet, S. M., Ehrenreich-May, J., Litz, B. T., Boisseau, C. L., & Barlow, D. H. Development and preliminary evaluation of a cognitive-behavioral intervention for perinatal grief. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012;19,161-173.

Spolna zloraba

Iztok Takač
Tina Bizjak
Darja Arko



Izvleček

Najpogosteje se z žrtvami spolne zlorabe srečujemo v ginekoloških ambulantah, saj so žrtve spolne zlorabe običajno ženskega spola. Oskrba, pridobivanje anamneze in pravilno ter pravočasno zbiranje in hranjenje dokazov je izjemnega pomena, saj lahko v obratnem primeru pride do opustitve kazenskega postopka. Časovna omejitev pridobivanja vzorcev semena je 72 ur, sledi sperme v anusu pa se razgradijo še prej. Tveganje za prenos spolno prenosljivih bolezni je zaradi večje verjetnosti poškodb tkiva povišano, prav tako je ženski potrebno nuditi nujno kontracepcijo in psihološko obravnavo.

Ključne besede: spolna zloraba, obravnava žrtve spolne zlorabe

Abstract

We usually encounter victims of sexual violence in gynecological clinics because the majority of this patients are women. Caring for victims of sexual assault, history assessment and correct collection of all the samples is of utmost importance, in another way an abandonment of the criminal proceeding can follow. The time limit of biological evidence for forensic research of the sperm is 72 hours. However, sperm samples in anus decompose even more quickly. The risk of transfer of sexually transmitted diseases is higher due to a higher probability of tissue injury and additionally, offering an emergency contraception and psychological treatment is needed.

Keywords: sexual assault, proceeding of sexual assault victim

Uvod

Kazenski zakonik Republike Slovenije opredeljuje, da gre za posilstvo, če kdo prisili osebo drugega ali istega spola k spolnemu občevanju tako, da uporabi silo ali zagrozi z neposrednim napadom na življenje ali telo. (1, 2) Po sodobnih raziskavah doživi ena na šest žensk in eden na 33 moških v svojem življenju poskus posilstva ali popolno posilstvo, zato se z žrtvami spolnega nasilja največkrat srečamo v ginekološki ambulanti.^(2, 3) V letih med 1993 in 1998 so bile žrtve posilstva v Sloveniji skoraj v 100 % ženskega spola, žrtve spolnega nasilja pa so bile ženske v več kot 80 %. (4) Število prijav žensk v Republiki Sloveniji, ki so bile žrtve spolnega nasilja v širšem smislu, se je od leta 2010 do leta 2014 zmanjšalo. V tem obdobju jih je bilo povprečno okrog 200 na leto. (5) Dejansko število kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost je približno štirikrat večje, kot je navedeno v statistiki – kar 75 % spolnih napadov naj bi namreč ostalo neprijavljenih. (6-8) Nacionalna raziskava o nasilju v obdobju med letom 2008 in 2011 je pokazala, da v Sloveniji spolno nasilje doživi 6.5 odstotka žensk med 18. in 80. letom starosti. (6)

Zdravnik je dolžan vsako spolno zlorabo ali sum nanjo prijaviti policiji. Popolna evaluacija je časovno zahtevna in traja od 3 do 6 ur. Časovna omejitev bioloških sledi za forenzične preiskave je 72 ur. (3, 9) Zdravnik preiskovalec je v primeru sodne obravnave posilstva večinoma vpoklican na obravnavo. Kadar zdravnik preiskovalec sledov ne najde ali ne išče, lahko pride do opustitve kazenskega postopka, do oprostitve storilca kaznivega dejanja ali do obsodbe nedolžnega človeka. V samem kazenskem postopku lahko vsakega od zdravnikov, ki je bil vključen v obravnavo žrtve spolne zlorabe, procesni organ povabi, da nastopi kot priča ali pa kot izvedenec.⁸ Po zakonu o kazenskem oziroma pravnem postopku se je zdravnik dolžan na vabilo sodišča tudi odzvati, razen če se, opirajoč na varovanje poklicne skrivnosti, pričanju oziroma izvedenstvu odreče.⁽¹⁰⁻¹⁴⁾

V svetovnem merilu velja, da naj bi obravnavo spolno zlorabljenih žrtev obravnavali za to usposobljeni strokovnjaki v sodelovanju s specialisti ginekologi oziroma specialisti urgentne medicine. V Sloveniji zaradi relativno nizkega števila prijavljenih dejanj zoper spolno nedotakljivost ni smiselno uvajati posebnih skupin zdravnikov in medicinskih sester, ki bi bili specializirani za zavarovanje sledi, nastalih pri kaznivih dejanjih zoper spolno nedotakljivost. (2, 15)

Anamneza

V anamnestičnem delu zdravniške preiskave oškodovane ženske je treba izvedeti podrobnosti dogodka, ki nam v nadaljevanju omogočajo usmerjeno telesno preiskavo in zbiranje vzorcev. Pridobiti moramo časovni razpon med kaznivim dogodkom in preiskavo, saj sledi sperme v nožnici ne moremo zaslediti v dovolj velikih količinah po 72 urah, med tem ko se sledi sperme v anusu razgradijo že po 36 urah. (3, 9) Iz pogovora moramo izvedeti podatke o storilcu (ali je storilec poznana oseba, npr. družinski član, ali nepoznana oseba ter podrobni podatki o storilcu) in podrobnosti o kraju napada. (14)

V anusu sledov po iztrebljanju ni več možno zaslediti, prav tako v ustih po čiščenju zob, pitju ali hranjenju. Od oškodovanke je treba izvedeti, ali se je v času od posilstva do pregleda tuširala oziroma kopala, se preoblekla, jedla, si umivala zobe, uporabljala odvajala, zamenjala tampon, higienski vložek ali barierno sredstvo kontracepcije. (3) Če je storilec oškodovanko poljubljal, lizal ali grizel, je sledi možno pridobiti, če se oškodovanka še ni umila ali obrisala.²

Pomembna informacija glede dogodka je, ali je bila žrtev pod vplivom psihofizičnih substanc. Če ima žrtev pomanjkljivosti v spominu glede napada, je treba napraviti preiskavo na droge. Najpogosteje uporabljena droga posilstva je alkohol. (15) Pogosta je uporaba benzodiazepinov (npr. flunitrazepam) ter gama hidroksi butirata (GHB). V tem primeru so potrebne preiskave krvi in urina. V urinu so sledi drog najdlje prisotne, benzodiazepinske droge večinoma okoli tri do štiri dni. (3)

Prav tako je treba izvedeti, ali je oškodovanka v zadnjih 72 urah pred kaznivim dejanjem imela prostovoljne spolne odnose. V tem času se še lahko zaznajo sledi sperme v vaginalnih brisih.

Sledi sperme, izvirajoče iz predhodnih spolnih odnosov, lahko povzročijo nastanek mešanega profila DNK pri analizi sledi sperme iz ginekološkega vzorca, odvzetega po kaznivem dejanju. (9)

Pridobiti moramo tudi splošno medicinsko in ginekološko anamnezo oškodovanke: družinska anamneza, prebolele otroške bolezni, razvade, kronična obolenja, redna terapija, pretekli operativni posegi, alergije, menarha, datum zadnje menstruacije, trajanje ciklusa, trajanje menstruacije, število porodov ter število splavov (umetnih prekinitev in spontanah splavov).

Klinični pregled in zagotovitev dokaznih sredstev

Klinična preiskava in zagotovitev sledi sta usmerjeni glede na anamnezo. Zdravnik mora najprej izključiti možne ogrožajoče poškodbe oziroma bolezenska stanja, ki so lahko posledice spolne zlorabe. Sledi natančen pregled preiskovanke za zunanji znaki poškodbe, kot so površinske poškodbe in hematomi po okončinah in na obrazu, redkeje na trupu. (9) Poškodbe naj se tudi skicirajo, dodatek k skici pa naj bodo fotografije poškodb, s čimer se mora oškodovanka strinjati. Če ima oškodovanka na sebi še ista oblačila, kot ob posilstvu, zagotovimo le-ta. Priporoča se uporaba večje papirnate podlage, na čemer naj žrtev stoji, ko se slači. S tem zagotovimo, da se sledi, kot so lasje in dlake, med slačenjem ne izgubijo. Pri shranjevanju oblačil (predvsem spodnjega perila), ki so vlažna, je potrebno uporabiti papirnat material, saj se DNK material v vlažnem okolju hitreje razgradi. Kadar je iz anamneze znano, da je prišlo do lizanja, grizenja ali poljubljanja kože, odzamemo brise kože. Brisi sledi po telesu oškodovanke odzamemo s sterilno vatirano paličico iz plastične epruvete, ki je na voljo v vsaki ginekološki ambulanti. (2, 3)

Anogenitalni pregled in pregled znakov notranjih poškodb s pomočjo spekulum naj sledita na koncu. Enako kot lase se zagotovi sramne dlake in bris zunanlega spolovila. Lokalizacija in opis poškodb naj bosta izjemno natančna in če je možno, označena na skici. Preiskava v spekulih je indicirana, kadar je prisotna krvavitev, bolečina ali je iz anamneze znano, da je pri zlorabi prišlo do penetracije, in v primeru, kadar zbiramo sledi iz endocerviksa, istočasno pa lahko opravimo še bris nožnice. Bris po 72 urah po posilstvu je forenzično nepomemben. Fotografiranje poškodb je pomemben dodatek k vprašalniku. (3)

Laboratorijske preiskave so usmerjene glede na oceno poškodb, morebitno okužbo s spolno prenosljivimi boleznimi (SPB) in nosečnostjo. Za kazenski pregon osumljenca je dokaz spolno prenosljivih bolezni brez pomena. (3)

