

Nacionalni inštitut za javno zdravje



DUŠEVNO ZDRAVJE
V OBPORODNEM
OBDOBJU

DUŠEVNO ZDRAVJE V OBPORODNEM OBDOBJU

Ljubljana
2018



DUŠEVNO ZDRAVJE V OBPORODNEM OBDOBJU

Urednica: Petra Jelenko Roth, dr. med., spec. psih.

Tehnična urednica: Sara Kotar, mag. psih.

Recenzenta: prof. dr. Rok Tavčar, dr. med., spec. psih. in
prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr. med., spec. psih.

Jezikovni pregled: Mihaela Törnär, prof. zgo. in univ. dipl. prev. in tolm. za angl. j.

Oblikovanje: creacion.si

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, Ljubljana

Za izdajatelja: Nina Pirnat, dr. med., spec.

Fotografija na naslovnici: pixabay.com

Gradivo je dostopno na: www.nijz.si

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2018

Datum objave: Marec 2019

Elektronska izdaja

Zaščita dokumenta © 2018 NIJZ

Vse pravice pridržane. Brez založnikovega pisnega dovoljenja gradiva ni dovoljeno reproducirati, kopirati ali kako drugače razširjati. Ta prepoved se nanaša tako na mehanske (fotokopiranje) kot na elektronske (snemanje ali prepisovanje na kakršen koli pomnilniški medij) oblike reprodukcije.

Gradivo je oblikovano iz sredstev sofinanciranja Republike Slovenije in Evropske unije iz Kohezijskega sklada- Evropskega socialnega sklada.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID=298381056
ISBN 978-961-7002-75-1 (pdf)

Kazalo

Celovit pregled duševnih težav v obporodnem obdobju recenzija Mojca Zvezdana Dernovšek	6
Prispevek k boljšemu prepoznavanju in zdravljenju duševnih motenj recenzija Rok Tavčar	7
Sodobni znanstveni izsledki: za prepoznavanje, podporo, pomoč in zdravljenje duševnih stisk v obporodnem obdobju Sonja Tomšič, Barbara Mihevc Ponikvar, Zalka Drglin, Sara Kotar	8
Javnozdravstveni vidiki duševnega zdravja v obporodnem obdobju Barbara Mihevc Ponikvar, Sonja Tomšič, Zalka Drglin	18
Obporodna depresija: preventiva, diagnostika in oblike nefarmakološkega zdravljenja Vislava Globevnik Velikonja	30
Nasilje nad ženskami in reproduktivno obdobje Vislava Globevnik Velikonja	48
Vpliv spolne zlorabe na doživljanje nosečnosti, poroda in zgodnjega materinstva: izziv za ženske in zdravstvene strokovnjake Zalka Drglin	60
Socialno varstvo v obporodnem obdobju Liljana Dreu	76

Anksiozne motnje, posttravmatska stresna motnja in obsesivno kompulzivna motnja v obporodnem obdobju Petra Jelenko Roth	88
Motnje hranjenja v perinatalnem obdobju Triša Lipovšek, Karin Sernek	104
Bipolarna motnja v obporodnem obdobju Petra Jelenko Roth	126
Shizofrenija v obporodnem obdobju Petra Jelenko Roth	144
Poprodna psihoza Tea Terzić	154
Kajenje in uživanje alkohola v obporodnem obdobju: kako je zdravstvo lahko v pomoč? Marijana Vidmar Šimic, Maja Rus Makovec	164
Nosečnost in prepovedane droge Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič	180
Varno predpisovanje psihofarmakov v času nosečnosti in dojenja Danila Hriberšek	196
Vpliv navezanosti na razvoj in zdravje otroka in matere Nina Curk Fišer, Maja Drobnič Radobuljac	234
Avtorice	246
Stvarno kazalo	248

Celovit pregled duševnih težav v obporodnem obdobju

recenzija

Publikacija, ki so jo pripravili priznani in uveljavljeni slovenski strokovnjaki, obsega skrb za duševno zdravje v obporodnem in poporodnem obdobju. Bralec si lahko razjasni normalen razvoj navezanosti in odnosa med materjo in otrokom. Vidi tudi okoliščine in obseg dela socialne službe v porodnišnici. V posameznih poglavjih nato avtorice nizajo eno za drugo različne duševne motnje, ki so pomembne oziroma pogoste v obporodnem in poporodnem obdobju. V vseh poglavjih je poudarek na zgodnjem odkrivanju in zgodnjem zdravljenju. Duševne motnje pri materi namreč motijo razvoj navezanosti matere z otrokom in povzročajo resne socialne probleme.

Prav v veselje mi je, da publikacija obsega pregled različnih duševnih motenj, pomembnih za to obdobje, ne zgolj poporodne depresije in poporodne psihoze, tako kot do nedavnega. Duševno zdravje matere namreč ogroža cela paleta duševnih težav, nikakor ne samo dve klinični entiteti. Kar pa je najpomembnejše – zdravljenje ni enako za vse duševne motnje.

Avtorice izpostavljajo tudi etične dileme, s katerimi se srečujejo zdravstveni in socialni delavci pri obravnavi matere z duševno motnjo. Poudarjajo strokovno in etično naravnost.

Pozdravljam izid publikacije ter čestitam vsem avtoricam in urednikom, saj so opravili veliko delo.

prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr. med., specialistka psihiatrije

Prispevek k boljšemu prepoznavanju in zdravljenju duševnih motenj

recenzija

Z veseljem sem se poglobil v prispevke in ugotavljam, da publikacija na temo obporodnega in poporodnega duševnega zdravja zapolnjuje veliko praznino v slovenski strokovni literaturi. Zagotovo bo našla bralce med strokovno in laično publiko in bo pripomogla k boljšemu prepoznavanju in zdravljenju duševnih motenj v tem obdobju. V začetku mojega dela na področju psihiatrije so mnoge ženske, pri katerih je bila že predhodno ugotovljena shizofrenija ali bipolarna motnja, svoj porod čakale v psihiatrični bolnišnici. Zelo smo bili previdni, ko smo jim predpisovali zdravila. O ženskah, ki so v obporodnem in poporodnem obdobju »le« tesnobne, sploh nismo govorili. Le kdo se je ukvarjal z njimi?

Zdaj je skrb za duševno zdravje v nosečnosti, obporodnem in poporodnem obdobju mnogo širše zastavljena. Potrebe po psiholoških in psihiatričnih storitvah za to populacijo se večajo hitreje kot programi, s katerimi bi potrebam zadostili. To pomeni, da je prepoznavanje duševnih motenj večje. Nekaj manjša, a še vedno prevelika je stigma glede duševnih motenj.

Publikacija obsega vse vidike duševnega zdravja v tem obdobju in zato jo priporočam v branje vsem, ki so v stiku s to populacijo.

prof. dr. Rok Tavčar, dr. med., specialist psihiatrije

Sodobni znanstveni izsledki: za prepoznavanje, podporo, pomoč in zdravljenje duševnih stisk v obporodnem obdobju

Sonja Tomšič, Zalka Drglin,
Barbara Mihevc Ponikvar, Sara Kotar

Uvod

Duševno zdravje posameznika je odvisno tako od genetskih predispozicij in notranjih procesov, tesno povezanih z razvojem, odraščanjem in različnimi življenjskimi vlogami, kot tudi od številnih zunanjih okoliščin, s katerimi se vsakodnevno srečujemo. Življenjske prelomnice, kot so zanositev in nosečnost, porod in začetek starševstva oziroma življenja zunaj maternice, predstavljajo za žensko in moškega, ki postajata starša, ter otroka in ožjo ter širšo družino izzive, ki vplivajo na duševno zdravje in počutje. Obporodno obdobje pri ženski prinaša velike telesne spremembe in pomembna fiziološka dogajanja, obenem pa se odvijajo tudi kompleksni duševni procesi. Na intrapsihični ravni se na primer spreminja doživljanje sebe kot ženske, partnerke in (postajajoče) matere, prav tako prihaja tudi do premen odnosov v njeni ožji in širši družini; vse to je pomembno uskladiti tudi s spreminjajočimi se osebnimi, službenimi, bivalnimi, družbenimi in drugimi življenjskimi okoliščinami.

Izzivi v duševnem zdravju v povezavi z obporodnim obdobjem so neizbežni, duševne težave pa pogoste in predstavljajo veliko breme za posameznico, otroka, družino in družbo. Vsi, ki delamo v zdravstvu v Sloveniji, smo soodgovorni, da nenehno skrbimo za izboljševanje kakovosti življenja vsakega prebivalca posebej in družbe kot celote, še posebej vseh novorojenčkov, ki tvorijo temelj skupnosti, v kateri bomo živeli v prihodnje, in njihovih mater, ki jih nosijo, rodijo in so povečini intenzivno udeležene pri njihovi negi in vzgoji ter skrbi zanje. Gre za perečo in daljnosežno javnozdravstveno problematiko. Zdravstveni delavci in sodelavci, ki se srečujejo z ženskami v obporodnem obdobju z različnimi izzivi v duševnem zdravju, so prepoznali manko, ki ga je mogoče in potrebno izpolniti. Tako se je rodila pobuda za pričujočo monografijo.

Namen publikacije Duševno zdravje v obporodnem obdobju

Zbrani prispevki so namenjeni, prvič, preglednemu prikazu sodobnih znanstvenih spoznanj in razvoju teorije obporodnega duševnega zdravja ter duševnih motenj, in drugič, na znanstvenih izsledkih utemeljenim priporočilom strokovnjakov s področja duševnega zdravja, ki se v praksi pogosto ali pa morda le občasno srečujejo z nosečnicami in materami, pri katerih nastopijo težave v duševnem počutju, dojenčki in očetki oziroma družinami v nastajanju.

Prispevki so napisani tudi z mislijo na ostale zdravstvene delavce in sodelavce, ki v času obporodnega obdobja prihajajo v stik z ženskami, njihovimi partnerji, novorojenčki in dojenčki. Pogosto se zgodi, da posameznice in njihovi bližnji duševnih težav v začetni fazi niti ne prepoznajo niti ne iščejo pomoči. Obporodno obdobje

pa je čas, v katerem so uporabnice slovenskega zdravstvenega sistema brezplačno upravičene do dokaj pogostih stikov z različnimi ravni zdravstvenega sistema in s tem z različnimi izvajalci zdravstvenih storitev. Prav zgodnje prepoznavanje in ukrepanje lahko ključno vpliva na nadaljnji potek težav in sprememb v duševnem zdravju. Ustrezno in pravočasno ukrepanje lahko manjše oziroma začetne izzive spremeni v sprejemljive in obvladljive, skupaj z žensko lahko najdemo kar najbolj optimalne rešitve, s tem pa preprečimo poslabšanje težav, ki bi sicer lahko dolgoročno vplivale na življenje matere, otroka in celotne družine. Pri resnejših težavah, npr. ženskah s kronično duševno boleznijo, odvisnostmi, psihozo je ključnega pomena ustrezno in pravočasno ter pravilno ukrepanje. Zgoščena predstavitev sodobnih spoznanj o teh duševnih motnjah in priporočenem ravnanju v pričujoči monografiji je izjemna priložnost za poglobitev znanja in krepitev kompetenc različnih zdravstvenih strokovnjakov.

Raziskovalna vprašanja

Zaradi raznolikosti obravnavanih tematik v posameznih poglavjih se raziskovalna vprašanja ne naslavlajo dosledno v vseh poglavjih, ampak so uporabljena v skladu s specifikom predstavljene problematike, v osnovi pa so avtorice odgovarjale na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako razširjena je problematika?
- Kako se kaže in kako jo prepoznamo?
- Kakšne ima kratkoročne in dolgoročne vplive na mater in otroka?
- Kako jo lahko preprečujemo?
- Kako jo lahko obravnavamo?
- Kaj so ključni pomisleki in ovire, ki vplivajo na obravnavo?
- Kakšna je prognoza?

Metode

K nastanku publikacije smo povabili ključne slovenske strokovnjakinje z različnih področij duševnega zdravja in nekaterih drugih strokovnih področij, tesno povezanih z obporodnim obdobjem in duševnimi stiskami, ki se v zadnjih letih tej tematiki najbolj intenzivno posvečajo. Avtorice so v prispevkih prikazale rezultate pregledov ključne teoretske literature, raziskav ter najnovejših praks tako v Sloveniji kot v tujini. Bistven prispevek je tudi predstavitev praktičnih izkušenj avtoric, ki temeljijo na lastnem poglobljenem strokovnem delu na specifičnem področju.

Publikacija s teoretskih izhodišč glede obravnavanih tematik prehaja tudi v praktične napotke za kar se da optimalno pristopanje k reševanju življenjskih situacij prav na začetku ustvarjanja družine. Zaradi raznolikosti obravnavanih področij v pričujoči monografiji so prikazani oziroma predlagani pristopi ponekod precej različni, ponekod pa se predlogi med posameznimi poglavji dokaj prekrivajo, saj se tudi duševne težave pogosto prekrivajo in prepletajo. Glavni namen praktičnih napotkov pa je predstaviti strokovne in uporabne napotke za konkretno ravnanje različnih zdravstvenih delavcev v vsakdanji praksi.

Znanstvena izhodišča in ključne ugotovitve

Proučevanja javnozdravstvenih vidikov duševnih motenj v obporodnem obdobju z analizo najnovejših podatkov o ženskah v Sloveniji, zdravju in zdravstvenemu varstvu v obporodnem obdobju ter o izidih nosečnosti, predvsem tistih, ki lahko negativno vplivajo na duševno zdravje v obporodnem obdobju, razkrivajo doslej nekoliko prezrto področje. Pomembnejši ugotovitvi sta, prvič, da je kompleksnost problematike duševnega zdravja v obporodnem obdobju še vedno premalo razumljena, njena obsežnost pa tudi podcenjena, in drugič, da še ni dovolj razumljena njegova povezava s kratkoročnim in dolgoročnim zdravjem žensk in otrok. Dejstvo je, da enega izmed najpomembnejših vzrokov maternalnih smrti v zadnjem desetletju pri nas predstavljajo samomori, povezani s težavami v duševnem zdravju. Ugotovitve kažejo na potrebo po ustreznih ukrepih, s katerimi bi morda katero izmed maternalnih smrti lahko v prihodnje preprečili (1).

Pregled izsledkov znanstvenih raziskav o depresiji v nosečnosti in po porodu kot najpogostejši duševni motnji v tem obdobju kaže na kompleksnost dejavnikov, povezanih s pojavom depresije, njeno prevalenco – slovenska raziskava je prikazala prisotnost depresije pri 21,7 % nosečnic (2) – , povzema pristope za njeno prepoznavanje, diagnostiko in zdravljenje, pa tudi preprečevanje. Ključno je presejanje v nosečnosti in po porodu (3, 4).

Eno od posebej izpostavljenih problemskih področij duševnega zdravja žensk v obporodnem obdobju je nasilje nad ženskami, ki je tesno povezano z duševnim zdravjem; zaradi posledic za ženske in otroke je še posebej pomembno osvetliti nasilje v reproduktivnem obdobju. Podatki slovenske raziskave o nasilju med nosečnostjo NANOS kažejo, da je o fizičnem nasilju kadarkoli v preteklosti poročalo 22,2 % sodelujočih žensk, o psihičnem 26,1 %, spolnem pa 7,6 % (5). Pregledi znanstvenih in strokovnih študij in literature kažejo na pomen presejanja in preventive nasilja nad ženskami v obporodnem obdobju (6).

V zadnjih desetletjih je problematika spolnih zlorab, povezanih z doživljanjem nosečnosti, poroda in zgodnjega materinstva zaradi pomena za duševno zdravje in kakovost življenja ženske pritegnila pozornost raziskovalk in raziskovalcev. Po raziskavah SZO je v evropski regiji 13 % deklarciranih spolno zlorabljenih (7). Izsledki proučevanj kažejo, da je v obporodnem obdobju verjetnost za aktivacijo sprožilcev spomina na spolno zlorabo povečana (8); doživljanje nosečnosti, poroda, dojenja in materinstva je lahko bistveno oteženo, ključna je osveščenost in senzitivnost zdravstvenih strokovnjakov ter informiranje žensk.

Socialno svetovanje v obporodnem obdobju je del varovanja reproduktivnega zdravstvenega varstva in pomemben del pomoči ženskam v različnih stiskah, od ekonomskih, socialnih do duševnih. Prikazani in analizirani aktualni podatki o vrstah težav pri socialnih obravnavah kažejo na pomen prepoznavanja stisk, ustrezne napotitve ter kakovostnega psihosocialnega svetovalnega dela (9).

Od vedenjskih dejavnikov tveganj, povezanih z duševnim zdravjem, ki igrajo izredno pomembno vlogo v obporodnem obdobju in nanj tudi vplivajo, so predstavljeni sodobni znanstveni izsledki s področja alkohola, kajenja in prepovedanih drog. Ugotovljeno je, da psihosocialno svetovanje poveča verjetnost prenehanja kajenja (10). Številne svetovne smernice in priporočila svetujejo popolno abstinenco od alkohola v času načrtovanja nosečnosti, v nosečnosti in v času dojenja (11–14); predstavljene so preverjeno učinkovite strokovni pristopi za opuščanje škodljivih navad. Avtorici na podlagi študij osvetlujeta problematiko prepovedanih drog, pokažeta, kako izpostavljenost ploda psihoaktivnim snovem pred rojstvom predstavlja javnozdravstveni problem (15) in kako je zloraba psihoaktivnih snovi v obdobju nosečnosti povezana z resnimi posledicami za žensko in otroka (16). Kaže se nujna potreba po presejanju in ustreznem ukrepanju: prikazane so tudi obstoječe aktivnosti in podani predlogi za poglobljeno delo.

Ene od pomembnih aktualnih raziskovalnih tematik, povezanih z duševnimi motnjami, so že predhodno obstoječe duševne motnje, pri katerih se z nosečnostjo in materinstvom pojavijo novi izzivi, ki zahtevajo ponovno odločitev glede zdravljenja, skrbno spremljanje in sodelovanje različnih strokovnjakov; drug vidik pa so motnje, ki se prvič pojavijo v obporodnem obdobju.

Motnje hranjenja pogosto prizadenejo ženske v rodni dobi in povzročajo med drugim ginekološke težave, težave med nosečnostjo in po porodu. Še posebej so predstavljeni izsledki študij o motnjah hranjenja med nosečnostjo in vpliv nanjo, povezave med njimi in porodom ter poporodnim obdobjem, vključno z dojenjem, ter predlogi za obravnavo; zelo smiselni bi bili interdisciplinarni timi, sestavljeni iz psihiatrov z izkušnjami s tega področja in ginekologov-porodničarjev (17).

V obporodnem obdobju se lahko anksiozna motnja pojavi prvič ali kot relaps obstoječe; prevalenca anksioznih motenj v nosečnosti je med 13 in 15 %, prevalenca po porodu znaša med 11 in 17 % (18). Novejša znanstvena spoznanja kažejo, da je prisotnost anksiozne motnje v zgodnji nosečnosti neodvisni napovednik vedenjskih in čustvenih težav otroka (19), poporodna anksioznost pa je pomemben dejavnik tveganja za neželene izide pri otrocih (20). Prevalenca obsesivno kompulzivne motnje v nosečnosti znaša okoli 2 %, v prvem letu po porodu okoli 2,5 % (21).

Bipolarna motnja prizadene nekaj več kot 1 % splošne populacije (22); predstavljeni so izsledki sodobnih proučevanj izzivov nosečnosti, poroda in zgodnjega materinstva pri ženskah z bipolarno motnjo in njihovega zdravljenja, predstavljena je zahtevnost psihiatrične obravnave in nujna po sodelovanju z drugimi strokovnjaki ter svojci.

Poseben izziv obporodnega obdobja je tudi shizofrenija, težja duševna motnja, za katero se ocenjuje, da naj bi bila prisotna pri okoli 1 % prebivalstva; med nosečnostjo in po porodu je večinoma potrebno zdravljenje nadaljevati; antipsihotiki s psihološkimi intervencami so prva izbira (23).

Poporodna psihoza je redka duševna motnja, njena prevalenca je 1-2 primera na 1000 rojstev (24); je urgentno stanje in zahteva takojšnje zdravljenje v bolnišnici; proučevanja kažejo, da večina bolnic doseže polno remisijo (25).

Obravnava duševnih težav v obporodnem obdobju je še dodatno kompleksna - poleg matere je tu še bitje, ki je z njo neločljivo povezano, v času nosečnosti prek posteljice, po rojstvu z dojenjem; v nekaterih primerih sta tu dva ali celo več otrok. Prav zato je potrebno prilagoditi farmakološke pristope, kjer je nujno poznavanje in razumevanje dodatnih dimenzij farmakodinamike in farmakokinetike posameznih preparatov v različnih obdobjih nosečnosti, po porodu in med obdobjem dojenja, zato so ključna sodobna priporočila, ki so v pomoč pri odločitvah za najustreznejše zdravilo (26).

Prav tako je treba prilagoditi tudi nefarmakološke terapevtske pristope, kjer bi v podporo in zdravljenje na primer z drugačnimi organizacijskimi pristopi poleg matere vključili tudi novorojenčka oziroma dojenčka, kjer je to možno.

Pregled spoznaj o vplivu navezanosti na razvoj ter zdravje otroka in matere, ki so v zadnjih desetletjih doživela potrditev in dodatno osvetlitev še z vidika nevropsihologije in nevrobiologije (27), podpre ključnost obravnavane tematike duševnega zdravja v obporodnem obdobju in osmišlja velika prizadevanja sodelujočih po jasnem, preglednem in temeljitem prikazu posameznih vidikov.

Za razliko od telesnih bolezni duševne motnje še vedno vzbujajo negativne asociacije in so v naši družbi še močno stigmatizirane. To se dogaja v prvi vrsti zaradi slabšega razumevanja vzrokov duševnih motenj, posledica pa je strah pred neznanim. S pričujočim prikazom znanstvenih izsledkov in na njih temelječe prakse v tej publikaciji prispevamo k boljšemu poznavanju dogajanj, ki nastopijo v obporodnem obdobju ali so povezana z nosečnostjo in poporodnim obdobjem, in z njim povezanih duševnih sprememb, ki se gibljejo v razponu med pričakovanim, zaželenim in patološkim. Z osvetlitvijo posameznih novih spoznaj različnih obporodnih duševnih motenj zmotne predstave o vzrokih, posledicah in zdravljenju izgubljajo svojo moč, s tem pa prispevamo tudi k zmanjševanju stigme. Pri vsem tem je pomembno tudi poznavanje dejavnikov, ki ohranjajo zdravje in potencialno preprečujejo nastanek ali poslabšanje duševne težave.

Dejstvo je, da življenje ni gladka, dolgočasna cesta brez ostrih ovinkov, preprek, brez vzponov in padcev. Na svojem velikem potovanju se vsi srečujemo z njimi; in kdaj pa kdaj potrebujemo oporo in pomoč drugih, da jih premagamo in nadaljujemo pot. Ženske, ki se v nosečnosti in po porodu soočajo z duševnimi stiskami, so še posebej ranljiva skupina, ki potrebuje prepoznavanje, usmerjanje, podporo in zdravljenje. Za to so nujni poglobljeno sodobno znanje in na njem utemeljena dobra praksa ter sočutno razumevanje. Teoretsko delo in strogi znanstveni pristopi, ki se kdaj na prvi pogled zdijo odmaknjeni od življenjskega vsakdana, prispevajo h kakovosti življenja družin na samem začetku. Ugotovitve so pomembna podlaga za oblikovanje aktivnosti in spodbujanje tesnega sodelovanja strokovnjakov in strokovnjakinj na področju, kjer se prepletajo klinična psihologija, psihiatrija, javno zdravje, ginekologija, porodništvo, pediatrija in babištvo, pa tudi socialno delo, psihoterapija, nevroznanosti, farmacija in še kaj. Napotujejo pa tudi k nadaljnjim proučevanju in raziskovanju te izjemno pomembne tematike, da bi kar najbolje odgovorili na sodobne javnozdravstvene probleme, ki se v dobršni meri tičejo prav duševnega zdravja različnih ranljivih populacij, in prispevali h krepitvi zdravja žensk ter otrok v najnežnejši dobi. Z združenimi močmi žensk, njihovih bližnjih, strokovnjakinj in strokovnjakov noben izziv ne more biti pretežak!