52.3 Priporočila za obravnavo

Če obstaja sum na prenos spolno prenosljivih bolezni, je treba sum potrditi ali ovreči s serološkimi preiskavami in vaginalnimi brisi, ki jih je kasneje treba ponoviti. Na novo pridobljene spolno prenosljive bolezni večinoma ne moremo dokazati v tako kratkem času od prenosa, tveganje za prenos v primeru posilstva ni znano. (15, 16) Prenos virusa HIV (humani imunodeficitni virus) na žensko pri vaginalni penetraciji s penisom s HIV okuženega moškega je 0,5–1,5/1000 kontaktov. Ob analni penetraciji se verjetnost poveča na 8–32/1000 kontaktov z inficiranim moškim. Zaradi nasilnega dejanja žrtve spolnega nasilja utrpijo poškodbe tkiva, to pa lahko poveča verjetnost prenosa. (16, 17)

Test nosečnosti je treba opraviti pri ženskah v rodni dobi. Ženski ponudimo nujno kontracepcijo. Na voljo sta dve metodi nujne kontracepcije. Najpogosteje uporabljeno hormonsko nujno kontracepcijo je treba uporabiti čim prej oziroma najkasneje v roku 72–120 ur. Na voljo so: levonorgestrel (LNG) v enojnem odmerku 1,5 mg, kombinirana estrogensko-progesteronska kontracepcija 2-krat na 12 ur (2 tableti s 50 µg etinilestradiola (EE)/0,25 mg LNG ali 4 tablete s 30 µg EE/0,15 mg LNG) ali ulipristalacetat, ki je učinkovit do 120 ur. Druga metoda nujne kontracepcije je nujna vstavev bakrenega materničnega vložka (angl. intrauterine device – IUD), ki povzroči vnetni odziv endometrija in prepreči implantacijo, baker v cervikalni sluzi pa ovira gibljivost semenčic. (18)

Po končani klinični obravnavi in zdravljenju akutnih poškodb je žrtev smiselno napotiti še na psihiatrično prvo pomoč. Spolna zloraba je za žrtev travmatičen dogodek, ki lahko še leta ovira njihovo vsakodnevno življenje, družinske odnose in odnose med partnerji prav tako pa ovira tudi njihovo normalno spolno aktivnost.

Zaključek

Obravnava žrtve spolne zlorabe je zaradi svoje redkosti še posebej zahtevna. Ker se z žrtvami spolnega nasilja ne srečamo vsak dan, nam predpisan vprašalnik lahko olajša delo in pomaga pri pravilnem zbiranju sledi. V primeru, ko sledi niso pravilno zbrane, lahko pride do opustitve kazenskega postopka oziroma do oprostite storilca kaznivega dejanja.

Vprašalnik za obravnavo žrtve spolne zlorabe

Obravnava žrtve spolne zlorabe je zaradi svoje redkosti še posebej zahtevna. Ker se z žrtvami spolnega nasilja ne srečamo vsak dan, nam predpisan vprašalnik lahko olajša delo in pomaga pri pravilnem zbiranju sledi. Vprašalnik nam služi za lažjo obravnavo žrtve spolne zlorabe v pravilnem vrstnem redu in nas korak za korakom vodi pri podrobni anamnezi, zbiranju dokazov, obravnavi in zdravljenju oškodovane osebe.

SOGLASJE K MEDICINSKI PREISKAVI, ZDRAVLJENJU, ZAGOTOVITVI IN POSREDOVANJU DOKAZNIH SREDSTEV

Glede podrobnosti medicinske preiskave, zdravljenja kot tudi zagotovitve in posredovanja dokaznih sredstev sem bila informirana in s tem dajem svoje soglasje.

V primeru kazenske ovadbe s to izjavo zdravnika/-co preiskovalca/-ko razbremenjujem zdravniške molčečnosti in dajem soglasje za posredovanje vseh informacij, povezanih s kaznivim dejanjem, zdravniških izvidov, fotokopij in dokaznih sredstev za to pristojnemu preiskovalnemu upravnemu organu.

Datum:

Ura:

Podpis preiskovanke:
(ali pravnega zastopnika)

SPLOŠNI PODATKI

Ime in priimek preiskovanke:

Naslov:

Tel:

Izbrani ginekolog:

Izbrani splošni zdravnik:

Zdravnik preiskovalec:

DRUŽINSKA ANAMNEZA:

OTROŠKE BOLEZNI:

PREDHODNE IN SPREMLJAJOČE BOLEZNI:

OPERACIJE (morebitni zapleti):

POŠKODBE:

ALERGIJE:

ZDRAVILA:

DIETE:

RAZVADE:

GINEKOLOŠKE BOLEZNI:

Menarcha pri..... letih Ciklus na..... dni. Menzes traja..... dni.
 Regularnost..... Jakost..... Bolečnost.....
 Partus.....; vag....., s. c...; starost ob 1. porodu.....; UPN.....; ab. spont.....; z. m...
 KC (vrsta, trajanje):..... HNZ (vrsta, trajanje):.....

OSEBNI PODATKI/PODROBNI PODATKI O KAZNIVEM DEJANJU

Prosimo, pišite razločno. Ustrezno označite z x

OSEBNI PODATKI

Ime preiskovanke:..... Rojstni datum:.....
 Naslov:..... Tel:.....

Ime bližnjega svojca:.....
 Vrsta sorodstva:.....
 Naslov:..... Tel:.....

Na preiskavo jo spremlja: policija

Ali je bila prijavljena ovadba?

Da Policijska postaja:..... Tel:.....
 Ne

Če ne, naj bo policija obveščena?
 Da: Kontaktna oseba:..... Tel:.....
 Datum: ura:.....
 Ne

Ali je bil obveščen kateri drugi upravni organ? Ne Da
 Kateri:.....

Začetek preiskave

Datum: Ura:

Podatki kaznivega dejanja

Datum in ura kaznivega dejanja:.....
 Časovni razpon med kaznivim dogodkom in preiskavo: pred urami

Podatki o kaznivema dejanju:

.....

Število storilcev:.....
 moški ženska
 tujec znanec/partner
 soprog/-a sorodnik:.....

Ali je bil storilec med dejanjem poškodovan?
 Ne Da:..... Ne ve

Spolno dejanje

Oralna penetracija: Ne Da Ne ve
 Penis Prst Roka Predmet:.....

Vaginalna penetracija: Ne Da Ne ve
 Penis Prst Roka Predmet:.....

Analna penetracija: Ne Da Ne ve
 Penis Prst Roka Predmet:.....

Sledi sperme

Ali je prišlo do izliva sperme? Ne Da Ne ve
 Če ja: oralno vaginalno analno
 druge lokacije:.....

Ali je bil uporabljen kondom? Ne Da Ne ve
 Če da, kje se predmet nahaja:.....

Ali je bilo uporabljeno mazivo ali spermicid? Da Ne Ne ve

Sledi sline

Ali je storilec žrtev poljubljal, lizal, sesal, grizel?
 Poljubljal, kje:..... Ne Ne ve
 Lizal, kje:..... Ne Ne ve
 Sesal, kje:..... Ne Ne ve
 Grizel, kje:..... Ne Ne ve

Ali je preiskovanka pred zagotovitvijo sledi menjala oblačila?
 Ne Da, kaj:.....
 Če da, kje je odložila oblačila:.....

Preiskovanka se je pred zagotovitvijo sledi:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tuširala | <input type="checkbox"/> kopala | <input type="checkbox"/> se obrisala |
| <input type="checkbox"/> umila roke | <input type="checkbox"/> očistila nohte | |
| <input type="checkbox"/> umila zobe | <input type="checkbox"/> splaknila usta | |
| <input type="checkbox"/> jedla | <input type="checkbox"/> pila | <input type="checkbox"/> kadila |
| <input type="checkbox"/> urinirala | <input type="checkbox"/> odvajala blato | <input type="checkbox"/> bruhala |
| <input type="checkbox"/> drugo..... | | |
| <input type="checkbox"/> Nič od tega | | |

Ali se je žrtev očistila z brisačo, robčkom ipd:

- Ne Da, s čim:.....
 Če da, kje se predmet nahaja:.....

Ali je bil v času dogodka uporabljen tampon, higienski vložek:

- Ne Da, s čim:.....
 Če da, ali je bil odstranjen pred pregledom: Ne Da

Če da, kje se predmet nahaja:.....

Alkohol, zdravila, droge

Ali je preiskovanka pred dogodkom, med njim ali po njem uživala alkohol, zdravila ali droge?

- Pred dogodkom (do tri dni)? Ne Da (vrsta, količina):.....
 Datum: Ura:
- Med dogodkom? Ne Da (vrsta, količina):.....
 Datum: Ura:
- Po dogodku? Ne Da (vrsta, količina):.....
 Datum: Ura:
- Ali obstajajo vrzeli v spominu? Ne
 Da

Zadnji prostovoljni spolni akt

Datum in ura zadnjega prostovoljnega spolnega akta?

- Datum: Ura:
 Nikoli še ni bilo spolnega kontakta

Če je bil zadnji spolni kontakt v zadnjem tednu: Ne drži

Ali je spolni partner znan?
 Ne Da

Ali je bil pri zadnjem spolnem aktu uporabljen kondom?
 Ne Da

Ali je prišlo do izliva sperme?
 Ne Da oralno vaginalno analno
 Na druga mesta:.....

Ali se je preiskovanka po dogodku
 tuširala kopala umivala
 ni umivala

Hitra anamneza

Zadnja menstruacija? Datum: Normalna? Ne Da
 Kontracepcija? Ne Da:.....
 Obstoječa nosečnost? Ne Da. Gestacija:.....
 Zaporedna nosečnost:..... Zaporedni porod:.....
 Alergije? Ne Da:.....
 Tetanus-imunizacija? Ne Da:.....
 Jemanje zdravil? Ne Da:.....
 Akutne/kronične bolezni? Ne Da:.....
 Telesna ali duševna prizadetost? Ne Da:.....

PREISKAVA IN ZAGOTOVITEV DOKAZNIH SREDSTEV

Če je treba, kri/urin (korak 7) zagotoviti na začetku preiskave (npr. za nosečniški test).

OBLAČILA

Slika v digitalni obliki: Ne Da
 Oblačila/čevlji zagotovljeni: Ne Da So bila zamenjana
 Spodnjice zagotovljene: Ne Da So bile zamenjane
 Vložek zagotovljen: Ne Da Ni na voljo
 Velika papirnata podlaga pri slačenju zagotovljena: Ne Da

ORALNI BRIS

(Zagotovitev sledi glede na anamnezo/preiskavo)

Dva oralna brisa: Ne Da

SLEDI PO TELESU**Lasje**

Zlepljeni lasje odvzeti: Ne Da
 Pri česanju izpadeni lasje: Ne Da
 Odstriženi lasje za primerjavo: Ne Da

Koža

Brisi kože odvzeti: Ne Da, kje:.....
 Ugrizi: Ne Da, kje:.....

Nohti

Ali je preiskovanka storilca z nohti opraskala? Ne Da Ni prepričana
 Ali so vidne sledi pod nohti? Ne Da:.....
 Brisi podnohtja odvzeti: Ne Da

Ali so se nohti med
dejanjem odlomili? Ne Da:.....
Ostanki nohtov zagotavljeni? Ne Da

Druge dokazni materiali

Material odvzet: Ne Da

KLINIČNI PREGLED

Poškodbe pred dogodkom: Ne Da:.....
 Ni znano

Lokalizacija in opis poškodb

Z lasmi pokriti del glave:..... b.p.
Zobje:..... b.p.
Čelo:..... b.p.
Ustna votlina:..... b.p.
Veke/veznice:..... b.p.
Lica/brada:..... b.p.
Nos:..... b.p.
Ušesa:..... b.p.
Ustnice:..... b.p.
Vrat:..... b.p.
Rame, pazduhe..... b.p.
Trebuh:..... b.p.
Roke:..... b.p.
Noge:..... b.p.
Prsni koš:..... b.p.
Hrbet:..... b.p.
Leva dojka:..... b.p.
Desna dojka:..... b.p.
Zadnjica:..... b.p.

Fotodokumentacija: Ne Da

Davljenje/dušenje? Ne Da:..... Ne ve

Če da, je prišlo do omotičnosti/nezavesti? Ne Da:..... Ne ve

Bolečine v predelu vratu? Ne Da:.....

Hripavost? Ne Da

Potpludbe? Ne Da

očesne veke veznice

ustna sluznica obraz

za ušesi

druga mesta:.....

ANUS IN REKTUM/ZAGOTOVITEV SLEDI

(Zagotovitev sledi glede na anamnezo/preiskavo)

Poškodbe pred dogodkom: Ne Da:.....
 Ni znano

Dva brisa anusa odvzeta: Ne Da

Dva brisa rektuma odvzeta: Ne Da
 Dodatni brisi rektuma: Ne Da

GINEKOLOŠKA PREISKAVA/ZAGOTOVITEV SLEDI
 (Zagotovitev sledi glede na anamnezo/preiskavo)

Somatski status:
 Abdomen.....

Ginekološki status:
 Zunanje spolovilo:.....
 Nožnica:.....
 Porcija:.....
 Uterus:.....
 D. adneksi:.....
 L. adneksi:.....

Parametriji:.....
 Douglas:.....

Pregled v spekulih:.....
 test PAPA, kolposkopska preiskava:.....

Ginekološki UZ:.....

Poškodbe pred dogodkom: Ne Da:.....
 Ni znano

Razvojne stopnje po Tannerju

Razvoj dojk : 1 2 3 4 5
 Sramne dlake: 1 2 3 4 5

Razvoj dojk (ženski tip): 1 = le papula nad nivojem prsnega koša, žleze niso tipne; 2 = popkasta dojka, dvig papule, tipne žleze; 3 = nadaljnje povečanje žleze in areole brez razmejitev konture; 4 = areola in papula tvorita dodatno vzpetino na žlezi; 5 = tip odrasle ženske

Sramne dlake: 1 = brez; 2 = redko po velikih labijah; 3 = temneje pigmentirane, nakodrane; 4 = tip odrasle ženske, vendar še redke, ne prehaja na notranjo stran stegna; 5 = tip odrasle ženske, tudi po notranji strani stegna

Zlepljene sramne dlake odvzete: Ne Da
 Pri česanju izpadene sramne dlake: Ne Da
 Odstrižene dlake za primerjavo: Ne Da

En bris zunanjega spolovila odvzet: Ne Da

Lokalizacija in opis poškodb

Mons pubis:.....	<input type="checkbox"/> b.p.
Labia majora:.....	<input type="checkbox"/> b.p.
Labia minora/Commisura post./Fossa navicularis:.....	<input type="checkbox"/> b.p.
Clitoris:.....	<input type="checkbox"/> b.p.
Meatus urethrae:.....	<input type="checkbox"/> b.p.
Hymen:.....	<input type="checkbox"/> b.p.
Vagina:.....	<input type="checkbox"/> b.p.
Cervix:.....	<input type="checkbox"/> b.p.
Perineum:.....	<input type="checkbox"/> b.p.
Anus:.....	<input type="checkbox"/> b.p.

Kolposkopska preiskava: Ne Da

Preiskava s toluidinskim modrilom: Ne Da

Fotodokumentacija: Ne Da

Tampon zasežen: Ne Da

Preiskava v spekulih: Ne Da

Dva brisa nožnice odvzeta za DNA: Ne Da

Dodatni brisi nožnice odvzeti za DNA: Ne Da

Dva brisa cerviksa odvzeta za DNA: Ne Da

Odvzet bris nožnice za citološko preiskavo Ne Da

Odvzet bris CK za citološko preiskavo Ne Da

KRVNE PREISKAVE / PREISKAVE URINA

Krvne preiskave odvzete: Ne Da

Urinske preiskave odvzete: Ne Da

DIAGNOSTIKA, TERAPIJA, SVETOVANJE

Diagnostika: Brez
 Gonoreja Klamidija
 HIV Sifilis Hepatitis
 Druge:.....

Nosečniški test: Ne Da

Profilaksa nosečnosti: Ne Da:.....

Hormonska nujna kontracepcija

LNG 1,5 mg (NorLevo 1,5 mg[®], 14,77€ ; Escapelle 1,5 mg[®], 14,77€) čim prej, najkasneje pa v 72 urah ali

UPA 30 mg (Ellaone 30 mg[®], 21,15€) čim prej, najkasneje pa v 120 urah ali

kombinirana estrogensko-progesteronska nujna kontracepcija v 72 urah: 4 + 4 tbl po 30 µg EE / 0,15 mg LNG v razmiku 12 ur (Stediril M[®], 4,73€; Microgynon[®], 10,20€)

Nehormonska nujna kontracepcija

Vstavitev bakrene IUD v 5 dneh po nezaščitenem spolnem odnosu oziroma v 5 dneh po ovulaciji

Zdravila: Ne Da:.....

Konec preiskave

Datum:

Ura:

Ključna navodila

Bodite pozorni, da sta izpolnjeni glava in noga vsake strani formularja ter da so

1. oblačila zapakirana v papirnati vreči, ki je zapečaten in jasno označena;
2. krvne in urinske preiskave zapakirane v plastični vreči, zapečaten, jasno označene.

Dokazna sredstva je treba predati dalje na preiskovalni upravni organ. Če to ni takoj mogoče, je treba:

1. sledi dokazov in vrečo z oblačili hraniti na suhem na sobni temperaturi;
2. plastično vrečo s krvnimi in z urinskimi preiskavami hraniti globoko zamrznjeno.

Literatura

1. Uradni list RS, št. 55/2008. Kazenski zakonik (KZ-1). Dosegljivo na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlurid=20082296>
2. Takač I, Bizjak T, Arko D. Priporočila za obravnavo posiljene osebe. *Med Razgl* 2013; 52: 107–21.
3. Bates CK. Evaluation and management of adult sexual assault victims. *UpToDate* 2012. Dosegljivo na: www.uptodate.com.
4. Kury H, Meško G., Areh I, Kajfež N. Spolne zlorabe mladih žensk – primerjava med Nemčijo in Slovenijo. Izziv sodobnega varstvoslovja. Ljubljana: Fakulteta za Policijsko Varnostne Vede, Slovenija, 2005
5. Statistični urad Republike Slovenije. 18.11.2015 25.november – mednarodni dan bojaj proti nasilju nad ženskami, Slovenija, 2015. Dosegljivo na: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/5585>
6. Vlada Republike Slovenije, Urad za žensko politiko. Peto in šesto poročilo Republike Slovenije o uresničevanju določil Konvencije o odpravi vseh oblik diskriminacije žensk, Slovenija, 2015.
7. Newton M. The forensic aspects of sexual violence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013 Feb;27:77–90.
8. Loncar M, Henigsberg N, Hrabac P. Mental health consequences in men exposed to sexual abuse during the war in Croatia and Bosnia. *J Interpers Violence* 2010;25:191–203.
9. Drobnič K. Priporočila za zavarovanje bioloških sledi pri kaznivih dejanjih zoper spolno nedotakljivost pri preiskavah DNK. *ISIS* 2004; 5: 40–3.
10. Wiemann CM, Harrykissoon SD, Rickert VI. Date rape: Identification and management. *UpToDate*, 2012. Dosegljivo na: www.uptodate.com
11. Statistični Urad Republike Slovenije. Demografsko socialno področje. Kriminaliteta: Polnoletne, mladoletne in pravne osebe, zoper katere je bil kazenski postopek pred senatom pravnomočno končan, Slovenija, 2010.
12. Pričanje ali izvedenstvo. Iz zakonodaje. Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe. *ISIS* 2009; 8/9: 10.
13. Takač I, Kos D, Arko D. Spolna zloraba. *Zdrav Vestn* 2012; 81: 801–6.
14. Takač I, Bizjak T, Arko D. Vprašalnik za obravnavo žrtve spolne zlorabe. *Zdrav Vestn* 2013; 82: 326–38.
15. Jänisch S, Meyer H, Germerott T, Albrecht UV, Schulz Y, Debertin AS. Analysis of clinical forensic

examination reports on sexual assault. *Int J Legal Med* 2010; 124: 227.