Literatura

1. Delovna skupina za obravnavo podatkov o maternalnih smrtih. Poročilo o maternalni umrljivosti v Sloveniji v letih 2006, 2007 in 2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011 (interno gradivo).
2. Podvornik N, Globevnik Velikonja V, Praper P. Depression and anxiety in women during pregnancy in Slovenia. *Zdravstveno varstvo*, 2015; 54 (1): 45–50.
3. Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, Howell HB, Poschman K, Yonkers KA. Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatr Serv*. 2004; 55(4): 407–14.
4. NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence). Dostopno dne 15. 3. 2018 na: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health>.
5. Globevnik Velikonja V, Lučovnik M, Premru Sršen T, Leskošek V, Krajnc M, Pavše L, et al. Violence before pregnancy and the risk of violence during pregnancy. *J Perinat Med*. 2017; 45: 1–5.
6. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Intimate Partner Violence. Committee Opinion No. 518. *Obs Gynecol*. 2012; 119: 412–7.
7. World Health Organization. European report on preventing child maltreatment. 2013. Dostopno dne 10. 3. 2018 na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf.
8. Sperlich M, Seng JS. *Survivor Moms*. Eugene: Motherababy Press; 2008.
9. Dreu L. Dobra praksa socialnega dela na področju posvojitev. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo; 2011 (neobjavljeno, raziskovalna naloga v okviru diferencialnega programa univerzitetnega študija).
10. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 10: CD001055.
11. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. NICE guidelines [CG62]. Dostopno dne 19. 4. 2018 na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. *Obstet Gynecol* 2011; 118: 383.
13. Carson G, Vitale Cox L, Crane J et al. No. 245-Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2017; 39 (9): 220–54.
14. Centers for Disease Control and Prevention: Fetal alcohol spectrum disorders (FASDs). Dostopno dne 20. 4. 2018 na: <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/alcohol-use.html>.
15. Forray A, Foster D. Substance use in the perinatal period. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17(11): 91. doi: 10.1007/s11920-015-0626-5.
16. Forray A. Substance use during pregnancy. *F1000Research* 2016; 5: F1000 Faculty Rev-887. doi:10.12688/f1000research.7645.1.
17. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and Gynecologic Problems Associated with Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2016; 49(3): 260–75.
18. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behav Dev* 2018; 51: 24–32. doi: 10.1016/j.infbeh.2018.02.005.

19. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 502–8.
20. Reck C, Muller M, Tietz A, Mohler E. Infant distress to novelty is associated with maternal anxiety disorder and especially with maternal avoidance behavior. *J Anxiety Disord* 2013; 27: 404–12. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.03.009.
21. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 377–85.
22. Sit D. Women and bipolar disorder across the life span. *J Am Med Womens Assoc* 2004; 59(2): 91–100.
23. National Institute for Health and Care Excellence: Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014. Dostopno dne 15. 4. 2018 na: www.nice.org.uk.
24. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296(21): 2582–9.
25. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)* 2006; 15(4): 352–68.
26. Hriberšek D. Uvajanje psihofarmakoterapije pri nosečnicah in doječih materah na sprejemnem oddelku Psihiatrične bolnišnice Vojnik. Specialistična naloga. LZS, 2016.
27. Schore AN. Attachment, affect regulation and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in review* 2005; 62(6): 204–17.

Javnozdravstveni vidiki duševnega zdravja v obporodnem obdobju

Barbara Mihevc Ponikvar,
Sonja Tomšič, Zalka Drglin

Uvod

Duševno zdravje je integralni del celovitega zdravja, ki vključuje še fizično in socialno zdravje (1). Zdravja ne razumemo le kot odsotnost simptomov ali bolezni, ampak tudi kot dobro počutje, zadovoljstvo, dobro samopodobo, optimizem, sposobnost zaznavanja, razumevanja, interpretacije in prilagajanja okolju, uspešno spoprijemanje s težavami, vseobsegajočo blaginjo in tudi kot način življenja (1, 2).

Zdravje v nosečnosti, ob porodu in v času zgodnjega otroštva pomembno vpliva na zdravje v odrasli dobi ter tako predstavlja temelj zdravja prebivalstva. Tudi neenakosti v zdravju (to so razlike v zdravju oziroma zdravstvenih izidih med družbenimi skupinami z različnim socialno-ekonomskim statusom, ki jih lahko preprečimo (3)) se pričenjajo že v nosečnosti oziroma ob rojstvu. Eden izmed ključnih pristopov za zmanjševanje neenakosti v zdravju v populaciji je tako ravno zagotavljanje čimbolj optimalnega začetka življenja vsem otrokom (4).

Različne okoliščine lahko ženski otežujejo prehod v materinstvo, vplivajo na zdravje (tako telesno kot duševno) in posledično izid nosečnosti ter zdravje in razvoj otroka. Sem sodijo neizobraženost, revščina oziroma pomanjkljiva socialna varnost, slab partnerski odnos ali celo izpostavljenost nasilju v družini, raznovrstne prikrajšanosti oziroma posebne potrebe. Bolj ogrožene so v nosečnosti tudi mladostnice, ženske z nezaželeno nosečnostjo, priseljenke in begunke. Obremenjujoče pa na ženske delujejo tudi pretekle slabe izkušnje v nosečnosti (npr. spontani splav, izguba otroka), zdravljenje neplodnosti, bolezni v nosečnosti in rojstvo otroka z zdravstvenimi težavami (nedonošenčki, otroci z nizko porodno težo, otroci s prirojenimi anomalijami in drugimi kroničnimi boleznimi) (5, 6).

Metode

V prispevku želimo predstaviti nekaj dejstev o ženskah v Sloveniji, zdravju in zdravstvenem varstvu v obporodnem obdobju ter izidih nosečnosti, s posebnim poudarkom na prikazu dejavnikov, ki lahko negativno vplivajo na duševno zdravje v obporodnem obdobju. Prikazujemo podatke Statističnega urada RS, ki so bili pridobljeni preko portala <http://www.stat.si/>, podatke iz zdravstvenih podatkovnih zbirk Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ), ki smo jih pridobili z obdelavo podatkovnih baz s statističnim programom IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. (Armonk, NY: IBM Corp.), ter objavljene rezultate nekaterih slovenskih raziskav. Prikazani so podatki za zadnja dostopna leta.

Ženske v rodni dobi

V Sloveniji je po podatkih Statističnega urada RS leta 2017 živelo 436.478 žensk v rodni dobi (med 15. in 49. letom starosti). Več kot polovica žensk v rodni dobi živi v gospodinjstvu z vsaj enim otrokom, po 40. letu je takih 80 %. V zadnjih letih se v Slovenijo letno priseli okoli 4000 žensk, starejših od 15 let, največ jih prihaja iz Bosne in Hercegovine ter Kosova. Leta 2015 je bilo med prebivalkami Slovenije, starimi 15 let in več, 11 % rojenih izven Slovenije, 3 % je bilo prebivalk s tujim državljanstvom in z leti ta delež narašča. V povprečju so priseljene ženske bistveno manj izobražene od tistih, ki so rojene v Sloveniji (7). Večina priseljenih žensk je v rodnem obdobju, pogosto prihajajo že noseče, nekatere celo tik pred porodom. Nepoznavanje našega sistema zdravstvenega varstva, neznanje jezika in s tem omejenost pri pridobivanju informacij ter komunikaciji z zdravstvenimi strokovnjaki so ob neizobraženosti, izoliranosti in pomanjkljivi socialni mreži njihove glavne ovire in dejavniki tveganja za slabo zdravje.

Kljub deklarativno zagotovljeni enakosti spolov, so ženske še vedno pogosto izpostavljene nasilju s strani intimnega partnerja in drugim oblikam nasilja v družini. To velja tudi za noseče ženske in ženske po porodu. V tem obdobju se lahko nasilje celo stopnjuje. Izpostavljenost nasilju ima za ženske tako fizične kot psihične posledice, ki so dolgoročne. V nosečnosti imajo žrtve nasilja večje tveganje za spontani splav, rojstvo mrtvega otroka, prezgodnji porod in nizko porodno težo otroka. Povečano je tudi tveganje za razvoj številnih duševnih motenj, od anksioznosti in depresije do boleznih odvisnosti (8). Posledice nasilja se z ženske lahko prenašajo na otroke in druge družinske člane. Raziskava na vzorcu nekaj več kot 1000 otročnic, ki so leta 2014 rodile v Porodnišnici Ljubljana, je pokazala, da je imelo izkušnjo fizičnega in/ali spolnega nasilja 11,5 % žensk, izkušnjo psihičnega nasilja pa 14,1 % žensk. V času nosečnosti pa je katerikoli obliko nasilja doživljalo 4,2 % žensk (9).

Porodi in rojstva v Sloveniji

V letu 2016 je bilo po podatkih Perinatalnega informacijskega sistema v Sloveniji 19.697 porodov oziroma 20.083 rojstev. Nataliteta je znašala 9,7 živorojenih otrok na 1000 prebivalcev (10). V zadnjih letih nataliteta ponovno počasi upada, kar je vsaj deloma posledica dejstva, da je v rodni dobi vse manjše število žensk. V povprečju rodi ženska v Sloveniji 1,6 otroka (celokupna stopnja rodnosti), kar je podobno povprečju v EU in ne zadošča za naravno obnavljanje prebivalstva. V letu 2016 smo po podatkih Informacijskega sistema spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji zabeležili tudi 2862 primerov spontanega splavov, izvenmaterničnih nosečnosti in drugih patoloških oblik

nosečnosti, ki so se končale z odmrtjem ploda pred 22 tednom nosečnosti (11). 98 otrok (4,9 na 1000 rojstev) pa je bilo mrtvorojenih (10).

Matere so bile leta 2016 ob porodu povprečno stare že skoraj 31 let, tiste, ki so rodile prvič, so bile v povprečju leto in pol mlajše. Sedem od desetih je bilo starih med 25 in 35 let, manj kot odstotek je bilo mlajših od 20 let, vsaka peta pa je bila že starejša od 35 let (10). Višja povprečna starost žensk ob porodu posredno nakazuje, da je večji delež nosečnosti načrtovanih in zaželenih. Hkrati pa večji delež starejših nosečnic pomeni, da je med njimi več kronično bolnih in da je tudi tveganje za nekatere zaplete večje.

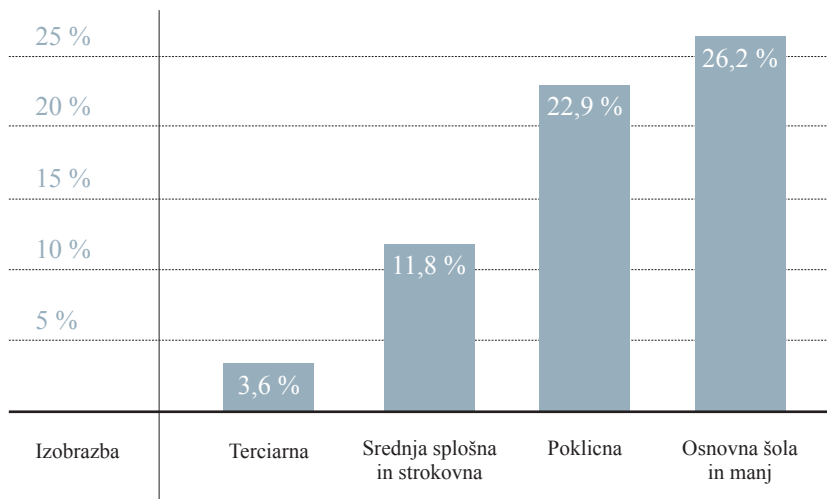
Skoraj polovica žensk je v letu 2016 rodila svojega prvega otroka, dobra tretjina drugega in desetina tretjega. Žensk, ki so rodile četrtega otroka ali več, je bilo 3 %. Skoraj polovica porodnic je imela dokončano terciarno izobrazbo, osnovno šolo ali manj je imelo 7 % porodnic (10).

Naraščanje povprečne starosti žensk, ki se odločajo za nosečnost, ki jo beležimo v zadnjih desetletjih, je povezana tudi z več težavami pri zanositvi. Med ženskami, ki so rodile v letu 2016, jih je 94,5 % zanosilo spontano, ostale so se zdravile zaradi neplodnosti in zanosile s pomočjo postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo. En odstotek jih je zanosilo po zdravljenju z indukcijo ovulacije in/ali umetno inseminacijo, 4,5 % pa s pomočjo oploditve v epruveti (10).

V Sloveniji ima nosečnica pravico do desetih preventivnih pregledov in dveh preventivnih ultrazvočnih preiskav ter do vseh potrebnih kurativnih obravnav. Prav tako imajo nosečnice in bodoči očetje pravico do brezplačne priprave na porod in starševstvo (t. i. Šola za bodoče starše) (12). Večina nosečnic prihaja na preglede redno že od zgodnje nosečnosti, nekatere nosečnice pa vso nosečnost na pregled sploh ne pridejo ali pa zdravnika prvič obiščejo pozno v nosečnosti. Po podatkih Perinatalnega informacijskega sistema je leta 2016 devet od desetih nosečnic prišlo na prvi preventivni pregled do 12. tedna nosečnosti, kot je priporočeno. Tveganje, da bodo prišle pozno na prvi pregled v nosečnosti, je bilo kar trikrat višje v skupini žensk brez strokovne izobrazbe (21,5 %) v primerjavi s skupino žensk s terciarno izobrazbo (7 %). V veliki meri so prišle na prvi pregled šele po 12. tednu tudi mladostnice, in sicer kar 38 %. Osem od desetih prvoročk se je udeležilo Priprave na porod in starševstvo. Manj izobražene ženske so se je slabše udeleževale, in sicer le 42 % prvič nosečih žensk brez strokovne izobrazbe, v primerjavi z 92 % žensk s terciarno izobrazbo. Med mladostnicami se je Priprave na porod in starševstvo udeležila le vsaka tretja (10).

Kajenje je znan dejavnik tveganja, ki vpliva na rast in razvoj otroka, in je povezano s prezgodnjim porodom, nizko porodno težo in drugimi zapleti v nosečnosti (13). V

nosečnosti je leta 2016 kadila vsaka deseta ženska; med manj izobraženimi ženskami je bilo kajenje mnogo pogostejše kot med bolj izobraženimi (Slika 1). Odvisnost od alkohola je bila zabeležena pri 37 porodnicah, odvisnost od nedovoljenih drog pri 40, v preteklosti pa naj bi bilo odvisnih od drog še nadaljnjih 48 porodnic (10).



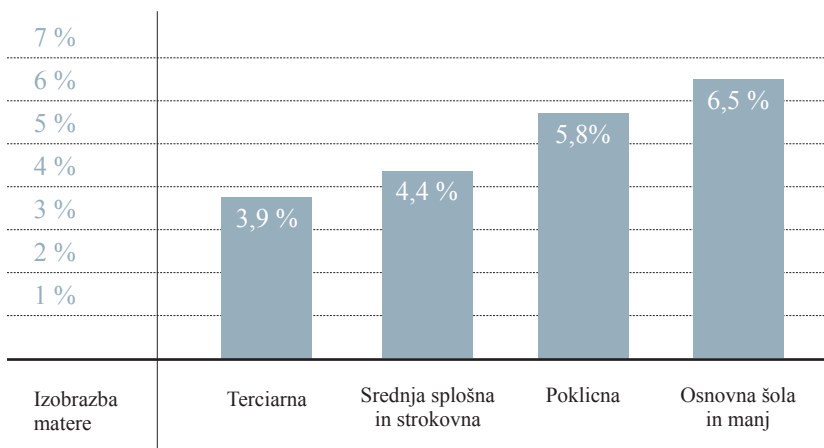
Slika 1. Delež kadilk med nosečnicami po izobrazbi, Slovenija 2016.

Vir: NIJZ. Perinatalni informacijski sistem RS.

Med zapleti v nosečnosti so ginekologi v primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu v letu 2016 najpogosteje zabeležili krvavitve v zgodnji nosečnosti oziroma grozeči splav, okužbe rodil in sečil ter anemijo. Višja povprečna starost nosečnic je povezana tudi z več resnejšimi zapleti v nosečnosti, kot je gestacijski diabetes, ki je bil leta 2016 ugotovljen pri vsaki deveti nosečnici, ter hipertenzija in preeklampsija, ki sta prizadeli 1,8 % oziroma 1,3 % nosečnic (14).

Vsaka peta nosečnica je imela v preteklosti že izkušnjo spontanega splava. Vsaka osma nosečnica je bila zaradi rizične nosečnosti v tej nosečnosti napotena za vodenje nosečnosti v terciarni center, vsaka šesta je bila v nosečnosti vsaj enkrat hospitalizirana. Pri 0,7 % je bil pred porodom zaradi pričakovanih zapletov pri novorojenčku ali materi indiciran transport in utero v terciarni center. Spontano se je leta 2016 pričelo 73 % porodov, 18 % je bilo induciranih, 9 % pa elektivnih carskih rezov. Z urgentnim carskim rezom se je končalo še 11 % porodov, tako je bil s carskim rezom rojen vsak peti novorojenček. Podporo partnerja pri porodu je imelo 78 % porodnic, 2 % pa je spremljala druga oseba (10).

Prezgodnji porod in nizka porodna teža (teža pod 2500 gramov) sta v razvitem svetu med najpomembnejšimi vzroki hujše obolevnosti in umrljivosti novorojenčkov. Leta 2016 je bilo ob roku rojenih 91,9 % živorojenih otrok, pred dopolnjenim 32. tednom nosečnosti 1,1 %, med 32. in 36. tednom nosečnosti 6,7 %. Le 0,3 % otrok je bilo prenošenih. Zelo nizko porodno težo (pod 1500 gramov) je imelo 1,1 % živorojenih otrok, porodno težo med 1500 in 2500 grami pa 5,5 % otrok. Tako prezgodnji porod kot tudi nizka porodna teža novorojenčka sta bila pogostejša pri manj izobraženih ženskah (Slika 2). Intenzivno nego in terapijo je takoj po rojstvu potrebovalo 2,6 % novorojenčkov. Ob odpustu iz porodnišnice je bilo izključno dojenih 69 % novorojenčkov in delno dojenih 28 %, 3 % niso bili dojeni (10). Težave pri vzpostavljanju oziroma vzdrževanju dojenja so lahko povezane s prisotnimi duševnimi težavami pri materi, lahko pa neuspešna prizadevanja za vzpostavitev dojenja predstavljajo hudo stisko in vzbujajo občutke krivde ter posledično vodijo v duševne težave, česar se bi morali ob intenzivni promociji dojenja zdravstveni strokovnjaki v večji meri zavedati.



Slika 2. Delež živorojenih enojčkov z nizko porodno težo po izobrazbi matere, Slovenija 2016.

Vir: NIJZ. Perinatalni informacijski sistem RS.

Med najpomembnejše kazalnike zdravja v obporodnem obdobju sodita perinatalna in maternalna umrljivost, ki odražata tako kakovost in dostopnost obporodnega zdravstvenega varstva, kot tudi splošno zdravstveno stanje žensk v rodni dobi. V najširšem smislu pa sta tudi merilo družbenega položaja žensk, saj socialno-ekonomska prikrajšanost, izpostavljenost nasilju in diskriminacija povečujejo tveganje za smrt v obporodnem obdobju. Perinatalna umrljivost je leta 2016 znašala 5,8 umrlih na 1000 rojstev, oziroma 3,4 umrlih na 1000 rojstev pri otrocih, težjih od 1000 gramov, kar je ugodneje od povprečja držav članic EU (15).

Maternalna umrljivost v Sloveniji iz leta v leto zelo niha zaradi nizkih absolutnih števil primerov smrti, zato jo običajno prikazujemo za daljše časovno obdobje. V letih 2000 do 2014 je v povprečju znašala 9,8 maternalnih smrti v času nosečnosti, poroda in v prvih šestih tednih po zaključku nosečnosti na 100.000 živorojenih otrok ter 6,4 kasne maternalne smrti na 100.000 živorojenih otrok v času od dopolnjenega šestega tedna po zaključku nosečnosti do enega leta po zaključku le-te. Pri tem pa je pomembno dejstvo, da enega izmed najpomembnejših vzrokov maternalnih smrti v zadnjem desetletju pri nas predstavljajo samomori, povezani s težavami v duševnem zdravju, od poporodne depresije in psihoze, do boleznih odvisnosti, kar kaže na obsežnost problematike na področju duševnega zdravja v obporodnem obdobju. Delovna skupina za proučevanje maternalne umrljivosti v Sloveniji v svojem poročilu ugotavlja, da so bile ključne težave, ki so izstopale pri posameznih primerih maternalnih smrti, predvsem posledica pomanjkljivega prepoznavanja duševne stiske oz. neustrezne ocene resnosti duševnih težav, pomanjkljive komunikacije med ginekologi in psihiatri oziroma drugimi strokovnjaki ter pomanjkljivega predajanja informacij med porodnišnico in patronažno službo. Ugotovitve študije posameznih primerov maternalnih smrti v Sloveniji so bile, da bi z ustreznimi ukrepi morda katero izmed njim podobnih maternalnih smrti lahko v prihodnje preprečili (16).

Duševno zdravje v obporodnem obdobju

Maternalna smrt zaradi samomora je redek in najsrajnejši izid pri duševnih motnjah v obporodnem obdobju, imajo pa duševne motnje v tem obdobju številne druge posledice za zdravje, saj sta duševno in reproduktivno zdravje med seboj tesno povezana. Duševne motnje v obporodnem obdobju pomembno vplivajo na potek nosečnosti in poroda ter na otrokov zgodnji in kasnejši razvoj (5), zato so ženske z duševnimi težavami v nosečnosti in po porodu posebno ranljiva skupina. Duševne težave v času nosečnosti in po porodu so zelo pogoste. Najpogostejši sta depresija in anksioznost, redkejša je poporodna psihoza, ne smemo pozabiti tudi na bolezni odvisnosti. Po ocenah epidemioloških raziskav iz Slovenije in tujine bi na letni ravni med vsemi nosečnicami in porodicami v Sloveniji pričakovali, da se samo z depresijo srečuje okoli 4000 žensk, od tega vsaka četrta v hujši obliki (5, 17–20).

Ženske z duševnimi motnjami pogosteje manj skrbijo zase, neredno hodijo na preventivne preglede, zlorablja psihoaktivne snovi, njihov življenjski slog je manj zdrav, kar neposredno in posredno vpliva na razvoj otroka v maternici. Nosečnice z duševnimi motnjami imajo večje tveganje za mrtvorojenost, prezgodnji porod, več zapletov pri porodu, večje je tveganje za nizko porodno težo otroka. Po porodu so pogostejše težave pri dojenju in navezovanju stika z otrokom, kar kratkoročno in dolgoročno vpli-

va na čustveni in kognitivni razvoj otroka ter daje tem motnjam še posebno težo in velik javnozdravstveni pomen (5, 21–22). Duševne motnje v nosečnosti in po porodu so breme tudi za širšo družino; to se lahko odraža kot težave v partnerskem odnosu in tudi poveča verjetnost za razvoj duševne motnje pri partnerju (23).

Prepoznavanje duševnih motenj v obporodnem obdobju

Z ustrezno in pravočasno obravnavo lahko duševne težave matere uspešno preprečimo ali obvladamo ter ob izboljšanju njenega zdravja tudi preprečimo številne negativne vplive na otroka in širšo okolico (21, 24). Žal pa se duševne težave v nosečnosti v Sloveniji ne odkrivajo v zadostni meri, kljub temu da je bil že pred leti v materinsko knjižico vključen Vprašalnik dobrega počutja Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju SZO). Še vedno so namreč marsikateri zdravstveni strokovnjaki, ki obravnavajo nosečnice, premalo osveščeni in podcenjujejo pomen duševnega zdravja v nosečnosti (25). Hkrati ugotavljamo, da je v naši družbi stigmatizacija duševnih motenj med splošno javnostjo še vedno zelo visoka, osveščenost o možnih težavah z duševnim zdravjem v obporodnem obdobju pa nizka. V okviru projekta, ki je potekal v letih 2015 in 2016 na območju dveh zdravstvenih domov v Sloveniji, smo v sklopu preventivnih obiskov, ki jih pri otročnicah opravljajo patronažne sestre, pilotno izvajali presejanje na depresijo z Edinburškim vprašalnikom. Patronažne sestre, ki so sodelovale v projektu, so v okviru evalvacije poročale o tem, da so nekatere otročnice izražale zaskrbljenost v zvezi s tem, kdo bi lahko izvedel za rezultate tega testiranja. Tudi delež pozitivnih testov je bil precej nižji od pričakovanega (26).

Da bi zmanjšali stigmatizacijo in izboljšali odkrivanje žensk s težavami v duševnem zdravju, si na NIJZ že več let prizadevamo osvestiti strokovno in laično javnost o tej problematiki. V teh letih smo s prispevki sodelovali na številnih strokovnih srečanjih, organizirali smo nacionalni posvet in razvili več gradiv namenjenih strokovni in laični javnosti. Pripravljen je bil priročnik za ženske in njihove svojce na temo obporodne depresije (27), zloženke, posterji in drugo. V letu 2017 smo postavili tudi spletno stran, namenjeno osveščanju o depresiji v obporodnem obdobju, kjer so zbrana vsa gradiva (<http://www.nijz.si/sl/depresija-v-nosecnosti-in-po-porodu>). Na tej strani so na voljo osnovne informacije o obporodni depresiji in nasveti za ženske, kako lahko same poskrbijo za ohranjanje dobrega počutja v nosečnosti in po rojstvu otroka. Za ženske, ki bi želele same povsem anonimno preveriti ali pri njih obstaja tveganje za obporodno depresijo, je dodana še povezava na elektronsko verzijo Edinburškega presejalnega vprašalnika. Ko ženska izpolni vprašalnik, algoritem v ozadju izvede točkovanje odgovorov in glede na seštevek točk prejme ženska enega izmed treh sporočil z nasveti za samopomoč in usmeritvijo k iskanju strokovne pomoči, kadar je to potrebno (<http://>

anketa.nijz.si/mojepocutje). Če prejme ženska priporočilo, da naj poišče strokovno pomoč, je tudi neposredno preko povezave preusmerjena na spletno stran, kjer so navedeni viri pomoči, tako organizacije, kot tudi posamezni strokovnjaki, na katere se lahko obrne.

Zaključek

Z vidika zdravja in dobrobiti družine je obporodno obdobje ključen čas v življenju otroka in celotne družine. Če želimo zagotavljati res celovito zdravstveno oskrbo žensk v obporodnem obdobju, je nujno uvesti spremembe na področju občutljivosti, odkrivanja in zdravljenja duševnih motenj in drugih ranljivosti, sicer zamujamo priložnosti, da bi ženskam zagotovili ustrezno pomoč ter s tem kratkoročno in dolgoročno vplivali na izboljšanje njihovega zdravja in zdravja njihovih otrok, njihove družine oziroma celotne družbe. V prihodnje nas tako čaka še veliko izzivov. Redno je potrebno spremljati situacijo in raziskovati potrebe žensk v obporodnem obdobju. Zavedati se moramo, da se različne ranljivosti medsebojno zelo pogosto prepletajo in jih pri nekaterih ženskah najdemo več, kar kaže na to, da so njihove potrebe bolj kompleksne. Zato morajo biti tudi zdravstveni strokovnjaki, ki obravnavajo nosečnice in ženske po porodu, ustrezno izobraženi in osveščeni ter opremljeni s potrebnimi veščinami za delo s to populacijo. V okviru projektov, ki jih v obdobju 2017 do 2020 izvajata NIJZ in Združenje za perinatalno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu, razvijamo celovit program za prepoznavanje in obravnavo duševnih motenj v obporodnem obdobju. V prihodnje bo potrebno zagotoviti sistemsko implementacijo v okvir obstoječih preventivnih programov za nosečnice in otročnice ter krepiti sodelovanja med strokovnjaki različnih specialnosti in strok, tako znotraj kot tudi zunaj zdravstvenega sektorja. Da bomo lahko uspešno pomagali najbolj ranljivim nosečnicam in družinam, pa bo potreben tudi razvoj in implementacija posebnih programov in pristopov za varovanje in krepitev zdravja ranljivih nosečnic in otročnic ter njihovih otrok. Le tako bomo lahko dolgoročno izboljšali zdravje teh družin in učinkovito vplivali na zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Literatura

1. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion International, 1986. 1(4): iii–v.
2. Kamin T, Jeriček Klanšček H, uredniki. Duševno zdravje prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2009.
3. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequalities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: WHO regional office for Europe; 2006.
4. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M et al. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010; 2010. Dostopno dne 12. 2. 2018 na: <https://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>.
5. World Health Organization. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Geneva: WHO Press; 2009.
6. Patel V, Oomman NM. Mental health matters too: gynaecological morbidity and depression in South Asia. *Reproductive Health Matters* 1999; 7: 30–8.
7. Statistični urad Republike Slovenije. Podatkovna baza SI-STAT. Dostopno dne 22. 3. 2018 na: <http://pxweb.stat.si/pxweb/dialog/statfile2.asp>.
8. WHO: Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women. 2016; 1–6. Dostopno dne 15. 2. 2018 na: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>.
9. Globevnik Velikonja V, Lučovnik M, Premru Sršen T, Leskovšek V, Krajnc M, Pavše L, et. Al. Violence before pregnancy and the risk if violence during pregnancy. *J Perinat Med*. 2017; 45: 1–5.
10. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije za leto 2016. Obdelava podatkov.
11. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti za leto 2016. Obdelava podatkov.
12. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07 in 22/09.
13. Centers for disease control and prevention. Reproductive health. Maternal and infant health. Tobacco use and pregnancy. Information for health care providers and public health professionals: Preventing tobacco use during pregnancy. Dostopno dne 18. 3. 2018 na: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pdf/healthcareprovidersinfo.pdf>.
14. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Evidenca zunajbolnišnične zdravstvene statistike za leto 2016. Obdelava podatkov.
15. World Health Organization. HFA database. Dostopno dne 15. 3. 2018 na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>.
16. Delovna skupina za obravnavo podatkov o maternalnih smrtih. Poročilo o maternalni umrljivosti v Sloveniji v letih 2006, 2007 in 2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011 (interno gradivo).
17. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996; 8: 37–54.
18. Epperson CN. Postpartum major depression: detection and treatment. *Am Fam Physician* 1999; 59 (8): 2247–54.

19. Koprivnik P, Plemenitaš A. Pojavnost depresij v poporodnem obdobju v slovenskem vzorcu. *Med Razgl* 2005; 44: 139–45.
20. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296: 2582–9.
21. National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Dostopno dne 13. 2. 2018 na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.
22. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal Risk of Untreated Depression During Pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 726–35.
23. Lovestone S, Kumar R. Postnatal psychiatric illness: the impact on partners. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 210–6.
24. Austin M-P, Highet N and the Expert Working Group. Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence; 2017. Dostopno dne 20. 3. 2018 na: <http://cope.org.au/about/review-of-new-perinatal-mental-health-guidelines/>.
25. Globevnik Velikonja V. Obporodna depresija. V: Globevnik Velikonja V, urednik. Prepoznavanje ranljivih skupin žensk v obporodnem obdobju. Priročnik za zdravstvene delavce. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu; 2018.
26. Tomšič S, Drglin Z, Pucelj V, Peternel L, Lamut U, Macur M et al. Evalvacija pilotnih izvedb v projektu Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju otrok in mladostnikov: projekt Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2016. Dostopno dne 18. 3. 2018 na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/evalvacijsko_porocilo_pilotnih_izvedb_v_delovnem_sklopu_otrok_in_mladostnikov.pdf.
27. Drglin Z. Zima v srcu. Posodobljena izdaja, 2017. Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2017. Dostopno dne 28. 2. 2018 na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/zima_v_srcu_zalka_drglin_2_izdaja_2017.pdf.

Obporodna depresija: preventiva, diagnostika in oblike nefarmakološkega zdravljenja

Vislava Globevnik Velikonja

Uvod

Depresija je hromeča motnja razpoloženja. Zgodovinsko je bila poporodna depresija v družbi in znotraj zdravstvenega sistema zanikana, matere pa so bile prepuščene trpljenju v strahu, zmedenosti in molku. Še sredi prejšnjega stoletja, ko so se že zavedali uničujočih posledic poporodne psihoze, poporodna depresija še ni bila del bolnišničnih statistik (1). Danes Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB 10-AM) označuje poporodno depresijo z dodatnim, 5. znakom v kategoriji F32 (depresivna epizoda), glede na opredelitev nastanka v poporodnem obdobju (npr. F32.10 epizoda izven poporodnega obdobja, F32.11 epizoda v poporodnem obdobju). Kategorija F53 pa vključuje druge duševne motnje, povezane s puerperijem (z začetkom v prvih šestih tednih po porodu), ki ne izpolnjujejo kriterijev za motnje, uvrščene kje drugje v poglavju F (2). Statistični in diagnostični priročnik duševnih motenj (angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5) veliko depresivno epizodo s specifikacijo »s pojavom v obporodnem obdobju« označuje obporodno depresijo, če se depresivni simptomi pojavijo med nosečnostjo ali v prvih štirih tednih po porodu (3). Poporodna depresija se lahko pojavi kadarkoli v prvem letu po porodu (4). V zadnjem obdobju raziskovalci ne razlikujejo več med depresijo v nosečnosti in po porodu, ampak se uveljavlja termin obporodna ali perinatalna depresija. Nezdravljena ali slabo zdravljena depresija med nosečnostjo naj bi v 50 do 62 % prešla v poporodno depresijo (5).

Poznavanje normalnih bioloških, čustvenih in psihosocialnih sprememb v obporodnem obdobju predstavlja osnovo za oceno čustvenih in psihičnih prilagoditvenih težav in motenj tega obdobja. Izkušnjo nosečnice na prehodu v starševstvo obarvajo številni dejavniki okolja. Naloga perinatalne psihologije ni usmerjena le na dobro počutje nosečnice, pač pa na oba starša in s tem tudi na dobro počutje ploda in pozneje otroka (6).

Ne glede na strokovna prerekanja in klasifikacije bi lahko rekli, da je depresija pač depresija, in tudi za hudo obporodno depresijo veljajo isti diagnostični kriteriji. Oseba ima vsaj dva tedna naslednje simptome: depresivno razpoloženje ali izgubo interesov ter še najmanj štiri izmed naslednjih čustvenih, telesnih ali kognitivnih: spremenjen apetit, motnje spanja, upočasnjenost, utrujenost, občutek brezvrednosti, motnje pozornosti in koncentracije, samomorilne misli (3). Kljub temu pa je obravnava depresije v obporodnem obdobju drugačna: na eni strani zato, ker pogosto ženska, njena družina in tudi ginekolog odklanjajo zdravljenje z zdravili, po drugi strani pa gre za mlade ženske, pri katerih je smiselno poleg medikamentozne terapije vedno ponuditi tudi psihoterapevtsko pomoč njej in njeni družini. Za po-

porodno depresijo je značilna prisotnost še dodatnih simptomov: težave z dojenjem, obsesivne misli ali impulzi, povezani z otrokom, ambivalentna čustva ali pomanjkanje ljubečih čustev do otroka, strah pred neuspehom, občutek neustreznosti v vlogi matere ter pogosto bedenje ob otroku (7). Resnost simptomov vpliva na slabše socialno, storilnostno in kognitivno funkcioniranje nosečnice oziroma matere (3).

Razširjenost

Čeprav je bila nosečnost včasih za večino žensk pojmovana kot obdobje dobrega počutja, ki ščiti žensko pred psihiatričnimi motnjami, je depresija najpogostejša obporodna motnja. Različne tuje raziskave poročajo o prevalenci perinatalne depresije pri 10–20 % žensk, 9–13 % nosečnic in 12–16 % žensk po porodu. Pri tretjini oz. polovici primerov naj bi šlo za hujšo obliko bolezni (4, 8). Naša raziskava v letu 2011 je pokazala prisotnost depresije pri 21,7 % nosečnic, delež depresije med trimesečji se ni razlikoval (9). Glede na naše podatke in na podatke iz tujine bi pomenilo, da je v Sloveniji v letu 2012 poporodno depresijo doživelo okoli 4300 porodnic, od tega okoli 1400 v hujši obliki (10).

Večina epizod perinatalnih depresij izzveni spontano znotraj treh do šestih mesecev, 25 % žensk je še depresivnih eno leto po porodu. Pri 25 do 50 % žensk s poporodno depresijo le-ta traja šest mesecev in več. Najpomembnejši faktor, ki vpliva na trajanje epizode, je trajanje depresije pred začetkom ustreznega zdravljenja (11).

Poporodna depresija se večinoma pojavi v prvih šestih mesecih po porodu, pogosto šele precej časa po odpustu iz porodnišnice, prvi vrh doseže med drugim in tretjim mesecem po porodu, drugega med sedmim in devetim mesecem po porodu. Tveganje ponovitve po naslednjem porodu znaša 9–35 % (7).

Diagnostika in diferencialna diagnostika

Problem pojma poporodna depresija je, da označuje širok spekter depresivnih razpoloženskih motenj, od poporodne otožnosti do poporodne psihoze. Študije jo zelo različno opredeljujejo: psihiatrično opredeljene depresije so prisotne v približno treh odstotkih, na različnih vprašalnikih depresivnosti pa v odvisnosti od števila in jakosti simptomov najdemo od 10 do 30 % depresivnih motenj (10).

Psihologi diagnosticiramo depresijo na osnovi klinično psihološkega pregleda, pri katerem poleg intervjuja lahko uporabimo različna psihodiagnostična sredstva.

Najpogosteje uporabljeni enodimenzionalni, kratki vprašalniki za merjenje depresije so:

- Beckova lestvica depresivnosti (angl. Beck Depression Inventory - BDI): daljša različica z 21 vprašanji in krajša s 7 vprašanji (12).
- Zungova samoocenjevalna lestvica depresivnosti (angl. Zung Self-Rating Depression Scale) z 20 vprašanji (13).
- Hamiltonova lestvica depresivnosti (angl. Hamilton Depression Rating Scale - HAM-D) s 17 ali 21 vprašanji, ki se najpogosteje uporablja za oceno velike depresije in jo uporabljajo večinoma strokovnjaki (14).
- Vprašalnik o bolnikovem zdravju (angl. Patient Health Questionnaire – PHQ-9) je lestvica z 9 vprašanji, ki se pretežno uporablja kot presejalni inštrument v referenčnih ambulantah družinske medicine. Rezultat omogoča postavitev diagnoze depresije glede na diagnostične kriterije v DSM- IV (15).
- Edinburški vprašalnik poporodne depresije (angl. Edinburgh Postnatal Depression Scale -EPDS), ki je najpogosteje uporabljan presejalni test za obporodno depresijo (16).

Poporodno depresijo moramo razlikovati od drugih duševnih motenj v obporodnem obdobju, tudi od poporodne otožnosti kot najblažje oblike motenj razpoloženja v poporodnem obdobju in poporodne psihoze, ki velikokrat nastopi v obliki hude depresije kot najbolj intenzivne motnje razpoloženja. Tovrstna klasifikacija poporodnih psihičnih motenj (poporodna otožnost, poporodna depresija in poporodna psihoza) je zastarela in preveč poenostavljena. Poleg omenjenih se v poporodnem obdobju pojavlja vrsta anksioznih in s stresom povezanih motenj. V zadnjem času se poporodne duševne motnje klasificirajo znotraj petih večjih kategorij: 1. poporodna otožnost, 2. poporodna depresija, 3. poporodna psihoza, 4. poporodna posttravmatska stresna motnja ter 5. poporodna anksioznost in obsesivno kompulzivna motnja (17).

Poporodna otožnost, ki jo pri nas označujemo tudi kot »jokavi dan« ali »3. dan«, v angleški literaturi pa jo najdemo pod izrazi »postpartum blues«, »baby blues«, »maternity blues«, označuje obdobje čustvene labilnosti v prvih dneh po porodu, za katero so značilna obdobja joka, razdražljivosti, občutljivosti, zmedenosti in anksioznosti. Poporodna otožnost je zelo pogosta in jo do določene mere izkusi večina žensk vsaj za nekaj ur. Pogostejša je v zahodnih kulturah zaradi pomanjkanja družinske podpore in zgodnjega navezovanja med mamo in otrokom. Raziskave

govorijo o razširjenosti med 40 % in 85 %. Simptomi se pojavijo znotraj prvih 10 dni po porodu z vrhom med tretjim in petim dnevom. Simptomi poporodne otožnosti ne vplivajo na socialno in delovno učinkovitost ženske. Poporodna otožnost izzveni sama po sebi in ne zahteva posebnih ukrepov z izjemo socialne podpore in pomoči družinskih članov. Pripisujejo jo predvsem hormonskim spremembam in stresu poporodnega obdobja. Če poporodna otožnost traja več kot dva tedna, se verjetno razvija resnejša oblika razpoloženskih motenj po porodu (18).

Najbolj dramatična poporodna duševna motnja je poporodna psihoza, ki se običajno pojavi v prvem mesecu po porodu. Pri večjem deležu žensk je poporodna psihoza le poslabšanje že prej obstoječe resne duševne motnje (na primer bipolarnе motnje ali shizofrenije). Poporodna psihoza je redkejša duševna motnja, tuje raziskave poročajo o prevalenci med 1 in 2 na 1000 porodnic (10). Podrobneje je opisana v poglavju o poporodni psihozi.

Incidenca poporodne posttravmatske stresne motnje je okrog 5,6 %. Najpogosteje prisotni simptomi so napetost, nočne more, vdiranje spominov na travmatski dogodek (angl. flash-backs) in pretirano avtonomno vznburjenje. Simptomi lahko trajajo več tednov ali mesecev in se včasih povrnejo ob koncu naslednje nosečnosti, kar lahko vodi tudi v sekundarno tokofobijo (patološki strah pred porodom) (17).

Več študij ugotavlja, da so tudi anksiozne motnje v obporodnem obdobju pogosto neprepoznane in da so po nekaterih raziskavah celo pogostejše od poporodne depresije. Pogosto se anksioznost normalizira, saj je do določene mere konstruktivna in prispeva k temu, da ženska prilagodi življenje nosečnosti, se pripravi na porod in ustrezno poskrbi za otroka. Strah pred smrtjo v zibelki lahko doseže patološke dimenzije. Najpogostejša oblika tega strahu po porodu je nočno bedenje ob otroku in poslušanje, če otrok še diha, kar vodi v pomanjkanje spanja pri materi. Mnoge matere so pretirano zaskrbljene in preokupirane z otrokovim zdravjem in varnostjo (4, 9, 17).

Ženske, ki dobijo po porodu diagnozo hude depresije, imajo lahko ponavljajoče se vsiljive misli, povezane z otrokom, ki so povezane s kompulzivnim preverjanjem. Obsesivno kompulzivna motnja se lahko začne že v nosečnosti ali znotraj šestih tednov po porodu. Vsebina obsesivnih misli se najpogosteje nanaša na misli ali srhljive predstave o poškodovanju otroka (17). (Več o tem v poglavju o anksioznih motnjah in obsesivno kompulzivni motnji.)

Zavedati se moramo tudi visoke komorbidnosti obporodne depresije z anksioznimi motnjami (18,4 % anksioznih ima tudi depresivno motnjo in 33,9 % depresivnih ima tudi anksiozno motnjo; v 2 do 4 % so našli komorbidnost depresivne in anksiozne

motnje šest tednov po porodu), motnjami hranjenja v anamnezi (39,1–66,7 % žensk z motnjami hranjenja v anamnezi je trpelo zaradi depresije v nosečnosti in 45,5–70 % po porodu; več v prispevku o motnjah hranjenja), spolno zlorabo v otroštvu (28,6 % žensk s hudo poporodno depresijo je imelo v anamnezi tudi spolno zlorabo v otroštvu; več v poglavju Vpliv spolne zlorabe na doživljanje nosečnosti, poroda in zgodnjega materinstva) in zlorabo cigaret, alkohola in nedovoljenih drog (4).

Dejavniki tveganja

Številne raziskave so skušale pojasniti, zakaj imajo ženske povečano tveganje za razvoj resnih duševnih motenj v času nosečnosti in po porodu. Čeprav igrajo psihični stresorji veliko vlogo pri nastanku obporodnih psihičnih motenj, ne razvije vsaka ženska, ki doživi hude strese, duševne motnje v perinatalnem obdobju. Biološke spremembe, kot so spremembe v spolnih hormonih, nevrottransmitterjih, endokrinih hormonih, imunskem sistemu in spanju, ki se dogajajo v času nosečnosti in laktacije, lahko prispevajo k nastanku ali poslabšanju že obstoječe psihične bolezni ali motnje v obporodnem obdobju. Raziskave o dedovanju in genetiki kažejo, da imajo nekatere ženske predispozicijo za razvoj psihopatologije v perinatalnem obdobju (19).

Opravljenе so bile številne metaanalize dejavnikov tveganja za depresijo v obporodnem obdobju, najbolj reprezentativne povzemata Tabela 1 in Tabela 2.

Tabela 1. Dejavniki tveganja za depresijo po porodu, povzeti po metaanalizah, povzeto po Beck CT, 2006 (1) in Miller LJ, 2016 (6).

Avtor	Dejavniki tveganja za poporodno depresijo
Beck, 2001	prenatalna depresija, nizko samospoštovanje, težave z otrokovo nego, prenatalna anksioznost, visoka raven stresa, slaba socialna podpora, slaba zakonska zveza, depresija v anamnezi, težaven temperament v otroštvu, poporodna otožnost, samski stan, nizek socialno-ekonomski status, nezaželena ali nenačrtovana nosečnost
Robertson, 2004	najmočnejši: prenatalna depresija, prenatalna anksioznost, stresni življenjski dogodki v zadnjem letu, pomanjkanje socialne podpore, depresija pred nosečnostjo srednje močni: slab zakonski odnos, nevroticizemšibki: porodniški dejavniki (zapleti med nosečnostjo in porodom) in nizek socialno-ekonomski status, nedonošenček, dvojčki, trojčki
Drugi avtorji	nezrel obrambni slog, zunanji lokus kontrole ¹ , iracionalna prepričanja, otroštvo s sovražnimi ali ne vključenimi starši, slab odnos z mamo, spolna zloraba v anamnezi, reproduktivna izguba

¹ Zunanji lokus kontrole = psihološki termin, ki označuje prepričanje, da so zunanji dejavniki vzrok za to, kar se dogaja z nami in kako se počutimo.

Tabela 2. Dejavniki tveganja za depresijo v obporodnem obdobju, povzeto po Lancaster et al., 2010 (20).

Dejavniki tveganja za depresijo v nosečnosti	Dejavniki tveganja za poporodno depresijo	Brez pomembnega vpliva na depresijo v nosečnosti
<ul style="list-style-type: none"> • anksioznost v nosečnosti • negativni stresni življenjski dogodki • premalo partnerjeve podpore • pomembni življenjski dogodki • depresija v anamnezi • pomanjkanje socialne podpore • nezaželena nosečnost • kakovost partnerskega odnosa 	<ul style="list-style-type: none"> • prenatalna depresija • pomanjkanje samoza-vesti • stres zaradi skrbi za otroka • prenatalna anksioznost • stresni življenjski dogodki • pomanjkanje socialne podpore • kakovost partnerskega odnosa • depresija v anamnezi • temperament otroka • poporodna otožnost 	<ul style="list-style-type: none"> • dnevni stres • socialno-ekonomski status • nezaposlenost • zloraba drog • reproduktivna zgodovina

Posledice za zdravje

Posledice obporodne depresije so številne tako za mater in otroka kot tudi odnose v družini. Pri plodu povečuje tveganje za prezgodnji porod, nizko porodno težo, zastoj rasti, povišan srčni utrip in povišano motorično aktivnost. Te težave pripisujejo slabi regulaciji osi hipotalamus – hipofiza – nadledvičnica tako pri materi kot pri plodu. Depresivna nosečnica ima povečano tveganje za neustrezno pridobivanje teže v nosečnosti, za pojav gestacijskega diabetesa, manj obiskov pri ginekologu ter zlorabo drog. Depresivna mati izraža manj verbalne in očesne komunikacije z otrokom v prvih šestih mesecih po porodu, otroci depresivnih mater pa so manj dojeni, imajo več težav s spanjem, razvijejo negotovo izogibalno vedenje, imajo slabši čustveni, kognitivni in socialni razvoj ter več čustvenih motenj v adolescenci. Več dolgoročnih škodljivih vplivov na otroka opažajo pri ponavljajoči ali dolgotrajni depresiji. Depresija v perinatalnem obdobju ima tudi dolgoročne vplive na partnerski odnos (21, 22).