16. Jenny C, Hooton TM, Bowers A, Copass MK, Krieger JN, Hillier SL, Kiviat N, Corey L, Stamm WE, Holmes KK. Sexually Transmitted Diseases in Victims of Rape. *N Engl J Med* 1990; 322: 713–6.
17. Rogers A1, McIntyre SL1, Rossman L2, Solis S2, Bacon-Baguley TA1, Jones J3. The forensic rape examination: Is colposcopy really necessary? *Am J Emerg Med.* 2018.
18. Bizjak Ogrinc U, Korošec S, Pinter B. Smernice za rabo nujne kontracepcije. *Zdrav Vestn* 2011; 80: 727–33.

Nenormalen PAP bris - kaj sedaj?

Milena Mikluš
Alenka Repše Fokter



Izvleček

Rak materničnega vratu (RMV) je v svetu četrta najpogostejši ženski rak, letno zbolijo okoli 530.000 žensk in umre okoli 279.000 žensk (1). Slovenija spada med države z najmanjšo incidenco in umrljivostjo zaradi RMV. Zmanjšanje incidence je posledica učinkovitega odkrivanja in zdravljenja predrakavih sprememb materničnega vratu v okviru presejalnega programa ZORA (Zgodnje Odkrivanje pred rakavih sprememb), ki ga izvajamo od leta 2003 dalje. Namenjen je ženskam med 20. in 64. letom starosti, ki naj bi se vsake tri leta udeležile rednega presejalnega pregleda z odvzemom brisa materničnega vratu (BMV) pri svojem ginekologu. Od leta 2011 smernice pri ženskah z izbranimi indikacijami priporočajo triažni test HPV. Glede na rezultate izvidov ženske napotimo na kolposkopijo oziroma na nadaljnjo diagnostiko. Po do sedaj opravljenih raziskavah, nekatere ženske že ob samem pregledu občutijo strah in v stres, navajajo bolečine, občutek neprijetnosti in sramu. Ob prejetju izvidov patološkega BMV se negativna čustva še stopnjujejo, izstopajo predvsem anksiozne motnje, depresija, strah pred rakasto boleznijo in občutek sramu. V članku smo opravili pregled literature na temo psihološkega vpliva patološkega BMV na ženske.

Ključne besede: PAP bris, psihološki vpliv, rak materničnega vratu, HPV

Abstract

Cervical cancer is the fourth most frequent cancer in women with an estimated 570.000 new cases per year and causes 279.000 deaths per year (1). Slovenia is one of the countries with the lowest incidence rate and mortality. Reduction of the incidence is the result of effective detection and treatment of precancerous changes in the ZORA screening program, which was introduced in 2003. Screening program is intended for women between the ages of 20 and 64, which are supposed to participate in program, where we perform PAP test every three years. Since 2011, Slovenian guidelines recommend a triage test for HPV in women with selected indications. According to the results of PAP test, women are referred to colposcopy or to further diagnostics. According to the studies, women are feeling anxious and stressed during the examination, describing pain, discomfort and shame. After receiving results of a pathological cervical smear, the negative emotions intensify, they describe anxiety disorders, depression, fear of cancerous disease and shame. In this article, we reviewed the literature about psychological impact of the pathological cervical smear on women.

Key words: PAP smear, psychological impact, cervical cancer, HPV

Uvod

V Sloveniji v zadnjih letih letno zboli okoli 120 žensk in umre 40-50 žensk zaradi raka materničnega vratu (RMV). Najnižja incidenčna stopnja je bila zabeležena leta 2014 in je bila 6,8/100.000, najnižja umrljivostna stopnja pa 1,9/100.000 v letu 2013. Slovenija se umešča med države z najmanjšo incidenco in umrljivostjo zaradi RMV. To je posledica odkrivanja predrakavih sprememb v okviru presejalnega programa ZORA, ki v Sloveniji deluje od leta 2003 (1). V programu so vključene ženske stare 20 do 64 let. Vsem ženskam v ciljni skupini se odvzame BMV. Odvzem in citološki pregled BMV se imenuje tudi »Test po Papanicolaou« ali krajše »PAP test« po grškem zdravniku Georgu Papanicolaou (1883-1962). S PAP testom lahko odkrijemo predrakave spremembe in rak materničnega vratu (RMV). Test je enostaven, neboleč in ga lahko ponavljamo. Čeprav je občutljivost testa relativno nizka, je v večini držav uspel zmanjšati incidenco RMV za okoli 70 %, je pa uspešnost testa v populaciji pogojena z jemanjem brisa v rednih časovnih intervalih pri čim večjem številu žensk (2).

Od leta 2011 je sprejeta citološka klasifikacija po Bethesda, ki je razdelila BMV na uporabne in neuporabne. Uporabni so tisti BMV, ki vsebujejo zadostno število celic (najmanj 8000) in elemente transformacijske cone, neuporabni pa so če vsebujejo premajhno število celic, če so slabo fiksirani, nepregledni zaradi vnetja, krvi ali prekomerno izražene citolize (3). Nadalje se izvidi BMV po Bethesda delijo v dve skupini, na negativne BMV, ki vključujejo tudi neneoplastične spremembe in na patološke brise. Okužbe s humanim virusom papiloma (HPV) je priznana kot potrebni, vendar ne zadostni dejavnik tveganja za nastanek predrakavih sprememb na materničnem vratu in za RMV. Zato se od leta 1998 v Sloveniji uporablja tudi triažni test na VR-HPV, ki je od leta 2006 vključen v Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami na materničnem vratu. Od leta 2010 je triažni test hc2 plačan iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (4). Preventiva RMV mora potekati na primernem, sekundarnem in terciarnem nivoju.

Pri delu se moramo držati Smernic za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu, ki so v veljavi od leta 2011 in Smernic za celostno obravnavo žensk z rakom materničnega vratu, ki je v veljavi od leta 2012. Velikokrat pa se pri delu vprašamo, kako sporočiti ženski, da ima patološki BMV in kako bodo potekale njene nadaljnje obravnave. Redko se pogovarjamo o tem, kako ženska takšno novico psihološko doživi.

Psihološki vpliv patološkega izvida PAP testa

Glede na do sedaj objavljene raziskave, se večina žensk po sporočeni novici patološkega BMV počuti zaskrbljeno in anksiozno, ne glede na resnost rezultata. Ta čustva so dolgotrajna, lahko vztrajajo tudi dve leti po opravljenem brisu. V anksioznost vodijo predvsem pomanjkanje ustreznih zdravstvenih informacij o bolezni, preventivi, zdravljenju in morebitnih posledic patološkega brisa RMV (5).

V objavljeni leta 2011, ki so jo izvedli v Franciji, Španiji in na Portugalskem, so 1475 ženskam dali vprašalnik dvanajst mesecev po tem, ko so prejele patološki izvid BMV. Zanimalo jih je, kakšen je najpogostejši način sporočanja izvida v teh državah, čustveni odziv žensk ter informacije in podpora prejeta s strani zdravstvenega osebja. Ugotovili so, da ženske najpogosteje odreagirajo z anksioznostjo, paničnostjo in stresom. Takšne reakcije so bile pogostejše pri ženskah v Franciji in na Portugalskem, ki so jim izvid sporočili pisno, kot v Španiji, kjer so podatek pridobile po telefonu. Manj kot 10 % žensk je odgovorilo, da so odreagirale z jezo in krivdo. Več kot 90 % žensk se je o svojem izvidu pogovorilo z družinskimi člani ali prijatelji. Partnerji so tisti, ki so jim nudili največ opore. Več kot polovica žensk je ostala tudi po pogovoru s svojim ginekologom zaskrbljena, tretjina žensk je bila pomirjena, približno 20 % žensk je zaupalo svojemu ginekologu. Več kot 80 % žensk je odgovorilo, da bi si želele še več informacij o RMV in boleznih povezanih z okužbo s HPV. Zaključili so, da je ženskam nujno potrebno omogočiti kakovostne informacije o RMV na svetovnem spletu

(5).