Več neodvisnih prospektivnih raziskav je dokazalo povezavo med stresom, depresijo in anksioznostjo pri materi v času nosečnosti in povečanim tveganjem za razvoj različnih negativnih posledic pri otroku, kot so čustvene motnje, motnje pozornosti

in hiperaktivnosti (ADHD), motnje vedenja, prizadetost v kognitivnem razvoju. Te težave so neodvisne od morebitne poznejše anksiozne ali depresivne motnje v poporodnem obdobju. Večina otrok ni prizadetih in tisti, ki so, so lahko na več načinov, najverjetneje zaradi drugačne genetske občutljivosti in kakovosti poporodne nege. V zadnjem času se več razumevanje mehanizmov, ki so v ozadju fetalnega programiranja – bodisi zaradi sprememb v delovanju placente, ki dopušča prehod večji količini stresnega hormona kortizola do ploda, bodisi zaradi epigenetskih sprememb. Za klinično prakso je pomembno, da z izboljšanjem čustvenega stanja nosečnic pomembno izboljšamo izid pri otrocih (23). Ker je uspešno oblikovanje čustvene navezave med starši in otrokom v prvem letu otrokovega življenja ključnega pomena za otrokov zdrav čustveni in socialni razvoj, so raziskovali odnos med psihopatologijo matere in razvojem čustvenega navezovanja z otrokom. Ugotovili so, da otroci mater z duševno motnjo večkrat razvijejo negotovo ali neorganizirano navezavo. Seveda je interakcija z otrokom odvisna tudi od vrste psihopatologije, zato je potrebna individualna obravnava diade mati-otrok. Upoštevati moramo še druge dejavnike tveganja, pa tudi odpornost otroka in matere, ki oblikujeta odnos znotraj konteksta psihopatologije (24).

Preventiva

Pravočasna diagnostika in prepoznavna žensk s povečanim tveganjem za poporodno depresijo sta pogoj za zagotavljanje zgodnjih intervencij in ustrezno obravnavo te pogoste in škodljive motnje (1). Ugotovili so, da predporodna psihosocialna ocena tveganja za razvoj poporodne depresije lahko izboljša zdravnikovo zavedanje psihosocialnega tveganja, a to samo po sebi še ne vodi v izboljšanje perinatalnega izida. Pogovor o tveganju in preventivne informativne zloženke niso bile dovolj. Vsekakor so na tem področju pomembne nove, večje študije za izboljšanje tega pomembnega področja javnega zdravja. Učinkovitost intervencij je treba ocenjevati ne samo v prvih mesecih po porodu, pač pa tudi leto dni po porodu, in to pri materi, otroku in celi družini (25). Terapevtske strategije, ki temeljijo na psiholoških in psihosocialnih etioloških spremenljivkah, so učinkovita preventiva pred depresijo med nosečnostjo in po porodu. Kot najučinkovitejša se je pokazala strokovna in intenzivna intervencija, usmerjena na najbolj rizične ženske, začeni takoj po porodu z individualnim programom (26).

Presejalni testi za prepoznavo ogroženih nosečnic

Zdravniki prepoznajo le 26 % nosečnic s psihično motnjo. Zgolj 12 % nosečnic s samomorilnimi idejami in samo 26 % nosečnic s prepoznano motnjo razpoloženja dobi ustrezno strokovno pomoč, zato je nujno ustrezno presejanje za psihične motnje v nosečnosti (27). Raziskave kažejo na pomemben porast prepoznanih duševnih motenj v poporodnem obdobju ob uporabi presejanja (28).

Smernice EBCOG (angl. European Board and College of Obstetrics and Gynaecology – EBCOG Standards of Care: Obstetric and Neonatal Services) in smernice NICE (angl. The National Institute for Health and Clinical Excellence) priporočajo, da se na ginekoloških pregledih povpraša vse ženske o zgodovini njihovega duševnega zdravja (družinska anamneza, osebna anamneza duševnih bolezni in zdravljenja). Povprašati je treba o duševnih motnjah, o načinu uživanja psihotropnih snovi in morebitnem nasilju nad nosečnico (29).

Da bi izboljšali obstoječe stanje, se v svetu uporabljajo različni presejalni testi za ugotavljanje tveganja za depresijo v perinatalnem obdobju. Tako ginekologi med nosečnostjo in babice po porodu v svetu najpogosteje uporabljajo Edinburški vprašalnik poporodne depresije (angl. Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), ki vsebuje deset vprašanj in zahteva 2–5 minut za izpolnitev (30). Ta samoocenjevalni vprašalnik je validiran, telesni simptomi so izključeni, ker niso dobro diferencirani med depresivnimi in nedepresivnimi nosečnicami in ženskami po porodu. Vprašalnik je bil validiran tudi za uporabo med nosečnostjo. Če ženska doseže 10 točk ali več, mora biti usmerjena k zdravniku ali psihologu za nadaljnjo diagnostiko in po potrebi tudi v ustrezno obravnavo obporodne depresije (31).

V svetu še vedno iščejo primernejše načine za presejanje (EPDS je predolg), ki bi jih lažje vnesli v klinično prakso (32).

V Veliki Britaniji in Švici se uporabljata Whooleyevi vprašanji (angl. Two Whooley Questions) ob prvem posvetu v nosečnosti ter 4–6 tednov po porodu – dve vprašanji, ki sta se pokazali kot dovolj učinkoviti za namen presejanja in nista tako stresni kot daljši presejalni vprašalniki za nosečnice in ženske po porodu.

Glasita se:

1. Ste se v preteklem mesecu pogosto počutili potrto, depresivno ali brezupno?
2. Ste v preteklem mesecu čutili pomanjkanje zanimanja ali zadovoljstva pri opravljanju stvari?

Če je odgovor na eno vprašanje »da«, je smiselno postaviti tretje vprašanje:

3. Bi v zvezi s tem potrebovali ali želeli pomoč?

in v nadaljevanju napotitev ženske k psihiatru ali kliničnemu psihologu za diagnostično oceno in ustrezno terapevtsko pomoč (31, 33).

Seveda obstajajo še drugi presejalni testi in nekateri avtorji ugotavljajo, da noben test nima povsem zadovoljivih merskih lastnosti in da gre za velike medkulturne razlike in druge dejavnike, ki lahko vplivajo na lažno negativen ali pozitiven rezultat, kot so osebnostne značilnosti, travmatski dogodki ipd. (30).

Nekateri skušajo s pomočjo EPDS presejati tudi za anksiozne motnje (EPDS-A3) z upoštevanjem podrezultata pri treh vprašanjih (34).

V Sloveniji se poskus pravočasne prepoznave ogroženih nosečnic za depresijo v perinatalnem obdobju z vključitvijo Vprašalnika dobrega počutja (angl. WHO Euro Five Well Being Questionnaire) v materinsko knjižico pred skoraj 20 leti ni izkazal kot učinkovit, saj marsikdo še vedno podcenjuje psihični vidik počutja nosečnice in večina vprašalnikov ostaja neizpolnjenih. Seveda se stališča počasi spreminjajo, znanje o neugodnih vplivih duševnih motenj v obporodnem obdobju narašča in sprejeta je bila odločitev znotraj ginekološke stroke o nujnosti prepoznavanja ranljivih skupin žensk v obporodnem obdobju. S podporo Ministrstva za zdravje bomo v letih 2017–2019 v okviru projekta PODN (Prepoznavanje odvisnosti, duševnih motenj in nasilja) usposobili ginekološke time v Sloveniji za presejanje nosečnic in mater po porodu za najpogostejše duševne motnje (depresijo in anksioznost), odvisnost od nikotina, alkohola in prepovedanih drog ter nasilje. Predvidena je uporaba Whooleyevih vprašanj in EPDS. Ob prvem pregledu v nosečnosti ginekolog povpraša o anamnezi duševnih motenj in po potrebi usmeri nosečnico k psihiatru ali se poveže z njenim psihiatrom, če ga gospa že ima. Prav tako ob prvem pregledu v nosečnosti, v 16. in 24. tednu, ginekolog postavi Whooleyjevi vprašanji in če na eno nosečnica odgovori pritrdilno, ženska izpolni še EPDS. V 32. tednu nosečnosti in 6 tednov po porodu ženska izpolni EPDS (35).

Za boljši vpogled in lažjo oceno stanja in premikov bi bilo treba rezultate presejanja sistematično beležiti in vnesti tudi v NPIS (Nacionalni perinatalni informacijski sistem). Seveda je presejanje smiselno ob predhodni organizaciji mreže strokovnjakov (psihiatrov in kliničnih psihologov) z dodatnimi znanji za ustrezno terapevtsko obravnavo depresije in drugih psihičnih motenj v perinatalnem obdobju. Mreža v Sloveniji je vzpostavljena, objavljena je na spletni strani NIJZ. Na drugi strani pa sta v zadnjih letih večji tudi ozaveščenost in prepoznavanje poporodne depresije pri ženskah samih in v družbi, zahvaljujoč skupnim prizadevanjem za informiranje tudi laične javnosti.

Obravnavanje depresivnih motenj v obporodnem obdobju

Depresija je najpogostejša obporodna motnja. Seveda so dokazljivo učinkoviti terapevtski pristopi za obravnavo depresije v nosečnosti omejeni. Vendar v splošnem velja, da ni razlogov, da ne bi bili dokazljivo učinkoviti terapevtski pristopi za obravnavo depresije pri »normalni« populaciji prav tako učinkoviti v obporodnem obdobju. Pri odločanju o izbiri načina zdravljenja obporodne depresije moramo upoštevati tudi dobrobiti in tveganja za plod. Neobravnavana depresija pomeni kockanje z usodo še nerojenega otroka, saj povečuje tveganje za slabše perinatalne izide ter slabši čustveni, socialni, kognitivni, motorični in vedenjski razvoj otroka v prvih letih (31).

Pomemben prvi korak pri obravnavi depresije v obporodnem obdobju je pojasniti ženski in njenemu partnerju, da je depresija pogosta v tem obdobju in da jo znamo učinkovito zdraviti. Prav tako je pomembno spregovoriti o z motnjo povezanih razmišljanjih, občutkih stigme, sramu in krivde ter pričakovanih glede zdravljenja. Če je le možno, aktivno vključimo partnerja, družino ali druge osebe, ki so ženski blizu v odločanje glede zdravljenja in njihove vloge v podpori ženski (31).

Zdravljenje v tem obdobju vključuje psihoedukacijo, vključitev družinskih članov, uporabo psihofarmakov in psihoterapijo. O načinu zdravljenja se odločamo na podlagi stopnje izraženosti depresivnih simptomov. Ženske običajno izberejo psihoterapevtske ukrepe. Ugotavljali so, da so v prvem letu po porodu vse evalvirane psihoterapevtske in psihosocialne intervence (skupine za samopomoč, podporne skupine, kognitivno-vedenjska terapija, medosebna terapija in psihodinamska terapija) statistično pomembno učinkovitejše kot standardna obravnavna (36).

Ženske z blago depresijo morda potrebujejo svetovanje, zlasti v smislu edukacije ženske in njenega partnerja in vključitve socialnega sistema v podporo nosečnici, včasih pa obravnavna niti ni potrebna, jih je pa treba spremljati. Pri blagi oz. zmerni depresiji je običajno dovolj psihoterapevtska obravnavna katerekoli smeri, redko potrebujejo medikamentozno podporo. Pri zmernih oz. hudih oblikah depresije je nujno psihiatrično zdravljenje z antidepresivi (37).

Nedavni podatki kažejo, da je zdravljenje z antidepresivi med nosečnostjo in dojenjem pogosto potrebno zaradi slabe dostopnosti in visokih stroškov psihoterapevtske obravnave (36).

Nefarmakološke oblike zdravljenja obporodne depresije

Psihoterapija je pogosto sredstvo izbora za ženske v obporodnem obdobju, ki se želijo ogniti stranskim učinkom psihotropnih zdravil na plod in dojenčka. Večina raziskav psihoterapije v perinatalnem obdobju je bila narejena ob obravnavi depresivnih motenj. Interpersonalna psihoterapija (IPT) in vedenjsko-kognitivna terapija (VKT) sta dokazano učinkoviti pri obravnavi depresije in anksioznosti. Motivacijski intervju se je izkazal kot učinkovit pri nosečnicah, ki so v zadnjem letu prekomerno uživale alkohol. Uporaba VKT pri anksioznih motnjah je omejena zaradi nenaklonjenosti stroke izpostavljanju že tako anksiozne nosečnice stresnim situacijam, ki pri njej sprožajo anksioznost. Načelo večine strokovnjakov, ki se ukvarjajo z nosečnicami, je, da izbirajo terapevtske tehnike, ki same po sebi ne dvigajo anksioznosti, ki je za plod lahko škodljiva. Zato je pogosto sredstvo izbora podporna terapija, ki predpostavlja, da so ženske v perinatalnem obdobju zelo ranljive in potrebujejo sprejetost v varnem terapevtskem odnosu ter občutek, da se skrbi zanje. Ni pa dovolj študij, ki bi podprle izvajanje podporne terapije s strani dodatno izobraženih obiskovalk na domu in paraprofesionalcev.

Razvoj gre v smer alternativnih oblik (npr. teleterapije), da bi bila terapija lažje dosegljiva vsem. Seveda se raziskujejo tudi psihoterapevtski pristopi k drugim motnjam v obporodnem obdobju, pri katerih pa primanjkuje večjih kontroliranih in randomiziranih študij, ki bi primerjale različne pristope (32). Tabela 1 povzema učinkovitost nefarmakoloških metod zdravljenja v obravnavi obporodne depresije (31).

Tabela 3. Nefarmakološke oblike zdravljenja obporodne depresije in njihova velikost učinka na osnovi Cohenove definicije standardizirane velikosti učinka, povzeto po Lambregtse-van der Berg et al., 2016 (3).

Oblika nefarmakološkega zdravljenja	Velikost učinka
Interpersonalna psihoterapija	++++
Kognitivno-vedenjska terapija	++++
Relacijska terapija	++
Terapija s svetlobo	+++
Čuječnost (angl. Mindfulness)	
Akupunktura	+
Masaža	+
e-zdravje (svetovanje preko spleta)	?

Legenda: - ni povezave, + majhna povezava, ++ majhna do srednja povezava, +++ srednja povezava, ++++ srednje do velika povezava, ? ni dostopnih študij (osnovanih na Cohenovi definiciji standardizirane velikosti učinka).

IPT je časovno omejena, dinamično informativna in usmerjena na sedanjost. Njen cilj je zmanjšati depresivno simptomatiko, izboljšati funkcioniranje v medosebnih odnosih in povečati socialno podporo ženski. Teorija, ki je v ozadju, govori o tem, da spremembe v medosebnih odnosih lahko sprožijo depresijo pri občutljivih ženskah. Zlasti v obporodnem obdobju se odnosi s partnerjem, delodajalcem in starši pogosto spreminjajo in lahko postajajo stresni. V začetni fazi IPT raziskuje največje izgube v medosebnih odnosih zaradi spremenjenih vlog med nosečnostjo ali po porodu. Ženska, ki je bila na primer pred nosečnostjo zelo socialno aktivna, med nosečnostjo ne more več ponočevati in najprej potrebuje pomoč pri sprejemanju spoznanja, da življenje ne bo nikoli več tako, kot je bilo prej in da je to lahko ena od izgub, ki sproža občutke žalovanja. Preko pogovora o izgubi in občutkih žalosti terapevt pomaga ženski poiskati možnosti za prilagoditev na nosečnost. Morda se lahko pogovori z možem o drugačnih aktivnostih, ki so primernejše za nosečnico ali pa naveže stik z drugimi nosečnicami, s katerimi lahko deli svoje občutke, ki se nanašajo na nosečnost in bližajoče se materinstvo (38). IPT je pokazala učinkovitost pri obravnavi blage do težke depresije. IPT je trenutno bolj potrjena kot antidepresivi za obravnavo perinatalne depresije in prepoznana kot sredstvo prvega izbora zlasti za nosečnice in doječe matere (39).

KVT je v zadnjem času zelo razširjena in raziskovana ter dokazano učinkovita v preventivi in terapiji poporodne depresije. KVT se ukvarja z disfunkcionalnimi mislimi in prepričanji, kot je npr. »nikoli ne bom dobra mama« ali »druge ženske to znajo veliko bolje od mene«. Najprej take pogosto avtomatsko generirane negativne misli prepoznamo in jih kasneje izpodbijamo ter nadomestimo z drugimi, bolj koristnimi oz. funkcionalnimi mislimi in aktivnostmi. Beleženje misli in občutij tekom dneva in k cilju usmerjene naloge zagotavljajo ženski vpogled in orodje za spremembo neprilagojenega vedenja (39).

Zaradi neobstoja metateorije o psihičnih motnjah ni ene same vseobsegajoče psihoterapevtske modalitete, zato moramo biti tudi pri izbiri psihoterapevtskih tehnik eklektični in moramo izbor prilagoditi potrebam posamezne ženske oz. družine. Pri nas v obravnavi depresije v obporodnem obdobju najpogosteje kombiniramo individualno obravnavo s psihodinamskim ali kognitivno-vedenjskim pristopom z vključitvijo partnerja oz. moža v obravnavo, pri čemer upoštevamo načela partnerske oz. družinske terapije. Veliko depresivnih žensk med nosečnostjo ali po porodu istočasno vključimo v skupino za učenje tehnik sproščanja (modificirana oblika avtogenega treninga), zlasti ko so prisotni tudi simptomi anksiozne motnje. Vključitev partnerja je zelo pomembna, saj poleg prepoznanih dejavnikov tveganja v primeru njegove odsotnosti ali pomanjkanja podpore z njegove strani, tudi klinične izkušnje kažejo, da če ženska čuti, da ima v partnerju dobrega očeta za svojega otroka in dobrega moža zase, odpade veliko razlogov za poporodno depresijo oz. to blaži druge dejavnike tveganja. Tako je njegovo sodelovanje v obravnavi

hkrati diferencialno diagnostično, saj istočasno vidimo kakovost njunega odnosa, njegovo pripravljenost za pomoč in skrb za otroka. Drugi pomembni razlog za družinsko terapijo je, da je le-ta v tem razvojnem obdobju družine zelo učinkovita, saj so navadno še vsi člani zelo motivirani za sodelovanje in še ne obremenjeni z dolgotrajnimi neuspehi. Če partner sodeluje, pri večini obporodnih depresij zelo hitro dosežemo izboljšanje. Če pa je ženska sama oz. nima ustreznih partnerjeve ali drugačne socialne podpore, je potrebna intenzivnejša individualna psihoterapija, ki je kombinacija kognitivnih in psihodinamskih elementov. V primeru zmerne in hude depresije s samomorilnimi mislimi in/ali hude anksioznosti usmerimo nosečnico ali žensko k psihiatru za presojo uvedbe tudi medikamentozne terapije (10).

Študija Formana in sodelavcev je pokazala, da učinkovita obravnava poporodne depresije ni dovolj za izboljšanje odnosa mati-otrok, zato je nujno ob obravnavi poporodne depresije pri materi obravnavati tudi njen odnos z otrokom. Matere s hujšo depresijo so bile šest mesecev po porodu manj odzivne v odnosu do svojih otrok, izražale so več stresa, povezanega s starševstvom, in ocenile svojega otroka bolj negativno kot nedepresivne matere. Osemnajst mesecev po porodu so ugotavljali, da je psihoterapija zmanjšala le starševski stres, čeprav je bil še vedno višji kot pri nedepresivnih materah, še vedno pa so slabše ocenile otrokovo varnost v čustvenem navezovanju ter opisale več vedenjskih in temperamentnih težav pri otroku (40). V naši študiji o učinkovitosti preventivnega programa za prezgodaj rojene otroke in njihove starše, ki je poleg individualnega dela s starši vključeval tudi edukacijo in čim zgodnejše vključevanje v nego otroka, vključno z metodo kengurujčkanja, ki zagotavlja dodaten telesni stik med materjo in otrokom, smo ugotovili podobno. Z vključitvijo mater v program smo pomembno zmanjšali njihovo anksioznost in depresivnost, ki sta pogosti pri materah nedonošenih otrok. Še šest mesecev po odpustu otroka iz porodnišnice so bile matere, ki so kengurujčkale, v odnosu do otroka bolj spontane, izražale so več pozitivnih čustev, se ga več dotikale in ga ocenile bolj pozitivno v primerjavi s kontrolno skupino brez preventivnega programa (41).

Pogosto ženska v začetku druge nosečnosti poišče strokovno pomoč, če je po prvem porodu imela poporodno depresijo. Zlasti če je bila ta nezdravljena in posledično dolga in težka, jo je močno strah, da bi se ponovila. V takih primerih ravnamo preventivno (10).

Zaključek

Depresija je najpogostejša duševna motnja v obporodnem obdobju. Incidence so znane, zavedati pa se moramo tudi komorbidnosti depresije z drugimi psihičnimi motnjami. Neprepoznane in neobravnavane duševne motnje škodljivo vplivajo na nosečnico in plod, odnos z otrokom in družino, zato sta učinkovit sistem presejanja

za psihične motnje v nosečnosti ter pravočasna in strokovna pomoč znotraj zdravstvenega sistema ključnega pomena.

Zavedati se moramo, da ni enega samega terapevtskega pristopa, ki bi ustrezal vsem in pojasnil vse. Širina in globina terapevtskega znanja terapevtu omogoča izbiro metode, ki je po meri posameznika in ne obratno. Kliničnopsihološka obravnava bi morala biti dostopna nosečnici v sistemu javnega zdravstva, zato v Sloveniji potrebujemo mrežo kliničnih psihologov in psihiatrov, ki bo lahko zagotovila pravočasno in strokovno pomoč.

Literatura

1. Beck CT. Postpartum depression: It isn't just the blues. *AM J Nurs*, 2006 May; 106(5): 40–50.
2. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja. Inštitut za varovanje zdravja Slovenije, 2008.
3. Lambregtse-van den Berg MP, Van Kamp IL. A Woman Who Cannot Enjoy Her Pregnancy: Depression in Pregnancy and Puerperium. V: K.M. Paarlberg KM, Van de Wiel HBM, uredniki. *Bi-o-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology*, © Springer International Publishing Switzerland 2017; 51–64.
4. Misri S, Abizadeh J, Nirwan S. Depression during Pregnancy and the Postpartum Period. V: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. Oxford; New York: Oxford University Press, 2016; 111–31.
5. Burt VK, Quezada V. Mood Disorders in Women: Focus on Reproductive Psychiatry in the 21st Century. *Can J Clin Pharmacol* 2009; 16: e-6-e14.
6. Miller LJ. Psychological, Behavioral, and Cognitive Changes during Pregnancy and the Postpartum. V: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. Oxford; New York: Oxford University Press 2016; 7–25.
7. Milgrom J, Martin PR, Hegri LM. Threatening postnatal depression – A Psychological Approach for Health Care Practitioners. Chichester: John Wiley & Sons LTD, 1999.
8. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obst Gyn* 2005; 106:1071–83.
9. Podvornik N, Globevnik Velikonja V, Praper P. Depression and anxiety in women during pregnancy in Slovenia. *Zdravstveno varstvo*, 2015; 54 (1): 45–50.
10. Globevnik Velikonja V, Jelenko-Roth P, Mihevc Ponikvar B, Tomšič S. Pomen in način zgodnjega odkrivanja obporodne depresije. V: *Meden-Vrtovec H, Lukanovič A, uredniki. 5. kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije [Zbornik prispevkov]*, Ljubljana, 8. do 9. junij 2013, Medicinski razgledi, 2013; 52 (supl. 3): 29–39.
11. Beck CT. Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment indication. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2002; 27(5): 282–7.
12. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961; 4: 561–71.
13. Zung WW. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 1965; 12: 63–70.
14. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1960; 23: 56–62.
15. Kroenke K, Spitzer RL. »The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure«. *Psychiatric Annals* 2002; 32: 1–7.
16. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 782–6.
17. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*. 2015; 57 (Suppl 2): S216-S221. doi:10.4103/0019-5545.161481.
18. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48: 801–6.