Že sam ginekološki pregled pri katerem odvzamemo BMV ima lahko negativen psihološki vpliv na številne ženske. V raziskavi iz leta 2012 so ugotovili, da 19 % žensk pri pregledu občuti bolečino, nelagodje, sram in/ali živčnost (6). S HPV povezane spremembe genitalnega trakta poslabšajo psihosocialno počutje in z zdravjem povezano kvaliteto življenja. V Nemčiji so tako med julijem 2013 in majem 2014 opravili raziskavo, v katerih jih je zanimal psihološki učinek patološkega PAP brisa. V študiji je bilo vključenih 595 žensk, ki so bile napotene v pet referenčnih centrov v Nemčiji in so izpolnile vprašalnik, v katerem so predvsem odgovarjale na vprašanja na kakšen način so jim sporočili izvid, kakšna čustva so občutile, kdo jih je nudil največ opore, kje so pridobile podatke o bolezni in kakšen vpliv je imel izvid na kakovost življenja. Najbolj pomembna ugotovitev je bila, da ženske po prejetju patološkega izvida v 72,6 % občutijo anksioznost in v 26,5 % paniko, kar opisujejo tudi druge podobne raziskave. Kljub zdravnikovemu pojasnilu, je bila večina vprašank še vedno zaskrbljenih, kar kaže, da dobijo ženske na tak način še vedno premalo informacij o sami bolezni. Večina vprašank v študiji (58,7 %) je odgovorila, da bi si želele več informacij o pomeni patološkega BMV. Pokazali so, da ima patološki izvid zmeren vpliv na družinsko, poklicno in vsakodnevno življenje ter na partnerske odnose. Na slednje je vpliv največji, saj kar pri 43 % žensk pride do zmanjšanja spolne aktivnosti. Na to lahko vpliva dejstvo, da spada okužba s HPV med spolno prenosljive okužbe in da pacientke krivijo svoje partnerje za razvoj cervikalne displazije. Tega se moramo zavedati pri sporočanju izvidov (7).

Na Švedskem so leta 2016 opravili raziskavo, v katero so vključili 10 žensk, ki so odgovarjale na šest vprašanj odprtega tipa. Raziskovalce so zanimale izkušnje žensk s patološkim BMV. Večina jih je odgovorila, da želijo, da jim rezultat izvida sporočijo ustno. Preseneča rezultat, da nekatere ženske niso poznale vpliva HPV na razvoj sprememb na materničnem vratu in da niso vedele, da HPV sodi med spolno prenosljive bolezni. Znova so ugotovili, da je še vedno premalo dostopnih podatkov o bolezni in ukrepanju in da je zdravstveno osebje tisto, ki bi morale pacientkam posredovati še več informacij. Prav tako je potrebno pacientkam ponuditi kvalitetne informacije na svetovnem spletu o patogenezi, diagnostiki in zdravljenju bolezni, ter o okužbi s HPV, saj informacije največkrat poiščejo prav tam (8).

Med letoma 2013 in 2014 je na Tajskem potekala raziskava, s katero so želeli primerjati prevalenco anksioznosti pri ženskah s patološkim BMV, ki so bile napotene na kolposkopijo in ženskah, ki so bile redno spremljane v zunaj bolnišničnih ambulantah. V vsaki skupini je bilo 100 žensk, ki so izpolnjevale vprašalnik in sicer tajsko verzijo vprašalnika o anksioznosti in depresiji (HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale). Vprašalnik je bil sestavljen iz 14ih vprašanj, 7 se jih je nanašalo na anksioznost in 7 na depresijo. Rezultati od 8-10 točk so nakazovali na mejno anksioznost ali depresijo, več kot 11 točk pa na klinično pomembno anksioznost ali depresijo. Ugotovili so, da so ženske, ki so imele patološki BMV in so imele kolposkopijo, imele več anksioznih in depresivnih motenj. Sam presejalni program prinaša negativne psihološke učinke, ki se začnejo ob samem vključevanju v program. Psihološki distress pa se tako poveča ob patoloških rezultatih. Negativni učinki so situacijska anksioznost, motnje v koncentraciji, psihološki pritisk in depresija. Anksioznost se pojavi zaradi strahu pred rakastim obolenjem, pred kolposkopijo in drugimi postopki, izgubo reproduktivne in spolne funkcije, spremembami v videzu in integriteti, izgubo ponosa in strah, da bi bolezen prenesle na partnerja. V zaključku predlagajo postopke, ki bi lahko zmanjšali te občutke in sicer uporabo informativnih letakov o bolezni, videoposnetkov o bolezni in kolposkopiji in poslušanje glasbe v času kolposkopije. V omenjeni raziskavi niso ugotovili, kateri dejavniki so tisti, ki bi nam nakazovali, da bo pri pacientki prišlo do psihološkega distressa pri patološkem izvidu oziroma napotitvi na kolposkopijo.

Psihološki vpliv testiranja na HPV

RMV se razvija postopoma preko predrakavih sprememb (CIN) do raka. Proces je dolgotrajen,

v povprečju traja 10 ali več let. Začne se z okužbo anogenitalnega področja z onkogenimi HPV, ki vztraja (dolgotrajna okužba) ter sčasoma povzroči predrakave spremembe v celicah materničnega vratu, ki postopoma preko predrakavih sprememb nizke (CIN 1) in nato visoke stopnje (CIN 2, CIN 3) napredujejo v RMV. Jasno so znane indikacije za uporabo triažnega testa HPV v skladu s Smernicami iz leta 2011 (11). Kljub temu, da ima testiranje na HPV številne prednosti pri presejanju, ima tudi psihološke učinke pri ženskah. K dodatnim občutkom zaskrbljenosti prispeva dejstvo, da se okužba prenaša s spolnimi odnosi. Med letoma 2001 in 2003 je v Angliji potekala raziskava, v kateri je sodelovalo 74 žensk, ki so jih intervjuvali. Ugotovili so, da je pozitiven izvid HPV povezan z neželenimi socialnimi in psihološkimi učinki, nanašajoč se na to, da se okužba prenaša s spolnimi odnosi in da je povezana z RMV. Ženske so opisovale občutke stigmatizacije, anksioznosti, stresa in strahu pred razkritjem njihovih izvidov. Psihološko breme je odvisno od stanja ženske, socialnih in kulturnih norm, spolnih navad in razumevanja samega stanja. Anksioznost zaradi samega testiranja in pozitivnih izvidov se lahko zmanjša, če lahko izobrazimo ženske o okužbi s HPV – o prevalenci, poteku okužbe, genitalnih bradavicah, vplivu na spolne partnerje in tako dalje (12).

Psihološki vpliv kolposkopije

Kolposkopija povzroča pri ženskah visoko raven anksioznosti, celo višjo kot je pred operativnimi posegi in podobno kot pri ženskah s patološkimi presejalnimi izvidi za fetalne nepravilnosti. Anksioznost pred in med pregledom vodi v motnje razpoloženja, vpliva na dnevne aktivnosti, motnje spanja in spolnosti. Ženske med pregledom občutijo še večjo bolečino in nelagodje, zato se tudi zmanjša njihova odzivnost na redne preglede. Visoka raven anksioznosti in psihološkega stresa povzroča, da se zmanjša dovzetnost na prejete informacije in ukrepe, ki jih je svetoval zdravnik. (10). V raziskavi iz leta 2017 so ugotavljali, ali uporaba video kolposkopije zmanjša anksioznost pri pacientkah tekom kolposkopije. Ugotovili so, da do zmanjšanja anksioznosti ni prišlo, prav tako ni bilo razlik v zadovoljstvu med pacientkami, ki so pridobile informacije o postopku in med tistimi, ki informacij niso pridobile (13). V prospektivni randomizirani raziskavi iz leta 2003, so preiskovali ali poslušanje glasbe vpliva na zmanjšanje anksioznosti med kolposkopijo. Ugotovili so, da so ženske v skupini, ki je glasbo poslušala, navajale manj bolečine in opisovale nižjo raven anksioznosti, kot tiste v kontrolni skupini (14). Galaal in sodelavci so v sistemski raziskavi leta 2011 pregledali Cochrane bazo podatkov in zaključili da uporaba glasbe med kolposkopijo zmanjša anksioznost in bolečino. Je enostavna, poceni in učinkovita metoda. Uporaba informativnih letakov ne zmanjšuje anksioznosti, pomembno pa vpliva na izboljšanje znanja pacientk o bolezni in tudi zmanjšuje psihoseksualno disfunkcijo. Poudarjajo pomen izvajanja primernih ukrepov, ki bodo vodili v zmanjšanje negativnih psiholoških učinkov, saj lahko samo tako zagotovimo, da se bomo ženske odzivale na redne kontrolne preglede (10).

Zaključek

Premalokrat se zavedamo, da že samo povabilo ženske v presejalni program vodi do povečanja zaskrbljenosti, ki pa se samo še stopnjuje ob samem pregledu, čakanju izvidov, sporočanju izvidov in pri napotitvi na nadaljnjo diagnostiko. Najpogosteje ženske ob patološkem izvidu navajajo anksioznost, depresijo, strah in občutek sramu. Potrebno je, da se teh čustev zavedamo in da jim ponudimo čim več kvalitetnih podatkov o bolezni, samem zdravljenju in nadaljnjih ukrepih, ki jih čakajo. Prav tako je potrebno zagotoviti ukrepe, s katerimi bomo zmanjšali negativne vplive samih preiskav, saj bomo edino tako imeli zadovoljne pacientke, ki bodo redno sodelovale v presejalnih programih. Poudarjati in pojasnjevati je potrebno dolgoročno in široko korist presejalnih programov širši populaciji z zagotavljanjem široko dostopnih in razumljivih informacij. Še posebej pa je potrebno dobrobit presejanja in morebitne dodatne diagnostike pojasniti posameznim ženskam s patološkim izvidom BMV.

Literatura

1. Ivanuš U. Mesto kolposkopije v programu ZORA. V Zbornik: Obnovitveni kolposkopski tečaj. Ljubljana 2018;30- 49.
2. Jančar N, Vrtačnik Bokal E. Rak materničnega vratu. Med Razgl 2010;49:285-95.
3. Repše Fokter A, Smrkolj Š, Blaganje M. Odvzem brisa materničnega vratu in testa HPV. V Zbornik: Obnovitveni kolposkopski tečaj. Ljubljana 2018;50-9.
4. Mlinarič M. Kolposkopija v dobi HPV. V Zbornik: Obnovitveni kolposkopski tečaj. Ljubljana 2018;134-9.
5. Monsonego J, Cortes J, Pereira da Silva D, Jorge AF, Klein P. Psychological impact, support and information needs for women with an abnormal Pap smear: comparative results of a questionnaire in three European countries. BMC Women's Health 2001;11- 18.
6. Korfage IJ, van Ballegooijen M, Wauben B, Looman CWN, Habbema JDF, Essink-Bot M-L. Having a Pap smear, quality of life before and after cervical screening: a questionnaire study. BJOG 2012;119:936-44.
7. Thangarajah F, Einzmann T, Bergauer F, Patze J, Schmidt-Petruschkat S, Theune M et al. Cervical screening program and the psychological impact of an abnormal Pap smear: a self-assessment questionnaire study of 590 patients. Arch Gynecol Obstet 2016;293:391-8.
8. Rask M, Swahnberg K, Lindell G, Oscarsson M. Women's experiences of abnormal Pap smear results – A qualitative study. Sexual & Reproductive Healthcare 2017;12:3-8.
9. Jerachotechueantaveechai T, Charoenkwan K, Wongpakaran N. Prevalence and Predicting Factors for Anxiety in Thai Women with Abnormal Cervical Cytology Undergoing Colposcopy. Asian Pac J Cancer Prev 2015;16:1427-30.
10. Galaal K, Bryant A, Deane KH, Al-Khaduri M, Lopes AD. Interventions for reducing anxiety in women undergoing colposcopy. Cochrane Database Syst Rev 2011;6013.
11. Ivanuš U, Žakelj Primic M. Vloga triažnega testa HPV in kolposkopije v programu ZORA. V Zbornik: Obnovitveni kolposkopski tečaj. Ljubljana 2015;32-52.
12. McCaffery K, Waller J, Nazroo J, Wardle J. Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study. Sex Transm Infect 2006;82:169-74.
13. Hilal Z, Alici F, Tempfer CB, Seebacher V, Rezniczek GA. Video Colposcopy for Reducing Patient Anxiety During Colposcopy: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2017;130:411-9.
14. Chan YM, Lee PW, Ng TY, Ngan HY, Wong LC. The use of music to reduce anxiety for patients undergoing colposcopy: a randomized trial. Gynecol Oncol 2003;91:213-7.

Spolne motnje

Anica Prosnik Domjan



Izveček

Človekova seksualnost je biopsihosocialni proces, zato pri raziskovanju spolnega odziva ne moremo mimo dejstva, da so vse spolne abnormnosti, težave in motnje lahko sprožene bodisi s psihosocialnimi dejavniki, duševno motnjo ali telesno boleznijo. V tem prispevku avtor opisuje tako spolne motnje, motnje spolne preference ter motnje spolne identitete. Poseben poudarek je namenjen spolnosti pri ženskah, dodatno je prikazan zgodovinski in socialni aspekt slednje, kakor tudi vpliv moderne družbe na žensko spolno vlogo in spolno življenje. Orisan je še kratek pregled osnovnih pristopov k zdravljenju motenj spolnosti.

Ključne besede: spolne motnje, motnje spolne identitete, motnje spolne preference, spolna zloraba, ženska spolnost

Abstract

Human sexuality is a biopsychosocial process, therefore when researching sexual response we cannot ignore the fact that all sexual abnormalities, difficulties and disorders can be triggered either by psychological causes, mental disorders or physical illness. In following article the author describes both sexual disorders, sexual preference disorders, as well as sexual identity disorders. Special focus is on female sexuality, its historical and social aspects and the female role in modern society and its consequences in sexual life. Finally, a short review is presented about sexual therapy.

Keywords: sexual disorder, paraphilia, sexual identity disorder, sexual therapy, female sexuality, sexual abuse

Uvod

Spolna dejavnost je biopsihosocialni proces. Ko preučujemo spolni odziv pri posamezniku, tako ne moremo mimo dejstva, da gre tako za duševni kot za telesni proces in zato lahko spolno motnjo povzroči tako telesna bolezen, kot tudi dogajanje v duševnosti.

Za popolno razumevanja človekove spolnosti je nujno poznavanje osnovnih pojmov, kot so spolna identiteta, spolna vloga, spolna orientacija in spolno vedenje.

Prav tako je neobhodno поблиže preučiti normalni spolni odziv, ki sta ga najbolj podrobno raziskala Masters in Johnsonova.

Spolne motnje, ki jih ne povzroči telesna bolezen, opredelimo kot motnje, zaradi katerih človek ne more dejavno uživati v spolnem odnosu tako, kot bi si sam želel. Delimo jih v tri skupine: motnje spolnega funkcioniranja, motnje spolne preference ter motnje spolne identitete.

MOTNJE SPOLNEGA FUNKCIONIRANJA

Motnje spolnega poželenja

Med motnje spolnega poželenja prištevamo pomanjkanje ali izgubo želje po spolnosti ter spolno averzijo in pomanjkanje spolnega užitka.

Pomanjkanje želje po spolnosti definiramo kot pomanjkanje ali odsotnost spolnih fantazij, interesa za spolnost in želje po spolnih aktivnostih. Pri ženskah se dokazano povezuje z nizko samopodobo in emocionalno labilnostjo, pri moških pa s težavami z intimnostjo ter endokrinimi abnormnostmi. Pri obojih je prevalenca večja ob sočasni prisotnosti depresije in anksioznih stanj (1).

Spolna averzija se običajno manifestira skozi odpor do spolnosti ter izogibanje vsakršnim genitalnim spolnim stikom s partnerjem in masturbaciji. Lahko ima komponento anksioznosti povezane s spolnostjo ali komponento panične motnje.

Neuspešnost genitalnega odziva

Pri ženskah se neuspešnost genitalnega odziva kaže kot odsotnost vlaženja sluznice vagine, ko bi naj prišlo do spolnega odnosa. Vzrok je najpogosteje v psiholoških dejavnikih kot so anksioznost, občutki krivde in strah. Lahko pa je tudi povezana z disparevnijo in pomanjkanjem spolnega poželenja ter nivojem hormonov.

Odgovarjajoča motnja pri moških je erektilna disfunkcija, ki pomeni težave v doseganju ali vzdrževanju erekcije, ki bi bila zadostna za zadovoljiv spolni odnos. Lahko se kaže že v fazi vzburjenja, v tem primeru moškemu spolni ud sploh ne otrdi, ali pa v fazi platoja, ko mu že otrdeli spolni ud splahni tik pred penetracijo ali takoj po njej. Eretilna disfunkcija je lahko tudi posledica nekaterih boleznih (npr. sladkorne bolezni ali srčnega popuščanja), običajno pa gre za sočasno delovanje telesnih in psihičnih dejavnikov (1).

Orgazmična disfunkcija

Odsotnost orgazma ali zelo zapoznel orgazem kljub normalnemu spolnemu poželenju, vzburjenosti in primerni stimulaciji, se pojavlja v več oblikah. V primeru popolne anorgazmije do orgazma ne pride nikoli, v nobeni situaciji - govorimo o vseživljenjski obliki. Lahko pa se motnja orgazma razvije kasneje, po obdobju normalnega doseganja orgazma - v tem primeru gre za pridobljeno obliko. Poleg tega se lahko motnja orgazma pojavlja zgolj v določenih situacijah, ko se oseba ne more sprostiti, lahko pa je motnja stalna ne glede na situacijo in partnerja. Je mnogo pogostejša pri ženskah kot pri moških (1).

Prezgodnja ejakulacija

Ejakulacijo opredelimo kot prezgodnjo v primeru, ko moški ne zmore odlaganja ejakulacije tako dolgo, kot je potrebno za užitek pri spolnem odnosu oz. pride do izliva, preden moški to želi in posledično tudi partnerka ne uživa v spolnem odnosu. Tudi tukaj zasledimo več pojavnih oblik motnje, saj se ejakulacija lahko pojavi bodisi še pred začetkom spolnega odnosa ali zelo kmalu po penetraciji, ali pa se pojavi v odsotnosti erekcije, ki bi zadosotvala za spolni odnos. Zelo pogoste so posledične reakcije sramu pred partnerko in nezadovoljstva s samim seboj. Vzrok prezgodnje ejakulacije je običajno psihičen in sicer v obliki strahu pred tem, kako se bo moški izkazal v spolnosti. Tovrstno doživljanje ‚neuspeha‘ pa le še dodatno ojača strahove in negotovost pri nadaljnjih spolnih odnosih in s tem povečuje verjetnost vztrajanja motnje, saj pride na ta način do začaranega kroga (1).

Motnje spolnosti povezane z bolečino

Med motnje spolnosti povezane z bolečino prištevamo vaginizem brez organskega vzroka ter neorgansko disparevnijo. Vaginizem je nehotna mišična konstrikcija zunanje tretjine vagine, do katere pride po penetraciji penisa. Pojavlja se pri ženskah, ki zavestno sicer želijo imeti spolni odnos, nezavedno pa imajo odpor do tega. Izvor motnje je lahko v pretekli spolni travmi, npr. posilstvu, lahko pa nastopi že ob prvem spolnem odnosu zaradi strahu in anticipacije bolečine tudi v odsotnosti travmatične izkušnje.