19. Vigod SN, Steiner M. Biomarkers of Perinatal Psychopathology. V: The Oxford handbook of perinatal psychology. Oxford; New York: Oxford University Press 2016; 252–67.
20. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2010; 202 (1): 5–14.
21. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci.* 2011 March; 13(1): 89–100.
22. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösl I, Holzgreve WJ. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *Matern Fetal Neonatal Med.* 2007 Mar; 20(3): 189–209.
23. Glover V. Maternal Stress During Pregnancy and Infant and Child Outcome. V: The Oxford handbook of perinatal psychology. Oxford; New York: Oxford University Press, 2016; 268–83.
24. Goodman JH, Liu CH. Maternal Psychopathology and Child Attachment. V: The Oxford handbook of perinatal psychology. Oxford; New York: Oxford University Press, 2016; 284–316.
25. Austin MP, Priest SR, Sullivan EA. Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 8(4): CD005124.
26. Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ.* 2005 Jul 2; 331(7507): 15.
27. Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, Howell HB, Poschman K, Yonkers KA. Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatr Serv.* 2004; 55(4): 407–14.
28. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, Yawn BP. Routine screening for postpartum depression. *J Fam Pract.* 2001; 50: 117–22.
29. NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence). Dostopno dne 15. 3. 2018 na: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health>.
30. Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2003 Jan; 107(1): 10–7.
31. Lambregtse-van der Berg MP, van Kamp IL. A woman who cannot enjoy her pregnancy: depression in pregnancy and puerperium. V: Paarlberg KM, van de Wiel HBM, uredniki. *Biopsychosocial Obstetrics and Gynecology. A Competency-Oriented Approach.* Springer International Publishing Switzerland 2017: 51–64.
32. Wenzel A. Ed. The Oxford handbook of perinatal psychology. Oxford; New York: Oxford University Press, 2016; 1–4, 341–65, 665–7.
33. Bennett IM, Coco A, Coyne JC et al. Efficiency of a two-item pre-screen to reduce the burden of depression screening in pregnancy and postpartum: an IMPLICIT network study. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2008; 21(4): 317–25.
34. Matthey S. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depress Anxiety.* 2008; 25(11): 926–31.
35. Krajnc M, Vidmar Šimic M, Premru Sršen T, Globevnik Velikonja V. Priporočila za izvajanje presejalnih testov - Projekt PODN. V: Globevnik Velikonja V, urednik. *Prepoznavanje ranljivih skupin žensk v obporodnem obdobju. Priručnik za zdravstvene delavce.* Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018; 177–204.

36. Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. Recognizing and Treating Peripartum Depression. *Dtsch Arztebl Int.* 2012; 109(24): 419–24.
37. Jelenko Roth P, Rus Makovec M. Ogrožajoča duševna stanja v nosečnosti: prepoznavanje in možne intervence v porodništvu in ginekologiji. *Medicinski razgledi, Supplement*, 2012; 51(2): 11–23.
38. Miniati M, Callari A, Calugi S, Rucci P, Savino M, Mauri M, Dell'Osso L. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 2014 Aug; 17(4): 257–68.
39. Stuart S, Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014 Jan; 28(1): 61–70.
40. Forman DR, O' Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Larsen KE, Coy KC. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Dev Psychopathol* 2007; 19(2): 585–602.
41. Globovnik Velikonja V. Reduction of Maternal Depression and Anxiety After Preterm Labour. V: Taro T, Hideo H, uredniki. *The XV. International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology.* Kyoto: Medimond S.r.l. 2007; 285–8.

Nasilje nad ženskami in reproduktivno obdobje

Vislava Globevnik Velikonja

Uvod

Nasilje je od nekdaj del človeške izkušnje. Vpliv nasilja je viden v različnih oblikah na vseh koncih sveta. Vsako leto zaradi samodestruktivnosti, medosebnega in kolektivnega nasilja umre milijon ljudi, še več jih trpi zaradi poškodb. Nasilje je v svetu vodilni vzrok smrti v starostni skupini 15–44 let in predstavlja velik strošek za zdravstveno blagajno in nacionalne ekonomije zaradi odsotnosti z dela, izvrševanja zakonov in izgubljenih investicij. Človeške cene žalosti in bolečine ni možno izmeriti, pravzaprav večina ostaja skoraj neopazna. Sodobna satelitska tehnologija nam vsakodnevno preko televizijskih zaslonov nekatere vrste nasilja naredi vidne – terorizem, vojne, izgrede in civilne nemire, veliko več nasilja pa ostaja nevidnega za zaprtimi vrati domov, delovnih mest in celo zdravstvenih in socialnih ustanov. Večina žrtev je premlada, prešibka ali preveč bolna, da bi se lahko zaščitila. Nekateri zaradi socialnega pritiska molčijo (1).

In prav tako od nekdaj obstajajo tudi sistemi – verski, filozofski, pravni in skupnostni, ki so nastali, da bi preprečili in omejili nasilje. Povsem uspešen ni nobeden, so pa prispevali k razvoju civilizacije. Leta 1996 so na skupščini SZO sprejeli Resolucijo WHA49.25, ki opredeli nasilje kot glavni in naraščajoč problem javnega zdravja v svetu. Nasilje je rezultat zapletenega medsebojnega učinkovanja osebnih, medosebnih, socialnih, kulturnih in dejavnikov okolja. Razumevanje tega odnosa je pomemben korak v pristopu javnega zdravstva k preprečevanju nasilja (1).

Nasilje nad ženskami

Nasilje nad ženskami je univerzalni svetovni fenomen in ima več pojavnih oblik (fizično, spolno, psihično in ekonomsko), ki so med seboj povezane in lahko spremljajo ženske od rojstva do starosti in vsekakor pomeni hudo kršenje človekovih pravic. Posledice nasilja so lahko za žrtve zelo hude in vplivajo na njihovo telesno, psihično in reproduktivno zdravje (2).

Nasilje nad ženskami so Združeni narodi opredelili kot katerokoli na spolu temelječe dejanje, ki ženskam povzroči ali lahko povzroči fizično, spolno ali psihično škodo ali trpljenje. Vključuje tudi grožnje s takšnimi dejanji ter prisilen ali samovoljen odvzem prostosti v javnem ali zasebnem življenju (3). Po podatkih Organizacije združenih narodov je do 70 % odstotkov žensk v svojem življenju kdaj žrtev nasilja. Ocenjuje se, da je v svetu vsaka peta ženska v življenju žrtev posilstva ali poskusa posilstva (4).

Veliko nasilja se dogaja v domačem okolju, najpogosteje se govori o nasilju s strani intimnega partnerja, in študija SZO kaže, da prizadene v splošnem tretjino žensk.

Intimno partnersko nasilje se nanaša na vedenje intimnega partnerja ali nekdanjega partnerja, ki povzroča fizično, spolno ali psihološko škodo in vključuje fizično nasilje, spolno prisilo, psihološko zlorabo in nadzorovalno vedenje (3). Nedavne študije so pokazale življenjsko prevalenco 33–37 % in 3–12 % letno prevalenco nasilja intimnega partnerja (5).

Nasilje nad ženskami, tako s strani neznancev kot intimnega partnerja in znotraj družine, veliko ljudem predstavlja zasebni problem in tako ostaja tabuirana tema, saj imajo ženske pogosto občutke sramu, strahu in krivde in prav zaradi tega ne govorijo o nasilju. Posledično tako nasilje ostaja prikrito, neprepoznano in nekaznovano (6).

Spolno nasilje je katerakoli dejanje z namenom izsiliti spolni akt ali druga dejanja, usmerjena k spolnosti druge osebe s prisilo, ki jo izvede katerakoli oseba ne glede na odnos z žrtvijo v kateremkoli okolju (3). Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi v partnerskih odnosih v Sloveniji je pokazala, da je od 15. leta starosti spolno nasilje v partnerski zvezi in intimnih razmerjih doživelo 6,5 % žensk, v zadnjih 12. mesecih pa je ta delež bil 1,5 %. Najpogostejša oblika spolnega nasilja je bila nezaželeno spolno dotikanje, ki jim je bilo moteče in stresno. Sledili so prisiljen spolni odnos, posilstvo v partnerstvu, uporaba določenih predmetov brez privolitve ženske, preprečitev uporabe kontracepcijske zaščite in prisila v to, da so morale storiti umetno prekinitev nosečnosti (7).

V nasprotju s pričakovanji so tudi ženske v nosečnosti žrtve nasilja, večinoma s strani intimnega partnerja. Nasilje v nosečnosti se poleg drugih oblik nasilja nanaša specifično na dejanja, povezana z načrtovanjem družine (žensko partner namenoma sili v zanositev in ji grozi, če ne bo zanosila) ter z grožnjami ali nasilnim vedenjem z namenom prekinitve nosečnosti ali z namenom ohraniti nosečnost proti volji ženske (8). Prevalenca partnerskega nasilja v času nosečnosti znaša od 4 do 8 %. Partnerji nad nosečnicami najpogosteje izvajajo psihično nasilje, prisotno pa je tudi fizično nasilje. Partnersko nasilje v času nosečnosti je pogostejše pri ženskah z nižjim socialno-ekonomskim statusom, z nižjo stopnjo socialne podpore, pri prvič nosečih ter v primeru neželene nosečnosti (9). V Sloveniji so v že omenjeni nacionalni študiji poročali, da je 5,5 % žensk nasilje doživelo tudi v času nosečnosti (7). Raziskava Nasilje med nosečnostjo – NANOS pa je na ljubljanskem vzorcu žensk pokazala, da jih je 4,2 % doživelo vsaj eno obliko nasilja (fizično, psihično, spolno) med nosečnostjo (10). Nekateri avtorji pa menijo, da je prevalenca nasilja s strani intimnega partnerja precej višja, vendar imamo nepravne podatke zaradi upiranja razkritju s strani žrtev in omejitev raziskovalnih metodologij (11).

Fizično nasilje skoraj vedno spremlja tudi psihološko nasilje. Psihološko nasilje obsega velik razpon dejanj, ki pri žrtvi vodijo v zmanjšano duševno zdravje in slabo čustveno

počutje. Psihološko nasilje lahko vsebuje različne oblike nasilnih taktik, kot so poniževanje, kričanje, nadzorovalno vedenje, zalezovanje, osamitev, grožnje s prekinitvijo razmerja ali grožnje z odvzemom otrok, vendar pa niso omejene le na te. Nekaterih psihološko oz. čustveno nasilnih ravnanj žrtev niti ne prepozna kot nasilno ravnanje ali zlorabo (12). Ne glede na to, kako ponižujoče in škodljivo ženske opisujejo fizično in spolno nasilje, ki so ga doživele, pravijo, da je psihično nasilje še bolj boleče, ker vpliva na njihove občutke lastne vrednosti, težave v spolnosti in starševske sposobnosti. Pogosto je pridruženo še ekonomsko nasilje z omejevanjem, odrekanjem ali izogibanjem finančne podpore njim ali njihovim otrokom, z grožnjami ali dejanskimi izselitvami iz hiše, s kontroliranjem njenega dohodka ali uničevanjem predmetov, ki družini nekaj pomenijo (13).

Na Ginekološki kliniki v Ljubljani smo 2014 opravili zgoraj omenjeno raziskavo NANOS, v kateri je z izpolnitvijo anonimnega vprašalnika (prevod in priredba NorAQ) v trimesečnem obdobju sodelovalo 1018 žensk po porodu, kar je bil 80 % odziv glede na razdeljene ankete. O fizičnem nasilju kadarkoli v preteklosti je poročalo 22,2 %, psihičnem 26,1 %, spolnem 7,6 % in nasilju s strani zdravstvenih delavcev 16,1 % žensk (Tabela 1). 46,9 % žensk je do svojega v povprečju tridesetega leta v nekem obdobju svojega življenja trpelo zaradi vsaj ene oblike nasilja, kar pomeni vsaka druga ženska (10).

Tabela 1. Vrsta nasilja glede na časovna obdobja na vzorcu (raziskava NANOS).

N (%)	Obdobje zlorabe			
	Otroštvo	Odraslost	Nosečnost	Kadarkoli*
Vrsta nasilja				
Psihično	151 (14,8)	144 (14,1)	33 (3,2)	266 (26,1)
Fizično	228 (22,4)	97 (9,5)	10 (1,0)	297 (22,2)
Spolno	62 (6,1)	20 (2,0)	—	77 (7,6)
V zdravstvenem sistemu	27 (2,7)	103 (10,1)	59 (5,8)	164 (16,1)
Žrtve nasilja*	326 (23,0)	255 (25,0)	94 (9,2)	477 (46,9)

* Številke niso vsote, ker so bile ženske lahko zlorabljane v različnih obdobjih ali na več načinov.

Zloraba s strani zdravstvenih delavcev je bila opisana s počutjem užaljenosti, grobe ponižanosti ali osramočenosti ob obisku zdravstvene ustanove, z izkušnjo, da se je čisto običajen obisk pri zdravniku spremenil v strašno in žaljivo izkušnjo ali z namerno fizično ali duševno poškodbo, surovo zlorabo ali uporabo njenega telesa in podrejenega položaja v njeno škodo. De Bruynova ob institucionalni zlorabi govori o ponovni travmatizaciji žrtev nasilja znotraj zdravstvenega sistema (6), zagotovo pa bi bila zloraba s strani zdravstvenih delavcev pri nas potrebna natančnejše analize, saj je očitno prisotna in pušča negativne posledice.

Posledice nasilja nad ženskami

Nasilje ima pogosto škodljive in dolgotrajne posledice za žrtve, njihove družine in družbo. Vpliva na posameznikovo telesno (tudi reproduktivno), psihično in socialno zdravje ter vedenje, povezano z zdravjem. Posilstvo, kot najhujša oblika spolnega nasilja, ni vedno povezano s fizičnim nasiljem, čeprav so znane tudi smrti zaradi posilstva. Nosečnosti, ki so posledica posilstva, so nezaželene in lahko vodijo v splave, tudi ilegalne. Hkrati pa so tudi splavi lahko vzrok za nasilje (14). Dolgoročne posledice spolnega nasilja na telesnem nivoju so: kronična medenična bolečina, predmenstrualni sindrom, motnje prebavnega trakta, ginekološki in nosečnostni zapleti, glavoboli in migrene, bolečine v hrbtu, obrazne bolečine, invalidnost, spolno prenosljive bolezni (15).

Tabela 2. Posledice nasilja nad ženskami (Heise, Ellsberg, and Gottemoeller 1999, povzeto po Velzeboer, 2003) (13).

Posledice fizičnega, psihičnega, spolnega in institucionalnega nasilja nad ženskami		
Smrt	Telesno zdravje	Kronična stanja
Umor	Poškodbe	Sindrom kronične bolečine
Samomor	Invalidnost	Sindrom vzdraženega mehurja
Posledica AIDS-a	Telesni simptomi	Motnje prebave
Maternalna umrljivost	Slabo subjektivno zdravje	Fibromialgia
	Debelost	
	Funkcionalna prizadetost	
Psihično zdravje	Negativno vedenje za zdravje	Reproduktivno zdravje
PTSM	Kajenje	Spolno prenosljive bolezni
Anksioznost	Tvegano spolno vedenje	Ginekološki problemi
Depresija	Zloraba alkohola in drog	Neželena nosečnost
Fobične, panične motnje	Fizična neaktivnost	Zapleti v nosečnosti
Zloraba drog	Prenajedanje	Spont. splavi, nizka por. teža
Motnje hranjenja		Umetne prekinitev nosečnosti
Slaba samopodoba		Medenična vnetja
Spolne motnje		Ilegalni splavi

Ženske v vzorcu raziskave NANOS, ki so kadarkoli doživele kakršnokoli nasilje, v 43,8 % še vedno trpijo zaradi posledic nasilja, najbolj zaradi spolnega (76,6 %) in psihičnega (54,1 %) (10).

Smiselno je ločiti spolno nasilje v otroštvu od nasilja v odrasli dobi, saj je spolnega nasilja nad otroki več, kot si običajno predstavljamo (celo več kot v odrasli dobi) in je

pogosto povezano s psihičnimi posledicami, ki se nadaljujejo v odraslost. Prav tako se psihične posledice spolnega nasilja v otroštvu razlikujejo od posledic spolnega nasilja v odraslosti (16). Razliko med posledicami zlorabe v otroštvu in v odraslosti moramo razumeti tudi z vidika razvojnega obdobja. Zloraba v otroštvu vpliva na razvojne procese, kot so sposobnost vzpostavljanja in vzdrževanja medosebnih odnosov, na zgodnejše razvojne deficite in drugačno strukturiranje osebnosti ter s tem povezano strukturiranje psihosomatskih vzorcev reagiranja v stresu. Ker je porod tudi psihosomatski proces, se podoživljanje travmatske izkušnje spolne in psihične zlorabe v otroštvu odraža v zapletih poroda (17). Psihična in fizična zloraba, ki se zgodi v odraslosti, sooči že strukturirano osebo s travmo, ki zaradi višjega nivoja strukturiranosti ne vodi več v tako intenzivno psihosomatsko strukturiranje odziva v stresu in posledično v manj zapletov začetka in poteka poroda.

Nasilje med nosečnostjo

Nasilje pred in med nosečnostjo ima resne zdravstvene posledice tako za mater kot za otroka. Vodi lahko v tvegano nosečnost in porod, kar vključuje splav, prezgodnji porod in rojstvo otrok s prenizko porodno težo z vsemi posledicami (18).

Nasilja v nosečnosti je bistveno manj kot v drugih obdobjih življenja žensk. Zdi se, da nosečnost vendarle ščiti pred nasiljem, in včasih partnerji, ki so pred nosečnostjo izvajali nasilje, s tem v času nosečnosti prenehajo (19), čeprav v nekaterih študijah poročajo o nosečnosti kot obdobju, v katerem lahko nasilje poraste in poškoduje tako mater kot tudi plod (2). Raziskava NANOS je pokazala, da kakršnokoli doživeto nasilje v preteklosti povečuje tveganje za nasilje tudi v času nosečnosti, nasilje v odraslosti še bolj kot nasilje v otroštvu. Prvi pojav nasilja v nosečnosti je redek (2 % čustveno nasilje, 0,7 %, fizično), nasilje nad nosečnico pa najpogosteje izvaja intimni partner (čustveno nasilje v 27,3 %, fizično v 70,0 %) (10).

Posledice nasilja pred in med nosečnostjo za telesno zdravje ženske so prenizka telesna teža nosečnice, okužbe nožnice, materničnega vratu in ledvic, vaginalne krvavitve, poškodbe trebuha, kronična medenična bolečina, hematomi, urinska inkontinenca, razpok plodovih ovojev, odstop posteljice, spontani splav, prezgodnji porod, zapleti pri porodu, perinatalna smrt in težave z dojenjem (20). Z vidika duševnega zdravja ženske pa so posledice nasilja pred in med nosečnostjo poznejše vključevanje nosečnice v predporodno nego, obporodna depresija, anksioznost, posttravmatska stresna motnja (PTSM), samomorilnost, zloraba drog, alkohola, tobaka, občutki sramu in krivde, zaradi katerih ne poiščejo strokovne pomoči (13, 21). Ženske v našem vzorcu, ki so bile žrtve nasilja pred ali med nosečnostjo, so pogosteje poročale o depresiji, anksioznosti, nespečnosti in simptomih PTSM, večkrat so iskale tudi pomoč psihiatra ali psihologa.

Nasilje pred in med nosečnostjo pa ima posledice tudi za telesno in duševno zdravje otroka zaradi pogostejšega zastoja rasti ploda v maternici, nizke porodne teže, nedonošenosti, fizične poškodbe ploda med nosečnostjo ali po porodu in zaostanka v telesnem, kognitivnem in čustvenem razvoju (22).

Nasilje s strani intimnega partnerja med nosečnostjo je jasno povezano z vrsto duševnih težav tudi v poporodnem obdobju, kot so poporodna depresija, PTSM, kajenje, zloraba alkohola in prepovedanih drog. Nasilje s strani partnerja med nosečnostjo je močan napovedovalec nasilja tudi v poporodnem obdobju (11). V raziskavi NANOS sta 2 % žensk menila, da bodo žrtve nasilja v prvem mesecu po porodu (10). Čeprav ostaja nasilje intimnega partnerja v poporodnem obdobju zdravstvenim delavcem večinoma skrito, ima vrsto negativnih posledic za mater, otroka in družino. Mati lahko zanemarja otroka, otroci, ki so priča nasilju med staršema, imajo večje tveganje, da bodo tudi sami žrtve fizičnega nasilja (11).

Dejavniki tveganja za nasilje v obporodnem obdobju

Dejavnikov tveganja, s katerimi bi lahko opredelili, katere ženske imajo večje tveganje, da so ali, da bodo žrtve nasilja v nosečnosti, ni enostavno opredeliti, zato je na osnovi demografskih lastnosti ženske ali partnerja nemogoče prepoznati morebitno žrtev nasilja. Med najpomembnejšimi dejavniki tveganja za nasilje v nosečnosti je zgodovina nasilja, ki tudi do štirikrat poveča tveganje za nasilje v nosečnosti (10, 23). Drugi poročajo še o drugih dejavnikih, v razvitih državah so pomembnejši nižja izobrazba, samski stan, nenačrtovana/neželena nosečnost s strani žrtve ali s strani partnerja (3, 4, 23). V ljubljanskem vzorcu žensk je bila zgodovina nasilja, tudi nasilje v otroštvu, edini značilni dejavnik tveganja za nasilje v nosečnosti (24), zato nam ne preostane drugega, kot da o nasilju povprašamo.

Presejanje in preventiva

Razkritje, da ženska doživlja nasilje v katerikoli obliki, je ključnega pomena, da različne institucije lahko sprožijo postopke zaščite žrtve nasilja. Nosečnice iz ljubljanskega vzorca so razkrile partnersko nasilje le v 9 % (fizično nasilje) oz. 23 % (psihološko in spolno nasilje). Najpogosteje so se zaupale zdravniku, manj pogosto psihologu, socialnemu delavcu ali medicinski sestri (25).

Nosečnost je »okno priložnosti«, ko zdravstveni delavci pogosto prihajajo v stik z nosečnico in jo lahko aktivno vzpodbudijo tudi k razkritju nasilja (10, 25). V času nosečnosti

je ženska izjemno dovzetna za zdrave spremembe življenjskega sloga za zaščito še nerojenega otroka, kar nam daje možnost nudenja različnih oblik pomoči. Ključno je, da so zdravstveni delavci usmerjeno izobraženi in izurjeni v prepoznavanju nasilja ter so zmožni ustrezno ukrepati. Vzpostavljene morajo biti tudi aktivne povezave med različnimi službami in institucijami, ki lahko žrtvi nasilja zagotovijo ustrezno pomoč (13).

Dejavniki, ki vplivajo na to ali bodo ženske razkrile svojo izkušnjo nasilja, so sposobnost in interes osebe, da sprašuje o nasilju, stopnja ozaveščenosti med splošno populacijo in zasebnost v primeru spraševanja o nasilju. Raziskave so tudi pokazale, da je potrebno ženske o nasilju vprašati večkrat in ne samo ob eni priložnosti, saj je včasih potreben čas, da razkrijejo izkušnjo nasilja (6).

Preventivni poskusi, ki so skušali doseči žrtve nasilja s strani intimnega partnerja, so bili različni. Ameriško združenje porodničarjev in ginekologov (angl. The American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) je že 1999 priporočilo, da bi vsi uporabljali enoten način presejanja vseh žensk ob rutinskih pregledih v vsakem trimesečju nosečnosti in po porodu, kljub temu so v eni od raziskav ugotovili, da je le 17 % zdravnikov povprašalo o nasilju ob prvem obisku in le 5 % ob naslednjih obiskih (11). Ugotovili so tudi, da zgolj univerzalno presejanje ne vodi v zmanjšanje nasilja. Drugi so skušali pristopiti selektivno do žensk, ki so že izkusile ali so doživljale nasilje v nosečnosti, z namenom zmanjšati nasilje v poporodnem obdobju. Ženskam, ki so poročale o partnerjevem nasilju v zadnjem letu, so ponudili svetovanje in pravno pomoč. V mesecih po porodu so poročale o zmanjšanju partnerjevega fizičnega in psihičnega nasilja ter manj simptomih depresije in PTSM v primerjavi s skupino, ki ni prejela tovrstne pomoči (11).