Neorganska disparevnija je stalna ali občasna genitalna bolečina, ki se pojavlja pri moških ali ženskah pred, med ali po spolnem odnosu. Je mnogo pogostejša pri ženskah in je lahko povezana z vaginizmom, do nje pa ne prihaja zaradi nenavlaženosti vagine. Vzroki zanjo so podobni kot pri vaginizmu (spolna travma), lahko pa jo izzove tudi napetost oz. anksioznost povezana s spolnim odnosom, ki povzroči nehotne kontrakcije vaginalnih mišic, nato pa pride do anticipacije bolečine pred nadaljnjimi spolnimi odnosi (2).

Prekomerni spolni nagon

Prekomerni spolni nagon je ponekod opredeljen tudi kot odvisnost od spolnosti ali spolna kompulzija, v zadnjem času pa se zanj uveljavlja izraz hiperseksualnost, ki je manj stigmatizirajoč. Še bolj arhaična sta izraza nimfomanija (ženska različica) in satiriaz ali donjuanovstvo (moška različica). V obeh primerih gre za povečan spolni nagon in posledično povečano spolno aktivnost, ki obvladuje celoten režim posameznikovega življenja in terja podrejanje vseh ostalih življenjskih področij zadovoljevanju spolnega nagona.

MOTNJE SPOLNE PREFERENCE

Pri tej skupini motenj posameznik doživlja ponavljajoč se in intenziven spolni nagon ter fantazije, ki vključujejo nenavadne objekte ali aktivnosti. Posameznik se bodisi po njih ravna in deluje v skladu z njimi ali pa je zaradi njih v pomembnem stresu.

Fetišizem

Pojem fetiš je izraz za neživi objekt, ki predstavlja za posameznika najpomembnejši vir spolne stimulacije in je nujen za zadovoljujoč spolni odziv. Fetiš v simboličnem smislu predstavlja del telesa, lahko neposredno kot oblačilo oz. obuvalo namenjeno za dotični del telesa ali pa tudi posredno, kadar nima nikakršne direktne zveze z dotičnim delom telesa. Ob tem posameznik razvije potrebo po posedovanju fetiša, tako, da ga lahko vidi, se ga dotika, ga vonja med samo spolno dejavnostjo ali ob pripravi nanjo, ki je lahko masturbacija ali neka oblika spolnega odnosa (2).

Fetišistični transvestizem

Posameznik s fetišističnim transvestizmom nosi oblačila nasprotnega spola z namenom, da bi ustvaril videz in občutek, da je pripadnik nasprotnega spola. Pri tem je nošenje oblačil nasprotnega spola tesno povezano s spolnim vznurjenjem. Po orgazmu in umiritvi spolne vznurjenosti se pojavi močna želja po odstranitvi teh oblačil. Fetišistični transvestizem moramo ločiti od transvestizma kot dvojne vloge, ki ga prištevamo med motnje spolne identitete.

Ekshibicionizem

Pri ekshibicionizmu gre za motnjo spolne preference, ki se kaže kot neprestana želja po razkazovanju spolovila na javnih mestih oz. tujcem (navadno nasprotnega spola), ki tega ne pričakujejo. Vedno je povezana s spolnim vznurjenjem in masturbacijo, pri tem pa ni namena ali vabila k spolnemu odnosu s ,pričami'. Izražena je skoraj izključno pri moških (1).

Voajerizem

Voajerizem je ponavljajoča se ali vztrajna tendenca k opazovanju ljudi pri intimnem ali spolnem vedenju. Tovrstno opazovanje je vedno povezano s spolnim vznurjenjem in masturbacijo, vendar posameznik nima nikoli namena, da bi razkril svojo prisotnost ali da bi postal vpleten v spolno aktivnost z opazovanimi osebami.

Pedofilija

Pri pedofiliji gre za spolno nagnjenje do otrok v zgodnji puberteti, pred pubertetnem obdobju ali do še mlajših otrok (mlajših od 13 let). Najpogosteje se manifestira kot otipavanje genitalij in oralni seks. Je v veliki večini motnja moških (1).

Poudariti je potrebno, da pedofilije ne gre povsem enačiti s spolno zlorabo, ki je kot kriminalno dejanje pravni in ne medicinski termin. Pri vseh storilcih spolnih zlorab ni vzrok za dejanje pedofilija, prav tako pa vse osebe z motnjo spolne preference pedofilijo ne udejanjajo svojih nagnjenj v spolni zlorabi, temveč jih lahko bodisi zavirajo ali pa jih izživljajo zgolj v spolnih fantazijah.

Sadomazohizem

Je preferenca po spolni aktivnosti, v kateri je posameznik udeležen bodisi kot njen prejemnik (mazohizem), njen izvršitelj (sadizem) ali oboje (prevzema zdaj eno, zdaj drugo vlogo). Tovrstna spolna aktivnost vsebuje vsaj eno od sledečega: bolečino, poniževanje ali vezanje. Ob tem predstavlja sadomazohistična aktivnost najpomembnejši vir stimulacije, ki je potrebna za spolno zadovoljitev. Poleg naštetih motenj spolne preference poznamo še nekatere redkejšje zastopane, kot so nekrofilija, zoofilija, koprofilija, koprofagija, klizmafiliija, urofilija in hipoksifiliija.

MOTNJE SPOLNE IDENTITETE

Med motnje spolne identitete prištevamo transseksualizem in transvestizem kot dvojno vlogo kot dve v tej skupini najpogostejši motnji, poleg tega pa še motnje spolne identitete v otroštvu ter druge motnje spolne identitete.

Transseksualizem

Je želja živeti in biti sprejet kot predstavnik nasprotnega spola, pri čemer je ta želja vztrajna in

neomajna, saj je transseksualna oseba povsem prepričana, da je njen telesni ustroj povsem zgrešen in se počuti duševno kot človek nasprotnega spola. Navadno je to prepričanje spremljano z občutkom neugodja ali celo sovražnosti do svojih anatomskih spolnih značilnosti in s tem je povezana želja po kirurških posegih in hormonskem zdravljenju, da bi svoje telo, kolikor je le mogoče uskladili s spolom, ki si ga želi (2).

Motnja se začne kazati že v predpubertetnem obdobju, ko se otrok oblači v oblačila nasprotnega spola. Tudi kasneje, kot odrasel človek, želi na ta način doživeti in izkusiti občutek, da je drugega spola. Za razliko od prej opisanega fetišističnega transvestizma, pa med nošenjem oblačil nasprotnega spola ne doživlja spolnega vzburljenja.

Transvestizem kot dvojna vloga

Transvestizem kot dvojna vloga je različica motnje spolne identitete, ki je sorodna transseksualizmu, vendar v odsotnosti želje po kirurški spremembi spola. Osebe s to motnjo namreč nosijo oblačila nasprotnega spola zgolj zato, da bi uživali začasno izkušnjo predstavnika nasprotnega spola, ob tem pa je želja po trajni spremembi spola odsotna. Podobno kot pri transseksualnih osebah preoblačenja v oblačila nasprotnega spola ne spremlja spolno vzburljenje (2).

ETIOLOGIJA SPOLNIH MOTENJ

Spolni odziv je, kot že omenjeno, zapleteni preplet fizioloških in psiholoških dejavnikov, in na ta način moramo preučevati tudi etiologijo spolnih motenj. V tem prispevku se bomo osredotočili na psihološke vzroke spolnih motenj, ki jih lahko v grobem razdelimo v tri skupine: dejavniki tveganja, sprožilni dejavniki in dejavniki, ki spolno motnjo vzdržujejo (1).

Med dejavnike tveganja prištevamo motene odnose v primarni družini, neustrezen tabuiziran odnos do spolnosti v primarni družini ter zgodnje travmatične izkušnje v spolnosti (npr. spolna zloraba).

Sprožilni dejavniki so tisti, ki vplivajo na sam izbruh motnje spolnosti, vendar do njih običajno ne pride brez prisotnosti dejavnikov tveganja. Zelo pogost je zlasti pri moških strah pred »neuspehom« v spolnem odnosu in posledična nesproščenost, sledijo nezvestoba, nerazumevanje v partnerskem odnosu ali travmatična spolna izkušnja v odrasli dobi (npr. siljenje v spolni odnos).

Dejavniki, ki spolno motnjo vzdržujejo, so izraženi tudi med potekom motnje. Sem prištevamo nesproščenost zaradi strahu ter anticipacije motnje, občutke krivde zaradi »neuspeha« pri spolnem odnosu, izgubo privlačnosti med partnerjema, slabo komunikacijo med njima, pa tudi komorbidno duševno motnjo (npr. depresija).

ZDRAVLJENJE SPOLNIH MOTENJ

Zdravljenje spolnih motenj v splošnem delimo na biološko in psihološko. Biološke metode zdravljenja so precej raznolike, od medikamentoznega zdravljenja erektilne disfunkcije pa vse do kirurške spremembe spola ter hormonskega zdravljenja pri motnjah spolne identitete. V pričujočem prispevku se bom osredotočila izključno na psihoseksualno terapijo, ki predstavlja prvo izbiro zdravljenja pri sodobnem pristopu k spolnim motnjam (4).

Najširše uporabljan je model PLISSIT, ki ga tvorijo štiri osnovne oblike oz. stopnje psihoseksualne terapije. Kratica je sestavljena iz štirih angleških besed oz. besednih zvez: *permission* (dovoljenje), *limited information* (omejene informacije), *specific suggestions* (specifični nasveti) in *intensive therapy* (intenzivna terapija). Ob prvi stopnji (dovoljenje) zdravnik s svojimi odprtimi in neposrednimi vprašanji povpraša posameznika o spolni funkciji in z njo povezanih težavah, preko česar slednji pridobi izkušnjo, da je o spolnosti dovoljeno govoriti povsem odkrito in z njemu domačim besednjakom. Takšna komunikacija tudi omogoča osnovno klinično obrazložitev problema

na pacientu razumljiv način in s tem drugo fazo – omejene informacije, v kateri terapevt uvede psihoedukativne elemente. Pacientu obrazloži osnove anatomije in fiziologije v omejenem obsegu, da bi lahko razumel spolni cikel. V tretji fazi pomaga s specifičnimi nasveti oz. predlogi in s poglobljeno nadgradnjo zagotovi dodatne informacije o problemu in nudi praktične nasvete s področja spolne prakse. V zadnji, četrti stopnji, se intenzivna terapija šele lahko začne, seveda pa je potreba po le-tej zgolj v primerih zapletenih oz. kompleksnih psihoseksualnih problemih. Zelo razširjena tehnika seksualne terapije je čutilni fokus, katerega cilj je zmanjšati anksioznost med spolnostjo in povečati sproščenost ter posamezne občutke. Poteka po več stopnjah in temelji na visoko strukturiranih terapevtskih nalogah, ki zahtevajo natančno predpisane vaje v spolnosti. Nasprotno klasična partnerska terapije temelji na predpostavki, da je seksualna disfunkcionalnost posledica slabe in nekvalitetne komunikacije med partnerjema, še bolj poglobljena na čustva usmerjena partnerska terapija (EFT) pa uči partnerja prepoznavati in predelovati svoja in partnerjeva čustva vezana na partnerski odnos (3).

DRUŽBENI IN ZGODOVINSKI ASPEKT SPOLNOSTI PRI ŽENSKAH

Skozi zgodovino se je položaj ženske in doživljanje ženske spolnosti zelo spreminjal. V prazgodovinskem obdobju so si v lovsko-nabiralniških družbah delili vse: hrano, spolne radosti, zavetje, zaščito. Kasneje pa se je ženska spolnost z evolucijo spremenila do te mere, da po ženske ponujajo spolne usluge moškim v zameno za njihovo pomoč pri skrbi za otroke, hrano, zaščito. Žal je skozi zgodovino prepoznati vse preveč primerov zatiranja ženske seksualnosti. V starem in še bolj v srednjem veku je veljalo, da je ženska duševno normalno razvita in lepo vzgojena, če je njeno spolno poželenje majhno. Še v začetku prejšnjega stoletja se je zlasti v višjih družbenih slojih spodobilo, da dekleta vse do poroke in prvega spolnega odnosa niso vedele skorajda ničesar o spolnosti, kaj šele, da bi bile pravočasno deležne ustrezne spolne vzgoje. Tako so se razvile z današnjimi očmi absurde metode zdravljenja motnje, ki jo je Hipokrat v 4. stoletju pred našim štetjem poimenoval histerija. Žensko so vzburljali vse do orgazma, da bi svoje bolnice spolno potešili. V te namene so celo patentirali posebne mehanske naprave. Tako zasledimo v literaturi iz leta 1873, da je bilo kar 75% Američank histeričnih in tako potrebnih potešitvenih posegov pri svojem zdravniku. Nekaj desetletij prej, v sredini 19. Stoletja, je britanski Baker Brown trdil, da je treba ženske ubraniti pred idiotizmom tako, da odstranimo njihov klitoris. Tako so povsem običajen ženski libido razglasili za bolezen in hkrati zatrjevali, da pri zdravi oz. normalni ženski libido ne obstaja. Žal tovrstne prakse zatiranja ženskega libida še niso izkoreninjene, saj še vedno letno preko sto milijonov deklet doleti obrezovanje klitorisa v nerazvitih državah tretjega sveta (3).

Tudi v sodobnem zahodnem delu sveta vladajo mnogi stereotipi ter miti o ženski spolnosti, ki so se sicer močno oddaljili od zgoraj opisanih prepričanj, a so še vedno zgrešeni (npr. spolnost je le za ženske mlajše od trideset let, »normalna« ženska mora pri vsakem spolnem odnosu doživeti orgazem, sicer je frigidna, nosečnost in porod zmanjšata žensko spolno odzivnost, žensko spolno življenje se zaključí z menopavzo, vaginalni orgazem je bolj ženstven od klitoričnega, dostojnih žensk erotična literatura ne vzburja, niti ne dajejo iniciative za spolnost in ne marajo bolj erotičnih oblik seksa, saj to počno zgolj »razuzdanke«.) V storilnostno naravnani družbi pojmujejo spolnost v skladu z vrednotenjem človeka po njegovih dosežkih. Bolj pomembno je postalo, da ženska pri spolnem odnosu doživi orgazem, kot to, ali v spolnem odnosu uživa zaradi intimne bližine s partnerjem. Erotično perilo je postalo obvezni del ženske garderobe. Žal so takšna stališča zgolj povzročila nove težave v ženski spolnosti. Če se je v preteklosti spodobilo, da ženska ni bila deležna nikakršnega užitka v spolnosti, so pritiski dandanašnje družbe ženske pripeljali do hlinjenja orgazmov, da bi na ta način dosegle idealno žensko spolno vlogo, ob tem pa mnogokrat pozabljajo, da na ta način ustvarjajo same sebi lažno samopodobo in se prikrajšujejo ne le za zdravo spolno življenje, temveč tudi za kvaliteten partnerski odnos.

SPOLNE TRAVME

Spolne travme nastanejo kot posledica travmatskega dogodka povezanega s spolnostjo v preteklosti, običajno v otroštvu. Ta dogodek je najpogosteje enkratna ali ponavljajoča se spolna zloraba. Vsi ljudje smo med drugim tudi spolna bitja, vendar je spolnost otroka povsem druga kvaliteta kot spolnost odraslega. Tudi v zvezi s spolnimi zlorabami obstaja v družbi precej raznoraznih napačnih mitov in stereotipov. Tako so npr. s študijami dokazali, da večina (80%) spolnih zlorabljevalcev ni tujcev, pred katerimi tako pogosto vidimo starše svariti otroke, temveč ljudi, ki jih otrok pozna in jim zaupa, saj so iz njegovega ožjega kroga sorodnikov ali prijateljev. Deklice so trikrat pogostje zlorabljene kot dečki, vendar dečke pogosteje resno telesno poškodujejo. Najbolj ogroženi so otroci med 7. in 13. letom, zastrašujoče pa je dejstvo, da so znane tudi spolne zlorabe le nekajmesečnih dojenčkov (6).

Po definiciji avtorja Finkelhora (5) je spolna zloraba vsak spolni kontakt med odraslo osebo in (spolno nezrelim) otrokom zaradi spolne zadovoljitve odraslega ali vsak spolni kontakt z uporabo sile, grožnje ali prevare, ki ga otrok ne more odtkoniti zaradi razlike v starosti, moči ali narave odnosa z odraslim.

Storilci spolnih zlorab nadlegujejo otroke z darili, manipulacijo ali z agresijo in izsiljevanjem. Zlorablajo predvsem otrokovo nevednost, nedolžnost in nesposobnost, da bi lahko pravilno razmejili odgovornost, saj jim praviloma naprtijo odgovornost za storjeno dejanje. Tako kmalu postane za zlorabljenega otroka varovanje skrivnosti način življenja (5).

Terapevti, ki delamo z odraslo populacijo, se torej lahko srečamo z osebo, ki je spolno travmatizirana zaradi spolne zlorabe v otroštvu. Kaj je torej značilno za to skupino oseb in kako jih prepoznamo? Poročajo o čustveni praznini, nezaupanju v soljudi ter o odporu do lastnega telesa. Izpostavljeni so večjemu tveganju za razvoj alkoholizma in odvisnosti od drog. Pogosteje so samomorilno ogroženi, lahko se pojavlja pri njih kronična depresija, nizko samospoštovanje, motnje hranjenja ter spolne motnje. Kljub temu, da bi sicer lahko postavili sum na spolno travmo na podlagi kliničnih izkušenj s tovrstno populacijo, pa žal nimamo na razpolago skupka simptomov, ki bi potrjeval to, da je bila ta oseba v otroštvu zlorabljena (kot imamo npr. jasno izdelane diagnostične kriterije v klasifikacijah bolezni in motenj). Brez jasnega avtoanamnestičnega ali heteroanamnestičnega podatka o spolni zlorabi pri posamezniku torej nikakor ne moremo govoriti.

Literatura

1. Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Zihel S. Psihatrija. Ljubljana: Psihatrična klinika; 2013.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.
3. G. Simetinger. Spolne motnje in njihova obravnava po načelih spolne medicine. Zdravniški vestnik: 2016;85:313-323.
4. Rudež A. Psihoseksualna terapija in zdravljenje spolnih disfunkcij. Koper: 2014 http://www.famnit.upr.si/files/zakljucna_dela_repo/249 29.08.2018
5. Finkelhor D, Korbin J. Child Abuse as an international issue. Child Abuse & Neglect: 1988; 12:3-23.
6. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR. JAMA: 2000;284(11):1385-1391.

UČNA DELAVNICA
**1. mariborski tečaj psihosomatike
v ginekologiji in porodništvu**

Uredniki / *Editors*

Iztok Takač
Arijana Steblovnik
Nejc Kozar

Založnik / *Published by*

Univerzitetni klinični center Maribor / *University Medical Centre Maribor*

Za založnika / *For the Publisher*

Vojko Flis

Oblikovanje / *Design*

Nejc Kozar

Tisk / *Print*

Dravski tisk d.o.o.
Maribor, 2018

Naklada: 150 izvodov
Number of copies printed: 150