Presejanje je edini način, da lahko povečamo delež nosečnic, ki bodo pripravljene spregovoriti o nasilju. ACOG v svojem priporočilu predlaga preprost način presejanja za nasilje v nosečnosti in reproduktivnem obdobju v obliki osebnega pogovora (26). Drugi vprašalniki, ki se uporabljajo za presejanje za partnersko nasilje nad ženskami, niso oblikovani posebej za nosečnice, ampak so splošni vprašalniki za ženske v partnerskem razmerju. Od vprašalnikov, ki se uporabljajo za presejanje za partnersko nasilje nad ženskami, se je izkazal kot najbolj uporaben t. i. WAST-vprašalnik v daljši in krajši obliki (angl. Woman Abuse Screening Tool) (27). Enako učinkovito kot osebni pogovor ali intervju je lahko tudi presejanje na način, da ženska sama izpolni vprašalnik (28).

Obiski na domu s strani strokovnih služb so se izkazali kot učinkoviti pri zmanjševanju partnerskega nasilja, zato se zdijo primerni tudi v poporodnem obdobju. Take dolgoročne intervence v trajanju treh let so vključevale tudi obiske na domu, ponujale neposredno pomoč pri izboljševanju družinskega delovanja, preprečevanju zlorabe otrok in povezovanju z viri pomoči v socialnem okolju. V času trajanja programa so poročali o

zmanjšanju partnerskega nasilja, razlik z neobravnavanimi družinami po šestih letih pa niso več našli (29).

Zaradi povezave nasilja s strani intimnega partnerja nad ženskami, zlorabo drog, depresivnimi in anksioznimi motnjami velja omeniti razvoj obetajočih, integriranih, multimodalnih intervencij, ki ciljajo na multiple dejavnike tveganja, so cenovno učinkovite in izvedljive za vključitev v klinično prakso (11). Tudi v Sloveniji bomo v letih 2018/2019 izvajali projekt PODN (Prepoznavanje odvisnosti, duševnih motenj in nasilja v obporodnem obdobju), znotraj katerega bomo izobrazili ginekološke time za uporabo presejalnih testov ob rutinskih pregledih v nosečnosti, prvo svetovanje, ustrezno napotitev pacientke k ustreznemu strokovnjaku ter timsko obravnavo (30).

Seveda je potrebno opozoriti na številne omejitve preventivnih programov v obporodnem obdobju za obravnavo obporodnih duševnih motenj. Omejitve dostopa do pomoči v poporodnem obdobju so pogosto povsem praktične narave (čas, prevoz, denar) in manj povezane s stališči (prepričanost v učinkovitost terapije, zaupanje terapevtu). Sociokulturni dejavniki, kot so vrednote in prepričanja, pa tudi dostopnost, lahko vplivajo na privrženost kateremukoli preventivnemu programu. Programi obiskov na domu ponujajo nove možnosti v dostopnosti takih programov. Če ima preventivni program preveč srečanj ali so le-ta preveč intenzivna, bodo ženske program opustile. Bodoči preventivni programi morajo biti prilagojeni ciljni populaciji, dostopni in sprejemljivi, brez tveganj in s prikazano klinično učinkovitostjo za ženske, med katerimi so velike individualne razlike (11).

Zaključek

Nasilje nad ženskami ima škodljive posledice za žensko psihično in reproduktivno zdravje ter posledično za zdravje otrok. Načini, kako nasilje vpliva na reproduktivno zdravje, na splave in nosečnost, so kompleksni (6).

Le z usklajenim delovanjem vseh področij (raziskave, zdravstvo, sodstvo, sociala, izobraževanje) lahko zmanjšamo problem nasilja nad ženskami (primarna preventiva) (13). Nasilje je javnozdravstveni in socialni problem, pri čemer ima zdravstveni sistem edinstveno možnost pri preprečevanju nasilja nad ženskami, predvsem preko storitev reproduktivnega zdravja, do katerih večina žensk dostopa v določenem obdobju svojega življenja. Potrebno je, da ženske, ki so doživele nasilje, ne bodo stigmatizirane ali obtožene, da bodo ob zagotovljeni zaupnosti in varnosti dobile primerno zdravstveno oskrbo in drugo pomoč za zmanjšanje psihičnih posledic (sekundarna preventiva), v primeru razvoja psihičnih motenj zaradi zlorabe pa ustrezno terapevtsko pomoč (terciarna preventiva) (6).

Literatura

1. Dahlberg LL, Krug EG. Violence - a global public health problem. V: Krug EG et al., uredniki. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002; 3–22.
2. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Chan KL, Santos SC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. *Violence Against Women* 2011; 17(7): 858–81.
3. WHO: Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women. 2016; 1–6. Dostopno dne 12. 3. 2018 na: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>.
4. What we do: Ending violence against women. UN Women. Dostopno dne 21. 3. 2018 na: www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women.
5. Rose L, Bhandari S, Soeken K, Marcantonio K, Bullock, Sharps P. Impact of intimate partner violence on pregnant women's mental health: Mental distress and mental strength. *Issues in Mental Health Nursing* 2010; 31: 103–11.
6. de Bruyn M. Violence, pregnancy and abortion. Issues of women's rights and public health. Chapel Hill, NC: Ipad, 2003.
7. Leskošek V. The health condition of female victims of violence. *Zdravstveno Varstvo*, 2012; 52(2): 148–56.
8. Chamberlain L, Levenson R. Reproductive health and partner violence guidelines: An integrated response to intimate partner violence and reproductive coercion. *Fam Violence Prev Fund*. 2010.
9. Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *The Journal of the American Medical Association* 2001; 285(12): 1581–4.
10. Globevnik Velikonja V, Lučovnik M, Premru Sršen T, Leskošek V, Krajnc M, Pavše L, et al. Violence before pregnancy and the risk of violence during pregnancy. *J Perinat Med*. 2017; 45: 1–5.
11. Tzilos G, Davis K, Zlotnick C. Prevention of postpartum psychopathology. V: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. Wenzel A, ur. Oxford; New York: Oxford University Press, 2016; 454–84.
12. Mouradian VE. Abuse in Intimate Relationships: Defining the Multiple Dimensions and Terms. 1994; Dostopno dne 23. 3 2018 na: <https://mainweb-v.musc.edu/vawprevention/research/defining.shtml>.
13. Velzeboer M, Ellsberg M, Arcas CC, García-Moreno C. Violence against women: The Health Sector Responds. Washington: Pan American Health Organization, 2003.
14. Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C. Sexual violence. V: Krug EG et al., uredniki. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.p. 147–82.
15. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issue*, 1999, 9: 115–20.
16. Yuan NP, Koss MP, Stone M. The psychological consequences of sexual trauma. National On-line Resource Center on Violence Against Women. 2006.
17. Pajntar M, Novak-Antolič Ž. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2004.
18. Bailey BA. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health*. 2010; 2: 183–97.
19. Amaro H, Fried LE, Cabral H, Zuckerman B. Violence during pregnancy and substance use. *Am J Public Health*. 1990; 80: 575–9.

20. Datner EM, Ferroggiaro AA. Violence during pregnancy. *Emergency Medicine Clinics of North America* 1999; 17(3): 645–56.
21. Ntaganira J, Muula A, Masaisa F, Dusabeyezu F, Siziya S, Rudatsikira E. Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda. *BMC Women's Health* 2008; 8:17. Dostopno dne 4. 2. 2018 na: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-8-17>.
22. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2004; 18: 260–9.
23. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence Vict* [Internet]. 2013; 28: 359–80. Dostopno dne 25. 1. 2018 na: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&tissn=0886-6708&volume=28&issue=3&spage=359>.
24. Lučovnik M, Premru Sršen T, Leskošek V, Krajnc M, Pavše L, Verdenik I et al. Sociodemographic characteristics of pregnant women as indicators of domestic violence victims. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2016; 206: 257–8. Dostopno dne 18. 1. 2018 na: [http://www.ejog.org/article/S0301-2115\(16\)30339-6/pdf](http://www.ejog.org/article/S0301-2115(16)30339-6/pdf).
25. Leskošek V, Lučovnik M, Pavše L, Premru Sršen T, Krajnc M, Verdenik I et al. The role of health services in encouraging disclosure of violence against women. 2017; 56: 220–6. Dostopno dne 23. 2. 2018 na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5639811/>.
26. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Intimate Partner Violence. Committee Opinion No. 518. *Obs Gynecol*. 2012; 119: 412–7.
27. Rabin M, Jennings RF, Campbell JM, Jacquelyn C B-MM. Intimate Partner Violence Screening Tools. *Am J f Prev Medicincincin* [Internet]. 2009; 36: 439–45. Dostopno dne 4. 2. 2018 na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2688958/pdf/nihms113250.pdf>.
28. Kataoka Y, Yaju Y, Eto H, Horiuchi S. Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan: A randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2010; 10:84. Dostopno dne 6. 2. 2018 na: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-84>.
29. Bair-Merritt MH, Jennings JM, Chen R et al. Reducing Maternal Intimate Partner Violence After the Birth of a Child: A Randomized Controlled Trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2010; 164(1): 16–23.
30. Globevnik Velikonja V, urednik. Prepoznavanje ranljivih skupin žensk v obporodnem obdobju. Priročnik za zdravstvene delavce. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018.

Vpliv spolne zlorabe na
doživljanje nosečnosti,
poroda in zgodnjega
materinstva:
Izziv za ženske in
zdravstvene strokovnjake

Zalka Drglin

Uvod

Spolna zloraba (v nadaljevanju SZ) otroka je vsako dejanje osebe, ki z zlorabo odnosa, svojega privilegirane položaja, moči in vpliva nad otrokom, otroka prisili ali zavede v spolnost ali dejanja s spolno konotacijo, z namenom zadovoljitve lastnih potreb po nadzoru in moči, lahko tudi z namenom zadovoljitve svojih spolnih potreb. Spolna zloraba otroka je kršitev etičnih, moralnih in socialnih norm ter zakonskih določil (1). Po ocenah Sveta Evrope je vsak peti otrok v Evropi žrtev ene izmed oblik spolnega nasilja (2). Po raziskavah SZO je v evropski regiji pojavnost SZ otrok 10 %, ocenjujejo, da je 13 % deklic spolno zlorabljenih (3); ker gre za prikrito in kaznivo dejanje, je težko natančneje določiti razširjenost.

Spolna zloraba vedno pusti posledice; klinične izkušnje kot tudi raziskave kažejo, da se lahko pokažejo takoj in/ali kasneje (4–7). Žrtev lahko še leta po zlorabi navidezno deluje povsem normalno, kot da se ne bi nič zgodilo. Spomine potlači in se zapre v svoj svet. Ko pa npr. pride v puberteto, vstopi v partnerski odnos ali zanosi, se nezavedni spomini prebudijo, kar se kaže v različnih oblikah kot so panični napad, depresija, zasvojenost, motnje hranjenja, težave v spolnosti, nezaupljivost, strahovi, krivda, slaba samopodoba (4–6).

Prikazali bomo vplive SZ v otroštvu na doživljanje nosečnosti, poroda in materinstva ter predloge za ustrezno obporodno skrb. Ne moremo natanko predvideti občutkov in odzivov posameznice, lahko pa iz splošnih ugotovitev in izkušenj ustvarimo vodila za ravnanje v obporodnem zdravstvenem varstvu, ki jih ob osredotočanju na vsakokrat posebno žensko in njene individualne potrebe ustrezno prilagodimo.

Vpliv spolne zlorabe v otroštvu na doživljanje nosečnosti

Na spoznanje o nosečnosti se ženske odzovejo s številnimi občutki: od sreče, vznemirjenja in radosti, pojavit pa se tudi dvom in negotovost. Ženske, ki so doživele SZ, lahko čutijo podobno, v večji meri in pogosteje pa se pridružijo še tesnoba, strah in občutek ranljivosti. Nekatere čutijo, da niso pripravljene na materinstvo; sprašujejo se o zlorabi in njenem morebitnem vplivu na njihove zmožnosti. Za nekatere nosečnost predstavlja priložnost, da svojo izkušnjo zlorabe presežejo. Pri tem je dobrodošla pomoč in podpora ustreznih strokovnjakov (6).

V obporodnem obdobju je verjetnost, da se bodo aktivirali sprožilci spominov na SZ, povečana (5–7). Tudi če se ženska ne spomni, se spominja njeno telo. »Poza-

biti« dogodek je ena od preživetvenih strategij. Pri nekaterih se šele v nosečnosti ali med porodom prvič obudi spomin na SZ, kajti zaradi njihove značilnosti, ki jih na telesni ravni posameznica ne more nadzirati, je skorajda nemogoče, da bi spomini na SZ ostali »nemi«; občutki v sedanosti se povežejo s podobnimi ob SZ v preteklosti. Nekatere že okrevajoče s pomočjo psihoterapevtske pomoči v nosečnosti ugotovijo, da bi potrebovale dodatna srečanja, ker novo stanje obuja nekatere druge teme, ki so povezane z zlorabo in pred nosečnostjo niso bile v ospredju.

Za ženske, ki se v nosečnosti prvič soočijo s spomini na zlorabo, je lahko to spoznanje pretresljivo, četudi so morda kaj slutile; še posebej, ker je družbena percepcija nosečnosti povezana s predpostavko, da gre za radostno obdobje. Spomini lahko prihajajo na površje kot delčki sestavljanke, in to v nepričakovanih okoliščinah; v sanjah ali v resničnosti, prek različnih senzornih poti (vonj, gib, kraj, podoba, telesni položaj, odnos, ki vzbudi spomin na SZ); na videz nenadoma in brez logike. Vse to je lahko zelo moteče in stresno.

Ženske z različnimi strategijami skušajo preprečiti »vznike spomina«, tako na primer postanejo pretirano napete in pozorne, ker pričakujejo, da se bo v naslednjem trenutku zgodilo nekaj hudega; kar lahko bistveno oteži nosečniški vsakdan.

V nosečnosti imajo žrtve SZ več zdravstvenih težav, povezanih s predhodnimi vplivi zlorabe na njihovo zdravje (astma, PTSD, depresivnost) in z manj zdravim načinom življenja (različne odvisnosti, motnje hranjenja, večje tveganje za zlorabo alkohola, tobaka in prepovedanih drog) (5, 8). Spolna zloraba lahko negativno vpliva na to, kako ženska doživlja svoje telo (koliko ga ima rada, ga spoštuje in upošteva, kar sporoča, na primer da je utrujena, ali da jo nekje boli) in kako ga neguje ter skrbi zanj (telesna aktivnost, prehrana). V nosečnosti se dogajajo velike telesne spremembe, ki postanejo vidne tudi navzven; za ženske z izkušnjo SZ je pozornost, ki jo vzbujajo z nosečniškim trebuhom, lahko vir močne stiske, saj se mnoge leta in leta trudijo prikriti telo (8) in njegovo govorico; še posebej, če zaradi SZ čutijo, da jih je telo izdalo (6). Že nosečnost samo je mogoče doživeti kot prekoračitev meja, vzdrževanje slednjega pa je za SZ žensko izjemno pomembno.

Strokovnjaki v obporodni skrbi v dobro žensk z izkušnjo SZ

Nekatere ženske ne želijo govoriti o tem, kar se jim je zgodilo; druge povedo z besedo ali dvema ali veliko več. Nekatere se ne spominjajo, kaj se jim je zgodilo. Dosledno spoštujmo njihovo voljo. Smiselno je, da zdravstveni strokov-

njak (v nadaljevanju ZS) vpraša nosečnico o morebitni izkušnji SZ; pri tem ne pričakujemo opisa dogodka, ne pomilujmo, ne zgražajmo se, ne vsiljujmo vprašanj o zlorabi, ne poizvedujmo več kot je nujno potrebno (6). Ključno je, da je vzpostavljen dober stik in da že vnaprej premislimo o odzivu, če bo posameznica spregovorila o spolni zlorabi, na primer: »Zelo mi je žal za to, kar se je zgodilo. Niste edini. Ni vaša krivda. Najbrž je bila za vas to huda izkušnja; nič nenavadnega ne bi bilo, če bi bili jezni, prestrašeni, osramočeni.« in »Pomembno je, da ste povedali. Prosim, premisliva, kaj potrebujete in kako vam lahko pri tem pomagam.«

Za žensko z izkušnjo SZ zagotovimo čustveno in fizično varno okolje tako, da ustvarimo vzdušje odprtosti, kjer ni naglice, vzemimo si dovolj časa za pogovor, aktivno poslušajmo; pozorni bodimo na svoj jezik: pretirana domačnost, pokroviteljstvo, ukazovanje ali avtoritativni glas lahko sproži spomine na zlorabo. Bodimo pozorni na potrebe ženske glede golote, izpostavljenosti telesnih delov pogledu ali nadzoru; z besedami in vzdušjem, ki ga ustvarimo, ji sporočajmo, da je varna, podprta, da delujemo v smeri krepitve njene moči in sposobnosti za bližajoči se porod; spoštujemo in upoštevacimo njene občutke (6, 9).

Vprašajmo žensko, kaj potrebuje, šele nato predlagajmo, skupaj z njo raziskujmo in načrtujmo. V pomoč so osnovne informacije o zlorabi, kako je vplivala na posameznico, kje v procesu okrevanja je, kaj meni o morebitnem vplivu na nosečnost, porod, materinstvo, kateri so njeni strahovi in upanja glede poroda, katere so najpomembnejše potrebe, za katere bi lahko poskrbeli strokovnjaki ali bližnji pri porodu in po njem, ter kdo od bližnjih ji lahko pomaga pri zadovoljevanju potreb sedaj in v prihodnje (9, 10).

Strategije preživetja in skrb ter nega v nosečnosti

Žrtve SZ se lahko vedejo tako, da je težko sočustvovati z njimi ali jih razumeti. Kot strategije preživetja so izoblikovale določene navade ali odvisnosti, kot so raba prepovedanih drog, zloraba zdravil, morda se tvegano vedejo v spolnem življenju, morda imajo motnje prehranjevanja ali se samopoškodujejo (6, 9). Da bi jih lahko celovito podprli, je smiselno, da uvidimo notranjo logiko tovrstnega obnašanja, ki jim pomaga preživeti, namesto da bi jih razumeli kot namerno škodovanje sebi ali razvijajočemu se otroku.

Od strokovnjakov posameznica potrebuje verodostojne informacije o načinih za zmanjševanje izpostavljenosti sebe in otroka škodljivim učinkom tveganih ve-

denj. Ob tem je treba spoštovati njeno svobodo odločanja in moči za spremembe. Tako je dobro, da premislimo z njo, kakšne poti bi lahko ubrala za zmanjšanje uživanja alkohola in zmanjšanja rabe tobačnih izdelkov; pomagamo ji lahko pri raziskovanju različnih možnosti in potrdimo vsak napredek v zniževanju škode za otroka in sebe.

Veliko žensk želi ohraniti nadzor tako glede postopkov in posegov kot tudi nad lastnim vedenjem (11). Smiselno se je posvetiti osebnim sprožilcem, ki obudijo spomin na SZ; njihovo prepoznavanje je pomembno, da bi posameznica vedela, kaj se dogaja, in da bi lahko povezala vzrok in učinek ter se ustrezno prilagodila (6). Spodbujajmo jo k vzpostavitvi stika s telesom in k aktivnemu ukvarjanju z njim (obisk bazena, ples, masaža; tudi masaža presredka), naučimo jo telesnih vaj, priporočljivih za čas nosečnosti in porod. Nekatere že normalne spremembe izredno bremenijo, aktivno poslušajmo, ko govori o svojih skrbih v zvezi z nosečnostjo, porodom in materinstvom (11). Druge se distancirajo od telesa, in zanje je težavno upoštevanje navodil na primer o številu otrokovih gibov ali znakov poroda (11).

Vpliv spolne zlorabe v otroštvu na doživljanje poroda

Ženske, ki se zavedajo, da lahko zloraba v otroštvu vpliva na porod, so lahko prestrašene, žalostne, jezne, besne. Morda čutijo, da je zlorabljevalec že tako veliko vzel, sedaj pa jih bo oropal še za nekaj, kar pojmujejo za dragoceno in izjemno: porodno izkušnjo. Informacija in ozaveščanje o povezavi med zlorabo in nosečnostjo, porodom in zgodnjim materinstvom ponuja priložnost za sprejemanje odločitev, ki pomagajo pri zmanjševanju vpliva preteklosti na sedanost. Nekatere ženske doživijo to obdobje kot temeljno izkušnjo celitve. Mogoče je zmanjšati tesnobo, prevzeti več nadzora, pogoj pa je poznavanje sprožilcev, izbor in možnosti načrtovanja prihajajočih dogodkov.

Normalno je, da nosečnice do določene mere porod skrbijo; skrb in strah jih usmerita, da se na porod in starševstvo pripravijo. Za ženske z izkušnjo SZ je pomembno, da jim potrdimo, da so strahovi in bojzani del običajnih občutkov glede poroda; pričakujemo pa lahko, da bo za nekatere bližajoči se porod predstavljal izvor velikega strahu, panike ali groze (12). Pogostejši strahovi in skrbi, ki jih izražajo nosečnice z izkušnjo SZ v zvezi s prihajajočim porodom, so povezani s skrbjo, da se ne bi mogla nadzorovati, da bo »zunaj sebe«, da bo rekla ali storila kaj, kar jo bo osramotilo; ne zaupajo lastnemu telesu, da je zdravo in zmožno roditi; niso gotove glede partnerjevih občutkov in misli o njihovem vedenju med

porodom; ne zaupajo ZS, da jim bodo prisluhnili in upoštevali njihove skrbi, mnenja, želje in da bodo njihovi odgovori odkritosrčni in pošteni; če je imela zloraba telesne posledice, se bojijo, da bi jih ZS opazili (npr. brazgotine); skrbi jih, da jih bodo obsojali, ocenjevali ali menili, da sploh ne bi smele imeti otrok; bojijo se, da ne bodo v stiku z realnostjo, s telesom, s porodom; bojijo se, da bo bolečina obudila spomin na zlorabo; ne želijo določenih postopkov ali posegov: na primer epiduralne analgezije, ker jim preprečuje gibanje; vaginalnih pregledov, ker jih spominjajo na zlorabo, lege na hrbtu, ker so v njej pasivne in v odvisnem odnosu; nočejo, da bi se jih dotikali neznani ljudje ali preveč ljudi; ne želijo navzočnosti študentov; hočejo imeti popoln nadzor nad postopki, posegi, osebjem (informirana izbira, pristanek, spoštovanje izbire); niso prepričane, kako bodo lahko sodelovale s telesom ali se repuščale porodnemu dogajanju (4–10).

Številne ženske, ki so rodile in niso imele možnosti, da se pogovorijo o svojih skrbih pred porodom, so izrazile obžalovanje, jezo ali ogorčenje, da jih ni nihče opozoril na morebiten vpliv zlorabe na porod in materinstvo. Zato je pomembno, da ženske dobijo informacije o možnem vplivu SZ, da bi se lahko ustrezno pripravile in ga tako zmanjšale ali omejile, na primer s skrbnim načrtovanjem in s primernimi strategijami za soočanje z občutki.

Nadzor

Ženske z izkušnjo spolne zlorabe se pogosto bojijo, da bodo izgubile nadzor nad sabo ali dogajanjem v porodni sobi (8) ter občutka odvisnosti od avtoritet (11). Med zlorabo žrtev ni imela nadzora nad tem, kar se ji je dogajalo; morda je bilo prisotno tudi drugo verbalno, psihično ali telesno nasilje. Zlorabljene ženske povezujejo izgubo nadzora s telesno in psihično nevarnostjo. Bolje se počutijo, če načrtujejo, strukturirajo in predvidevajo dogajanje. Tako jim ni treba kar naprej biti na preži in paziti, kaj bi se lahko zgodilo; vsaj malo si odpočijejo in se sprostito. Če se taka porodnica počuti ogrožena, si bo prizadevala za ohranitev nadzora, ali pa se bo morda podredila, postala agresivna, ali bo uporabila kake druge preživetvene strategije iz otroštva (13). Zato porodnici omogočimo čim večji nadzor nad potekom dogodkov in sodelovanje pri odločitvah o porodni skrbi. Že v nosečnosti naj bo seznanjena z običajnim potekom poroda, kaj lahko pričakuje in česa ne. Skupaj preglejmo običajen potek poroda in se osredotočimo na vidike, ki se jih še posebej boji ter izdelajmo strategije soočenja (11). Bodimo realistični in ne vzbujajmo lažnega upanja, če vemo, da določene oblike skrbi niso na voljo.

Pred vsakim postopkom potrebuje natančen in podroben opis, kaj bodo ZS storili in kako. Vedno je treba prositi za dovoljenje in počakati na pristanek ali zavrnitev in ga/jo upoštevati. Ne sme se zlorabljeni znanja, spretnosti in moči, da bi storili (še) nekaj, za kar se niso dogovorili, na primer poleg vaginalnega pregleda izvesti še prediranje plodovih ovojev. Opisati in pokazati je treba instrumente ali naprave, ki se uporabljajo pri posameznem posegu. Preden bi se dotaknili ženske, jo je treba vedno seznaniti z namero in jo prositi za dovoljenje. Osebe, ki sodelujejo pri skrbi za žensko, se morajo predstaviti. Obvezno je trkanje na vrata porodne sobe, vstopiti je mogoče šele, ko je odgovor jasen. Zelo pomembna je komunikacija na ravni odrasel-odrasel.

Ženska z izkušnjo SZ bo lahko nevtralna dejanja ali besede razumela kot nadaljnje trpinčenje, prestop meje, skrunitev, kajti določena kretnja, beseda, podoba, glas, občutek lahko prebudi telesni spomin na zlorabo. Sprožilci so lahko na videz popolnoma nevtralne besede, gibi, telesni položaj, na primer lega na hrbtu pri porodu ali pri pregledih ali posegih, uporaba priprav, s katero se pričvrsti del telesa ali se ga imobilizira (recimo pri vstavljanju kanile), značilnost odnosa, na primer odvisnost od ZS ali spremljevalca/-ke pri porodu, bolečina v določenem delu telesa, poseg v telo, porodna poškodba; na določen način spominjajo na travmo in sprožijo obuditev (delov) spomina. Sprožilci prihajajo od zunaj ali pa so notranji; lahko so senzorni (podobni prizori, zvoki, vonji, okusi, dotiki, položaj, bolečina, telesni občutek kot je slabost, hiter srčni utrip); določeni časovni mejniki (praznik, dan v tednu, del dneva, obletnica), podobni stresni dogodki, močna čustva, določen miselni tok, informacija, rutina ali vedenje, različne kombinacije naštetega. Ženska podoživlja zlorabo, vidi prizore in sliši, čuti dogajanje. Včasih se »flashback« pojavi kot strela z jasnega, na primer v trenutku sprostitve. Za osebe v porodni sobi je pomembno, da znajo prepoznati dogajanje, in če se ni bilo mogoče izogniti sprožilcu in je prišlo do podoživljanja zlorabe, pomagajo k razločevanju preteklosti in sedanjosti, s poudarkom, da je tu in zdaj varna, da so z njo ZS in njeni bližnji – obudil se je spomin, a zdaj se zloraba ne dogaja več (8).

Porod je povezan s številnimi močnimi telesnimi občutki, kot so krčenje maternice in bolečine, vse naštetu lahko spominja na SZ, ki je zapisana v nezavedni somatski spomin, odvisno od značilnosti zlorabe. Ženske lahko med porodom »zmrznejo«, postanejo rigidne, otople, panične (8). Nekatere ženske z izkušnjo SZ disociirajo. Tako se oddaljijo od svojega telesa, občutkov ali misli, pobegnejo iz nevarne situacije (ki je bila časa zlorabe resnično ogrožajoča). To je še posebej značilno za zlorabe, ki so vključevale bolečine in poškodbe. Nekatere disociirajo, če čutijo, da niso varne, ker so telesni občutki pri porodu – npr. raztezanje nožnice in pritisk otroka v drugi porodni dobi – zelo podobni kot pri zlorabi – in se

distancirajo od svojega telesa in misli, »odplavajo« in npr. ne čutijo bolečin ali drugih telesnih občutkov, niso več povezane s svojim telesom, se ne odpirajo, kar lahko zaviralno vpliva na porod (8); ZS pa morda celo posežejo po invazivnejših ukrepih, da bi ga pospešili.

Zaradi težav pri prepuščanju porodnemu dogajanju in napetosti je mogoče, da se otrok po porodnem kanalu spušča počasneje in da je druga porodna doba daljša, porodnica ima lahko težave pri pritiskanju zaradi nepovezanosti s telesnimi občutki, ki bi jo usmerili; ker se na primer boji, da bo otrok »umazan« zaradi SZ, ki je vključevala nožnico in podobno; na prehodu med prvo in drugo porodno dobo so disociacije in »flashbacki« pogosti, videti je, da je porodnica »nekje drugje«, ne želi ali ne more pritiskati, lahko je videti, kot da je porod popolnoma zastal. Nekatere ženske v grozi ali paniki kričijo, noge stiskajo skupaj, zavračajo telesni stik in kakršnokoli dotikanje (6).

Tudi v tovrstnih primerih je pomembno žensko »priklicati« nazaj, jo pomiriti, da je na varnem, da je z njenim telesom in otrokom vse v redu (14–16). Nekatere pa želijo, da jih pustimo, da disociirajo; o tem se je pomembno pogovoriti vnaprej (6).

V obporodni skrbi je nujna pozornost glede rabe besed in telesne govorice; ženske ne sme spominjati na odvisen odnos, namesto »Pridna!« se z žensko raje pogovarjamo kot odrasli z odraslo: »Dobro vam gre.« Ne uporabljamo besed ali načina komunikacije, ki žensko postavlja v podrejen položaj, kot je ta v tradicionalnem odnosu odrasli-otrok, na primer s pomanjševalnicami, ali besedami kot so »ljubica«, »dragica«. Ne ustvarjamo okoliščin, ki bi prispevale k občutkom ranljivosti, nemoči ali odvisnosti. Tudi besede, ki so drugače dobronamerne, kot na primer: »Nič hudega ne bo, samo sprostite se,« bi lahko vzbudile spomin na zlorabo, če je kaj podobnega govoril zlorabljaljoči (5, 6, 8).

Vaginalni pregled lahko ženska z izkušnjo SZ doživi kot ponovno zlorabo; da bi to preprečili, naj ona izbere primeren trenutek, ko je pripravljena, skozi pregled jo vodimo, prekinemo ga, če opazimo, da ne zmore sodelovati; ker vaginalni pregled vključuje ogledovanje, tipanje, penetracijo z instrumentom ali roko, je to za posameznico še posebej problematično; tudi spol ZS je lahko ključen; pomembne so okoliščine, vzpostavljeni stik, seznanitev s potekom, morda koristi prisotnost tretje osebe; ključna sta senzibilnost in profesionalnost (6, 8); število pregledov omejimo na minimum, po možnosti naj jih izvaja vedno ista oseba (11); vse naštetu velja tudi za preglede v nosečnosti.

Podobno občutljivo sodelovanje naj velja tudi pri drugi posegih v telo, na primer

pri klistiranju, kjer se še izvaja, ali pri aplikaciji epiduralne analgezije (6, 7).

Nekatere ženske ne želijo nobenega sredstva proti bolečini, ker imajo občutek, da bi lahko pod njihovim vplivom kaj povedale, na primer, da bi njihova skrivnost prišla na dan, ali da bi se nenavadno vedle. Splošno anesteziijo lahko razumejo kot popolno odpoved nadzoru nad dogajanjem in lastnim telesom. Druge, nasprotno, želijo splošno anesteziijo pri porodu, ker jim olajša »spoprijemanje« s porodom in vsaj delno omogoča nadzor (13). Zaradi hudega strahu pred porodno bolečino nekatere želijo epiduralno analgezijo že zgodaj, zaradi nesprejemljivega občutka imobiliziranosti ob njej pa jo bodo druge zavrnile (11). Stranski učinki – zaspanost, občutek, da »nisi čisto pri sebi« pri lajšanju porodnih bolečin z opioidi so za nekatere žrtve SZ še posebej strašljivi (6).

Različne tekočine, ki jih izloča telo, ali ki se uporabljajo pri porodu, lahko zaradi povezav s preteklo SZ posameznica doživlja kot še posebej neprijetne, ogrožajoče. Tak je lahko na primer pogled na kri, če je bila njena zloraba povezana s poškodbo in krvavitvijo. Z vidika žrtve SZ so prisiljena razgaljenost, izpostavljenost intimnih delov telesa pogledu in dotiku ter posegom, določeni (prisilni) telesni položaji (porodnice in ZS) (8) so prav tako problematični vidiki poroda; če je bila večer za večerom spolno zlorabljen na postelji, je zanj porod leže na postelji lahko sprožil »flashback« (11, 16); za druge pa je tak porod način, kako si zagotavljajo nadzor, pokončne položaje in gibanje povezujejo z ranljivostjo in izgubo nadzora (11).

Porod s pomočjo vakuumoma je za žensko, žrtev SZ, lahko izjemno zahteven zaradi večje izpostavljenosti telesa, spremljajočih močnih občutkov in bolečin, pripomočkov, ki jo npr. spravljajo v grozo zaradi podobnih ob SZ, ob posegu je tudi več sodelujočih ljudi, pojavi se lahko občutek depersonalizacije. V primeru porodne poškodbe ali prereza presredka se ženska lahko zaradi dodatnih bolečin, postopka šivanja rane in izpostavljenosti intimnih telesnih delov počuti, kot da gre za ponovno zlorabo, ki jo je morebiti spremljala telesna poškodba (6).

Telesni dotik

Da bi ženska sprejela dotik, spoštujmo njene potrebe, poskusimo lahko z masažo, ki jo najprej izvede ženska na babici, šele na to obratno. Nekatere ne želijo nikakršnega telesnega stika z ZS – ti jih lahko podprejo z besedami, babica na primer z njo »predihava« popadke, z njo poje, ji pomaga s pomočjo očesnega stika. Nujno je upoštevanje meja, ki jih postavlja porodnica. Babica in zdravnik

naj preverita, katere oblike dotikov so zanjo sprejemljive, na primer čvrst, blag, nežen, božajoč dotik – in česa ne prenese – in kje se je smeta dotikati. Če je njen stik s partnerjem (s spremljevalno osebo) dober, ga/jo dobro naučiti, kako naj na primer masira, boža, drži, podpira ipd. ZS ji lahko svetuje gibanje – gibanje z medenicami, gibanje s strani na stran, naprej-nazaj –, ne da bi se je dotaknil. Vzdrževanje očesnega stika je pomembno, še posebej v prehodu med prvo in drugo porodno dobo, ko je več možnosti za pojav disociacije in »flashbackov«.

Navadno porodnica potrebuje pomoč, da se osredotoči na porod. Pomemben je dober stik z njo, spremljanje njenega počutja, osebje naj bo občutljivo, obzirno in pripravljeno dajati podporo različnih vrst. Pri porodu si lahko pomaga z vizualizacijo, že v nosečnosti lahko na primer nariše kraj, kamor bi želela »iti«. O njenih potrebah z njenim dovoljenjem seznanimo tiste, ki (še) sodelujejo pri skrbi zanjo med porodom. Nekdo naj prevzame vlogo osebe, ki skrbi za njeno dobro in njene interese. Zelo pomembno je, da poznamo osebne omejitve in omejitve v okolju, kjer se bo porod odvijal. Ne obljublamo nečesa, če nismo zares gotovi, da je mogoče.

Pomagajmo ji odkriti moč njenega telesa in glasu, spodbujajmo jo pri tem, da se okrepi in opolnomoči. Nekaterim ustreza, da jih spomnimo, da je močna, da je ne le preživela, pač pa da želi živeti svoje življenje; da je pogumna ženska, ki je preživela hude stvari in gre naprej. Spodbudimo in opogumimo jo, gradimo njeno moč.

Vpliv spolne zlorabe v otroštvu na doživljanje zgodnjega materinstva

Postajati mama je proces, in idealno je, če žensko ob tem podpirajo ljubeča in skrbna družina, prijatelji in različni strokovnjaki. Ustrezna poporodna skrb je utemeljena na ravnovesju med krepitvijo žensk in njihovega notranjega občutka glede materinstva in med zagotavljanjem nepristranskih informacij glede dojenja, skrbi in nege novorojenčka in drugih tematik, povezanih s poporodnim obdobjem. Za mamo je morda pravi izziv najti svoj pravi glas in izpostaviti lastne preference ob številnih nasvetih, pričakovanjih in zahtevah bližnjih in strokovnjakov. To je za ženske z izkušnjo SZ toliko večji izziv, kajti verjetnost, da bodo v sebi našle gotovost, je pri njih manjša kot pri ženskah, ki te izkušnje nimajo, težave imajo z zaupanjem svojemu telesu in občutkom (6, 7).

Ženske, ki so na poti v okrevanje, imajo morda celo zelo izdelane predstave o tem, kako želijo skrbeti in negovati svoje otoke, še posebej kot odziv na to, ali so jih njihove lastne matere varovale pred zlorabami ali ne. Nekatere nosečni-

ce bodo pri strokovnjakih preverjale svoje odločitve, da bi dobile podporo pri ustvarjanju avtonomije in sprejemanju informiranih izbir.

Pri ženskah z izkušnjo SZ se pogosteje pojavljajo pomanjkanje zanimanja za novorojenčka ali ambivalentna čustva, pretirana skrb, težave z navezovanjem na otroka, strah, da bi sama zlorabila otroka; večje so možnosti za težave pri dojenju ali odpor do dojenja in nezmožnost dojiti, pogostejša sta poporodna depresija in PTSD; hkrati pa je za nekatere materinstvo zdravilna izkušnja.

Poporodna depresija

Spolna zloraba je povezana s povečanim tveganjem za poporodno depresijo (5, 6) zaradi pogostejših občutkov o neprimernosti za materinstvo, nizko samozavestjo, težavami z izkazovanjem nežnosti in ljubezni do otroka, strahovi pred zlorabo otroka, strahom, da sama predstavlja nevarnost za otroka, nezaupanjem do partnerja in podobno. Že v nosečnosti svetujemo krepitev skrbi za duševno zdravje ter načrtovanje podpore in pomoči za čas po porodu; morda bodo dobrodošli dodatni obiski patronažne medicinske sestre.

Laktacija in dojenje

Pomembno je zavedanje kompleksnosti telesnih in psihičnih dejavnikov, ki vplivajo na zmožnost in pripravljenost mame, da bi dojila otroka; občutki ženske so izjemno pomembni (6–8).

Ali bo ženska želela in zmogla dojiti, je odvisno tudi od njenega dojemanja lastnih prsi, ki ga je morebiti sooblikovala tudi zloraba. Dojenje lahko vzbudi telesni spomin – na bolečine, ponižanje, nespoštovanje, spolno vzburjenje, in mama začuti odpor do dojenja in morda tudi do otroka; dojemajo ga lahko kot incestuozno dejanje (6). Medtem ko je za nekatere ženske dojenje prijetna izkušnja, je zaradi omenjenih razlogov za nekatere nesprijemljivo; zato so raznovrstni pritiski, naj vendarle dojijo, neprimerni. Če je ženska ob dojenju jezna in čuti zamero do otroka, je pomembno, da se o tem z nekom pogovori ter ugotovi, kaj je najbolje zanjo in njenega otroka. Posameznica potrebuje podporo, da prepozna, kaj se dogaja, in da loči preteklo zlorabo od sedanje situacije (5–8).

Za nekatere ženske je pomembno, da soustvarijo ustrezne okoliščine za dojenje; na primer, da prilagodijo okolje. Če je njihov sprožilec tema, bodo raje dojile ob

prižgani nočni lučki ali pa si bodo mleko predhodno iztisnile in bo njihov partner ponoči z njim nahranil otročka.

Nekatere nikoli ne vzljubijo dojenja. Za druge dojenje predstavlja način, kako si zopet prisvojijo svoje prsi. Lahko terja veliko časa, izobraževanja in potrpežljivosti, da ženska sproščeno doji otroka – nekatere potrebujejo več dni, druge tedne in celo mesece, da so pri dojenju gotove vase.

Odnos do otroka in njegova nega

Ženska, ki je doživela SZ, ima lahko težave glede povezovanja s svojim otrokom, ker ta morda vzbuja spomin na stiske, ki jih je sama doživljala kot odvisna, nebogljena, nemočna. Pri potlačeni in nepredelani spolni zlorabi se lahko pojavijo občutki gnusa, sramu, zavračanje in odklonilno vedenje do otroka (10). Nego in vzgojo otroka otežuje pomanjkanje vzorcev dobre skrbi ter težave pri postavljanju zdravih meja.

Vzeti novorojenčka v naročje pomeni sprejeti spoznanje o lastni ranljivosti, ko je bila še majhna (8), obenem pa se tudi odpreti za nove možnosti in oživiti upanje.

Ženske, ki so spolno zlorabo osvestile, se včasih bojijo, da bi otroka ne znale varovati (6, 8) ali celo, da bi ga same zlorabile (6–8, 17). Morda ne vedo dobro presoditi, kakšen dotik je primeren; koliko dotikanja je preveč ali premalo. Za dojenčkovo telesno in duševno zdravje ter dobro počutje sta telesen stik in dotikanje izredno pomembna. ZS lahko na različne načine spodbujajo močnejšo povezanost med materjo in otrokom; nekatere matere potrebujejo praktično pomoč in podporo ter predloge za ravnanje z otrokom, na primer, da se najprej nežno dotakne otrokove glavice, nato pa ga lahko poboža po laseh; naj se pogovarja z otrokom, mu prebere slikanico, mu zapoje, pogosto naj se mu nasmehne; vključi naj se v tečaj masaže dojenčka, kjer se bo naučila, kako se otroka dotikati in kako skrbeti zanj; odziva naj se na otrokov jok (18).

Za ženske, ki okreva po spolni zlorabi, je lahko umivanje otroka in skrb za čistočo spolovil velik izziv, ker morda ne vedo dobro, kaj pomeni prekoračitev osebne meje in kdaj otroku škodujejo. Če je vzpostavljen dober stik, se na pripravah na porod in starševstvo, v porodnišnici ali ob obiskih patronažne medicinske sestre lahko naučijo posameznih spretnosti nege otroka. Izkušnje kažejo, da se je nekaterih veččin najlažje naučiti s posnemanjem, ob prvih poskusih previjanja ali kovanja pa materi še nekdo stoji ob strani. Materam je lahko v veliko pomoč

ustrezno usposobljena poporodna spremljevalka, ki ji pomaga izoblikovati dober model nege novorojenčka in okrepi njeno samozaupanje.

Zaključek

Ženske, ki so doživele spolno zlorabo, imajo posebne čustvene, psihične in telesne potrebe, povezane z njo. Travma se lahko kaže skozi različne načine razmišljanja in vedenja v obporodnem obdobju, kar je lahko za strokovnjake svojevrsten izziv. Strokovnjaki lahko zavestno izbirajo, kakšen bo njihov odnos do žensk po SZ: ženske potrebujejo skrb, ki ohranja dostojanstvo in podpre okrevanje. Strokovnjak naj bo občutljiv in pozoren do njihovih potreb (11, 19). Ženske cenijo kakovosten in pošten odnos, kjer začutijo, da jih osebe spoštuje, jim prisluhne in kjer se razvije zaupanje lastnostim in kompetencam ZS (20). Zdravstveni strokovnjak je lahko katalizator celjenja: pri tem so pomembni ustrezni odzivi na »razkritje« o zlorabi, sodelovanje s posameznico pri načrtu aktivnosti za soočanje s potencialnimi sprožilci in obrodne skrbi nasploh. Izkušnjo spolne zlorabe je mogoče predelati, se zaceliti in živeti polno življenje. Med nosečnostjo, porodom in v zgodnjem materinstvu lahko ženska doživi svoje telo in sebe na nov način; tako stopi na pot k okrevanju.

Za babice, zdravnike in medicinske sestre je lahko sodelovanje pri nosečnosti in porodu ter zgodnjem materinstvu ženske, ki je v otroštvu doživela SZ, izjemno zahtevno, hkrati pa je tudi dragocena izkušnja. Pogosto ne vedo, kaj je posameznica v njihovi oskrbi v preteklosti doživela in kakšni so njeni strahovi. Prizadevamo si za možnost spoznati posameznico in dejavnike, ki bistveno vplivajo na doživljanje obporodnega obdobja, in zanjo celostno skrbeti (19). To še ni del vsakdanjosti, kljub temu pa je naša naloga, da preprečujemo poglobljanje travme ali njeno ponovitev. Kaj storiti, da bi obporodna skrb predstavljala možnost za celjenje in krepitev moči? Začeti je treba z uresničevanjem skrbi za vse ženske, ki naj bo tako občutljiva, naklonjena, podporna in sočutna, kot da je vsaka izmed njih okrevajoča po zlorabi. In nikaar ne pozabimo, ena od petih/desetih tudi zares je.

Glede na ocene o pogostosti spolnih zlorab v otroštvu lahko sklepamo, da so tudi med zdravstvenimi strokovnjakinjami ženske, okrevajoče po taki izkušnji. Če menijo, da so ene izmed njih ali če to vedo, in zloraba vpliva na njihovo sedanje življenje, predlagamo, da raziskujejo dalje in si po potrebi poiščejo ustrezno podporo in pomoč.

Za strokovnjake, ki se srečujejo z ženskami, ki so doživele spolno zlorabo, je še posebej pomembno, da dobro skrbijo zase. Pripravljeni naj bodo na spremembe mišljenja ob stiku z žrtvami SZ, aktivno naj uravnovešajo delo in prosti čas ter se povezujejo z drugimi ljudmi, da bi se krepili in dobivali podporo ter vodila za delo in osebno življenje. Prijatelji in družina so v pomoč pri premagovanju občutkov izoliranosti in zmanjšujejo premočan vpliv dela z okrevajočimi. Pri delu z ženskami, žrtvami SZ, je priporočljivo načrtno iskanje in prepoznavanje potencialov za celjenje pri okrevajočih; potrebujemo čustveno in intelektualno pripravljenost na njihove zgodbe o zlorabah; začetnica naj poišče pomoč izkušene; pozornost pa zahteva morebiten pojav lastne travmiranosti, ki se kaže v utrujenosti, nenavadnih strahovih, motnjah hranjenja, zlorabami substanc; bodimo pozorni na lastne sprožilce, kajti morda smo v življenju doživeli kaj, zaradi česar smo bolj ranljivi za zlorabe, ki so jih doživeli drugi; pričakovanja do sebe naj bodo realistična; prepoznavajmo svoje meje in jih spoštujemo, pozorni bodimo do svojih potreb. Zavedajmo se, da ima posameznica utemeljene razloge za svoje občutke in vedenje, a mi nismo njihov razlog. Izobražujmo se glede zlorab in tematik, povezanih z njimi, kot so zloraba substanc, odvisnosti in različni vidiki duševnega zdravja. In nenazadnje, sodelujmo pri spremembah v družbi za ničelno toleranco do (spolnega) nasilja.

Literatura

1. Hrovat T, Čobec S, Strle K. Preprečevanje in prepoznavanje spolnih zlorab otrok, Najpogostejša vprašanja in odgovori nanje. Ljubljana: Društvo za nenasilno komunikacijo; 2016.
2. Council of Europe. One in five. Dostopno dne 10. 3. 2018 na: https://www.coe.int/t/dg3/children/1in5/statistics_en.asp.
3. World Health Organization. European report on preventing child maltreatment. 2013. Dostopno dne 10. 3. 2018 na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf.
4. Repič Slavič T. Nemi kriki spolne zlorabe in novo upanje. Celje: Celjska Mohorjeva družba; 2008.
5. Repič Slavič T, Gostečnik C. The experience of pregnancy, childbirth and motherhood in women with history of sexual abuse. V: Mivšek A, urednik. Sexology in Midwifery. InTech; 2015.
6. Simkin P, Klaus P. When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on the Childbearing Woman. Washington: Classic Day Publishing; 2004.
7. Sperlich M, Seng JS. Survivor Moms. Eugene: Motherababy Press; 2008.
8. Repič Slavič T. Posledice travme spolne zlorabe na psihično in telesno doživljanje ter dojemanje obdobja nosečnosti pri žrtvah. V: Labaš S, urednik. Medosebni odnosi – temelj kakovosti v zdravstvu. 1. simpozij z mednarodno udeležbo, Logarska dolina, 30. in 31. maj 2008. Solčava: Spes – društvo za kulturo odnosov; 46–56.
9. Burian J. Helping survivors of sexual abuse through labour. *Am J Matern Child Nurs.* 1995; 20(5): 252–6.
10. Prescott A. Childhood sexual abuse and the potential impact on maternity. *Midwifery Matters.* 2002; 92: 17–9.
11. Robinson K. Childhood sexual abuse. Implications for care during pregnancy and birth. *Journal SOGC.* 2000; 22(4): 303–5.
12. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Background Factors in Pregnant Women With and Without Fear of Childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1983; 2(2): 102–8.
13. Smith M. Childbirth in Women with a History of Sexual abuse (I). *Prac Midwife.* 1998; 1(5): 20–3.
14. Courtois CA, Courtois Riley C. Pregnancy and Childbirth as Triggers for Abuse Memories: Implications for Care. *Birth.* 1992; 19(4): 222–3.
15. Parrat J. The experience of childbirth for survivors of incest. *Midwifery.* 1994; 10: 26–39.
16. Tilley J. Sexual Assault and Flashbacks on the Labour Ward. *Prac Midwife.* 2000; 3(4): 18–20.
17. Douglas AR. Reported anxieties concerning intimate parenting in women sexually abused as children. *Child Abuse Negl.* 2000; 24(3): 425–34.
18. Hall J. A Safe Passage. Dostopno dne 12. 12. 2017 na: <https://www.goldlearning.com/clca-education/a-safe-passage-supporting-women-survivors-of-abuse-through-the-childbearing-years-detail>.
19. Montgomery E, Pope C, Rogers J. The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15: 1–7.
20. Garratt L. Survivors of Childhood Sexual Abuse and Midwifery Practices. CSA, Birth and Powerlessness. Abingdon: Routledge; 2010.

Socialno varstvo v obporodnem obdobju

Liljana Dreu

Uvod

»Biti mati pomeni prevzeti nase eno najbolj čustveno in intelektualno zahtevnih, napornih in hkrati globoko zadovoljstvo vzbujajočih nalog, kar se jih lahko loti človeško bitje« (1)

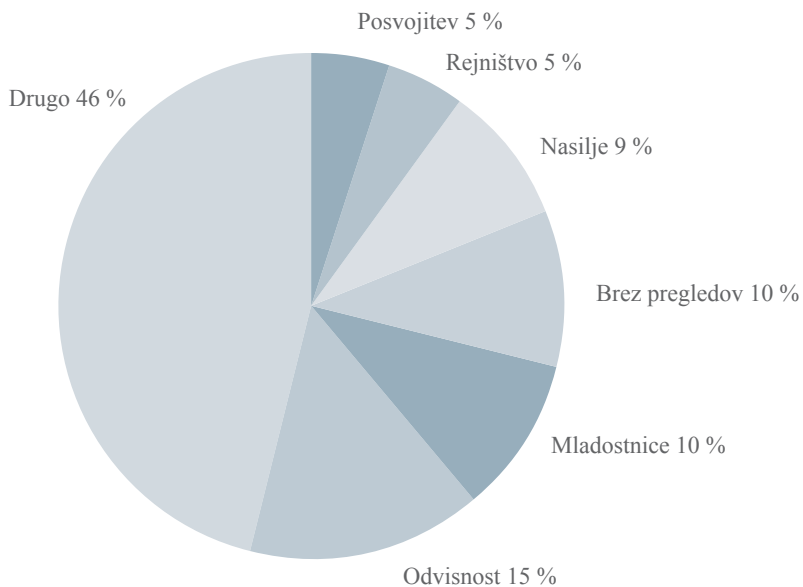
Na področju varovanja reproduktivnega zdravja žensk je socialno svetovanje del zdravstvenih storitev pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Pravica se povezuje s področjem načrtovanja družine, ki ne predstavlja zgolj pravice do splava in kontracepcije, pač pa tudi usmeritev za odgovorno starševstvo, ki zadeva celotno družbo. Kljub načelni svobodi odločanja o rojstvu otrok so izbire, ki jih ima ženska na razpolago v času nosečnosti in poroda, odvisne od podpore v ožjem socialnem okolju (starši, partner, prijatelji, sosedje, sodelavci – delovno okolje) in vključenosti v mrežo socialnih in zdravstvenih storitev, ki vplivajo na kakovost oskrbe reproduktivnega zdravja, varen potek nosečnosti in poroda (država in njeni predpisi). »Socialno-ekonomski dejavniki vplivajo tudi na zdravje mater in njihovih novorojenih otrok. Zdravje v času razvoja ploda v maternici in zgodnjem otroštvu namreč odločilno vpliva na zdravje v odrasli dobi, saj je vse več dokazov, da slabo zdravje v tem obdobju povečuje tveganje za razvoj kroničnih bolezni« (2). Pomembni nalogi socialnih delavk pri obravnavi ženske v obporodnem obdobju sta posredovanje informacij in nudenje opore. V naši službi se večinoma srečujemo s tistimi, pri katerih so bile duševne motnje prepoznane že v nosečnosti ali pred njo, imajo nižji socialno-ekonomski status in nimajo podpore partnerja ali družine.

Vključitev v proces pomoči

Na Ginekološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana se socialne delavke v proces pomoči ženskam v obporodnem obdobju običajno vključijo na pobudo zdravnika-ginekologa ali pediatra ter drugih služb, ki pri svojem delu zaznajo njihovo stisko. Pomoč poiščejo tudi nosečnice same, saj je telefonska številka naše službe v materinski knjižnici. Včasih se sodelovanje nadaljuje po obravnavi na Komisiji za umetne prekinitve nosečnosti 1. in 2. stopnje, po tem, ko je bila zahteva za umetno prekinitve neželene in

Oddelčne obravnave med 2012–2015

ne načrtovane nosečnosti zaradi prepozno vložene zahteve zavrjnena.



Slika 1. Razlogi za socialno obravnavo na Kliničnem oddelku za perinatologijo Ginekološke klinike UKC v Ljubljani od 2012 do 2015.

Najbolj ranljive skupine žensk, ki jih obravnavamo, so tiste, ki v nosečnosti niso prihajale na ginekološke preglede, so brez urejenega zdravstvenega varstva, tiste, ki zlorablajo psihoaktivne snovi, žrtve nasilja, ter ženske s težavami v duševnem zdravju, migrantke in mladostnice.

Te ženske imajo pogosteje od ostalih nižji socialno-ekonomski status, nedokončano ali nižjo stopnjo izobrazbe, so brez zaposlitve, z neurejenimi stanovanjskimi razmerami in so v nestabilni partnerski zvezi, samske, ali pa odvisne od družine, države in dobredelnih organizacij. Njihove potrebe so kompleksne.

Naš pristop k obravnavi teh ranljivih skupin žensk temelji na definiciji zdravja SZO: »Zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja, in ne le odsotnost bolezni in nemoči« (3). Proučujemo socialne vidike zdravja, to so razmere, v katerih se ljudje rodijo, odraščajo, živijo in delajo. Prav te socialne determinante določajo neenakosti na področju zdravja.

Socialna obravnava matere in otroka

Namen socialne obravnave matere in otroka po porodu je omogočanje sprememb v dosedanjem načinu reševanja težav v medosebnih odnosih in posredovanje v prečilih situacijah, kjer so interakcije med žensko in okoljem otežene. Socialne težave so najpogosteje povezane s socialno-ekonomskim statusom, ki je posledica nezaposlenosti v družini in materialnega pomanjkanja. Največkrat gre za izključenost iz družinske in sorodstvene mreže pomoči ter iz institucionalnih formalnih socialnih mrež (zaposlitvenih, izobraževalnih in zdravstvenih) ter za materialno prikrajšanost, pomanjkljive veščine za iskanje pomoči in vzpostavljanje socialnih stikov ter za posebne potrebe v obporodnem obdobju.

»V današnjem času je večina žensk dobro pripravljenih na porod in prihod novorojenčka je lep dogodek za vso družino in prijatelje. Ženska, ki poroda ne pričakuje z veseljem, občuti velik družbeni pritisk in tako je tudi stiska obeh staršev ob rojstvu otroka, na katerega nista pripravljena, zelo velika. Socialne delavke v bolnišnici žensko ob težavnem prehodu v starševstvo s svojim strokovnim znanjem podpremo, spodbujamo in jo opolnomočimo za učinkovito ravnanje pri iskanju izhodov iz stiske. Socialno svetovalno delo v zdravstvu temelji na osebni pomoči in čustveni vpletenosti v življenjsko stisko nosečnice, na zavzemanju za uresničevanje obstoječih pravic, iskanju možnih izbir in sprejemljivih rešitev za dober razplet trenutne življenjske situacije« (4).

»Nosečnice v socialni stiski se odzivajo zelo čustveno in zaradi večje ranljivosti potrebujejo spodbudo in oporo pri iskanju pomoči. Občutek brezizhodnosti pri soočanju s socialnimi težavami jih spravlja v obup in zato pogosto odnehajo« (4). Najpogostejše socialne težave so povezane z urejanjem socialno-ekonomskih razmer, ki so posledica nezaposlenosti v družini in materialnega pomanjkanja, z izključenostjo iz družinske in sorodstvene mreže pomoči, z izključenostjo iz formalnih socialnih mrež, z dolgotrajno materialno prikrajšanostjo, ki gre iz generacije v generacijo, z osebno izolacijo brez iskanja pomoči in brez socialnih stikov v ožjem in širšem življenjskem okolju ter nenazadnje tudi z neodzivnostjo okolja za posebne potrebe v obdobju nosečnosti in po porodu (Tabela 1).

Tabela 1. Najpogostejše težave na socialnem področju v obporodnem obdobju.

Težave na socialnem področju v obporodnem obdobju

- neugodne socialno ekonomske razmere
- nezaposlenosti v družini in materialno pomanjkanje
- izključenost iz družinske in sorodstvene mreže pomoči
- izključenost iz formalnih socialnih mrež
- dolgotrajna materialna prikrajšanost skozi več generacij
- osebna izolacija brez iskanja pomoči
- pomanjkanje socialnih stikov v ožjem in širšem življenjskem okolju
- neodzivnost okolja za posebne potrebe v obdobju nosečnosti in po porodu

S sodelovanjem zdravstvenih in socialnih delavcev na ginekološko-porodniških oddelkih odpremo možnosti za celostno obravnavo težav v obporodnem obdobju. V skupnem dialogu in ob povezovanju različnih strokovnih služb v bolnišnici in po potrebi tudi zunaj nje socialne delavke skupaj z nosečnico soustvarjamo sprejemljive rešitve, na primer posredujemo informacije o starševskem varstvu in družinskih prejemkih, o pomoči ob rojstvu otroka, o pravici do otroškega dodatka, brezplačni pravni pomoči ter nudimo oporo pri iskanju pomoči in rešitev, ko ženska doživlja nasilje, predvsem pri urejanju psihološke podpore za žrtve nasilja in namestitve zanj in za otroka po odpustu iz porodnišnice (Tabela 2).

Tabela 2. Najpogostejše intervence socialnih delavk v porodnišnici.

Intervence socialnih delavk v porodnišnici	
-	informiranje o starševskem varstvu in družinskih prejemkih
-	informiranje o pomoči ob rojstvu otroka, o pravici do otroškega dodatka, brezplačni pravni pomoči
-	opora pri iskanju pomoči in rešitev žrtvam nasilja

Prepoznavanje stisk in napotitve

Nosečnice v Sloveniji uporabljajo materinsko knjižico, v njej so zdravstveni podatki o nosečnici in plodu. Vsebuje tudi kratek presejalni test o psihičnem in socialnem počutju ter telefonsko številko, kamor lahko pokličejo in spregovorijo o svoji stiski. Na ta način je več možnosti, da začnejo težave reševati čim prej in jih ne odlagajo do poroda in na čas po njem.

Zdravstveni delavci, ki spremljajo žensko v obporodnem obdobju, so jo ob izraženi psihični stiski pripravljene napotiti v druge ustrezne službe. Socialna delavka ponudi razbremenilni pogovor. Ta vsebuje elemente aktivnega poslušanja problemske situacije, nudenja opore in pomoči. Skupaj z žensko išče razpoložljive in zanj sprejemljive vire pomoči ter sledi njenim potrebam, stališčem in željam glede na situacijo »tukaj in zdaj«. Če v bolnišnici obstaja možnost vzpostavljanja in vzdrževanja osebne opore v celotnem obdobju nosečnosti, to pripomore k boljši celostni oskrbi in ugodno vpliva na počutje ženske.

Če ženska ne želi po pomoč v lokalno zdravstveno ali socialno službo, je pomembno, da jo dobi v bolnišnici. Tako dobi priložnost za vzpostavljanje podporne socialne mreže po odhodu iz bolnišnice, torej priložnost za sodelovanje med strokovnimi službami – patronažno službo, ginekologom, socialnimi službami, ženskimi sve-

tovalnicami, materinskim domom, varno hišo. »Socialno delo promovira družbene spremembe, reševanje problemov v medčloveških odnosih, socialno krepitev in osvoboditev ljudi, da bi omogočilo njihovo dobrobit. Pri tem socialno delo uporablja teorije o človekovem ravnanju in socialnih sistemih. Socialno delo intervenira na točki interakcije ljudi in okolja. Načela človekovih pravic in socialna pravičnost so temeljna za socialno delo« (5).

Odklanjanje zdravstvenih in socialnih storitev

Nosečnica včasih odklanja nujne zdravstvene in socialne storitve, čeprav so ji na razpolago. V tem primeru socialne delavke sodelujemo pri spodbujanju sprejemanja pomoči, poskušamo ugotoviti razloge za odklonilen odnos in omogočiti izvajanje zdravstvene, socialne, psihološke ali psihiatrične pomoči. Razlogi za odklanjanje pomoči so lahko slabe izkušnje s strokovnimi službami v preteklosti, pomanjkanje informacij o vrsti pomoči, nezaupanje v institucionalno pomoč in drugi. Ženske, ki ne prihajajo na ginekološke preglede v nosečnosti, pogosteje prezgodaj rodijo in imajo bolj obremenilne življenjske okoliščine (9).

Potreba po zaupnosti

Omogočiti moramo zasebnost razgovorov, kjer bo ženska brez zunanjih pritiskov spregovorila o svojih stiskah in težavah ter se odločila o življenjsko pomembnih zadevah, na primer o oddaji otroka v posvojitev, ko se za vedno odpove starševskim pravicam in dolžnostim.

Potreba po ohranjanju skrivnosti je pri razgovorih intimne narave zelo velika, še posebno v obdobju, ko se začne razmišljati o različnih možnostih in odločitvah, ki bodo usodno vplivale na njeno in otrokovo življenje. Ženska, ki se odloča o oddaji otroka v posvojitev, ne želi čustveno prikrajšati otroka. Želi mu, da bi bil v novi družini sprejet, ljubljen in zaželen, ker v svojem življenju zanj ne vidi dobrih možnosti. Če pričakujemo, da bosta otrokova starša v bližnji prihodnosti uspela urediti svoje življenjske razmere, ima prednost rejništvo, ki je oblika začasne pomoči otroku.

Psihosocialno svetovalno delo

»Vsaka ženska, ki postaja mati, potrebuje druge odrasle ljudi, ki ji stojijo ob strani na tem potovanju, potrebuje partnerja in/ali druge naklonjene in ljubeče osebe« (14).

V naši službi se večinoma srečujemo s tistimi, pri katerih so bile duševne motnje prepoznane že v nosečnosti ali pred njo, imajo nižji socialno-ekonomski status in nimajo podpore partnerja ali družine.

K stiski matere (in partnerja) zaradi nenačrtovane nosečnosti pristopimo s psiho-socialnim svetovalnim delom. Tudi po odhodu iz porodnišnice ji(ma) omogočimo dostop do informacij in pomoči. Socialne stiske, ki so bile prisotne že v nosečnosti, se po porodu namreč nadaljujejo in stopnjujejo, ker je potrebno poskrbeti tudi za otroka.

Vrste socialne pomoči, ki jih potrebujejo ženske v obporodnem obdobju, so pomoč pri urejanju očetovstva, pogovor in pomoč pri uveljavljanju pravic iz socialnega varstva in družinskih prejemkov, pomoč z oblačili za novorojenčka, urejanje namestitve v materinski dom, varno hišo, namestitev otroka v drugo družino (skrbništvo z namenom posvojitve ali rejništva), sodelovanje s pristojnimi Centri za socialno delo, nevladnimi organizacijami, azilnimi in zdravstvenimi domovi.

Tabela 3. Področja, kjer ženske v obporodnem obdobju najbolj potrebujejo socialno pomoč.

Področja, kjer ženske v obporodnem obdobju najbolj potrebujejo socialno pomoč

- urejanje očetovstva
- uveljavljanje pravic iz socialnega varstva in družinskih prejemkov
- oblačila za novorojenčka
- namestitev v materinski dom, varno hišo
- namestitev otroka v drugo družino
- sodelovanje s pristojnimi CSD, nevladnimi organizacijami, azilnimi in zdravstvenimi domovi

Zaradi slabih socialnih okoliščin, neurejenega zdravstvenega zavarovanja ali nepripravljenosti na otroka najprej prisluhnemo njeni pripovedi o tem, kako se je na nosečnost in porod pripravljala, kakšne načrte za svojo prihodnost je že sama naredila. Aktivno sodelujemo pri iskanju rešitev ter urejanju namestitve z otrokom po odhodu iz porodnišnice. Nudimo oporo, še posebno v primerih, ko partner ni zanesljiva oseba (zloraba, odklanjanje materialne skrbi), kadar nima podpore svoje družine ali podporne socialne mreže ter se z otrokom iz porodnišnice nima kam namestiti. Denarna socialna pomoč pogosto ne zadošča za pokrivanje življenjskih stroškov, pa tudi nastanitev v materinskem domu ni vedno ustrezna rešitev, predvsem pri težavah, povezanih s posledicami odvisnosti od prepovedanih drog.

Nasilje v družini

3. člen Zakona o preprečevanju nasilja v družini (UL RS 16/2008) v drugem odstavku navaja (6): »Nasilje je vsaka uporaba fizičnega, spolnega, psihičnega ali ekonomskega nasilja enega družinskega člana (povzročitelj) proti drugemu družinskemu članu (žrtev) oziroma zanemarjanje ali zalezovanje žrtve ne glede na starost, spol ali katerokoli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročitelja nasilja, in telesno kaznovanje otrok.« Pri ženskah, ki so žrtve nasilja, opravimo razbremenilni pogovor, med katerim smo pozorni na znake nasilja. Ocenimo trenutno ogroženost, po potrebi pomagamo pri vključitvi v zdravstveno oskrbo in pri dostopu do urgentne kontracepcije. Na policijo prijavimo storilca in poškodbe, ki jih je povzročil. Skupaj z žensko iščemo vire pomoči. Sledimo njenim potrebam, stališčem in željam ter ji nudimo oporo. V dogovoru z njo se povežemo s svetovalnicami za žrtve nasilja, vzpostavimo stik s pristojno patronažno službo, z ginekologom, s svetovalci pristojnega Centra za socialno delo, z ženskimi svetovalnicami, materinskimi domovi, varnimi hišami. Viri pomoči so lahko tudi njena družina in prijatelji. Spodbujanje k pravočasnemu sprejemanju pomoči je izrednega pomena, saj zgodnja pomoč pomeni več socialne varnosti za mamo in za otroka. Vedno jo povabimo, da ob težavah pride nazaj. »Stik z zdravstveno službo je pogosto prva in lahko tudi edina priložnost, ki jo ima žrtev« (7).

Zdravstvene posledice nasilja nad ženskami v času nosečnosti

Vztrajanje v nasilnem odnosu v obporodnem obdobju ima neugodne posledice tako za žensko kot za otroka. »Življenje ženske, ki doživlja nasilje s strani svojega partnerja, je prepleteno z življenjem povzročitelja nasilja, kar pomembno zmanjšuje občutek varnosti in zaščitenosti ter možnosti zapustiti odnos, v katerem je prisotno nasilje. Nasilje med nosečnostjo pomembno zmanjšuje možnosti za zdrav način življenja, ki prispeva k varnemu materinstvu in prinaša številne negativne posledice tako za mamo kot za otroka. Ženske, ki živijo v nasilnih odnosih, noseče ali ne, kadijo ter uporabljajo droge in alkohol pogosteje kot ženske, ki nasilja ne doživljajo, na prvi ginekološki pregled v nosečnosti pridejo pozneje, po 20. tednu, imajo več zdravstvenih težav, vključno z duševnimi motnjami, več umetnih in spontanih splavov, njihovi novorojenčki se pogosteje rodijo prezgodaj in imajo nižjo porodno težo.

Tabela 4. Posledice vztrajanja v nasilnem odnosu v obporodnem obdobju.

Posledice vztrajanja v nasilnem odnosu v obporodnem obdobju

- poznejši vstop v predporodno zdravstveno varstvo
- nezdrav življenjski slog
- zdravstvene težave
- duševne motnje
- splav, spontani splav
- prezgodnji porod
- nizka porodna teža novorojenčka

»Doživljanje nasilja med nosečnostjo je pomembno povezano z depresijo med nosečnostjo in hudo poporodno depresijo. Huda zloraba povečuje tveganje za depresijo in anksioznost v življenju žrtve. Za ženske z depresijo je značilno, da obstaja šest- do sedemkrat večja možnost, da so doživele hudo zlorabo s strani partnerja, kot za ženske, ki nimajo depresije. Ko torej obravnavamo žensko s simptomi, ki kažejo na depresijo, moramo biti posebej pozorni na veliko možnost, da doživlja nasilje s strani svojega partnerja. Zato moramo imeti na razpolago tudi primerne terapevtske in preventivne pristope, s katerimi lahko preprečimo življenjsko ogrožajoče situacije« (8).

Oddaja otroka v posvojitev

Na Ginekološki kliniki se socialne delavke vključimo v proces pomoči pri ženski, ki razmišlja, da bi svojega otroka po rojstvu oddala v posvojitev, običajno v zadnjem trimesečju nosečnosti ali po porodu. To so večinoma nenačrtovane in neželene nosečnosti. Skupna značilnost teh je skrivnostnost. Zaradi tega se izogibajo ginekoloških ordinacij. Svojo nosečnost skrivajo pred bližnjo in širšo okolico, tudi pred starši, partnerjem, otroki, sodelavci. Ne vključijo se v sistem družinskih, sosedskih in prijateljskih mrež pomoči, pogosto niti v institucionalne mreže. Ovirane so pri iskanju pomoči in vzpostavljanju socialnih stikov. Pogosto živijo v osami ter v pomanjkanju, materialnem in nematerialnem, v pomanjkanju tistega, kar je razumno pričakovati, da človeku in družini pripada: zaposlitev, zdravstveno zavarovanje, stanovanje, spoštljiv in zaupanja vreden partnerski odnos. Ob tem same doživljajo zelo hudo stisko in obremenitev. Strokovne delavke jim pomagamo pri reševanju problemov in stisk. Z njimi ustvarimo socialno-delovni odnos, ki zagotavlja odprt prostor za pogovor, soustvarjanje sprememb, soustvarjanje pomoči in zelenih izidov. Vedno sledimo izbiri ženske, nikoli ne delujemo brez njenega soglasja.

Ženska, ki se odloča o oddaji otroka v posvojitev, mora biti seznanjena z vsemi

obstoječimi možnostmi, kot sta na primer namestitve v materinskem domu ali začasno rejništvo za otroka. Ponudimo in omogočimo ji čas za premislek in dokončno odločitev. Svojo voljo ima možnost izraziti v porodnišnici ali v času ugotovitvenih postopkov, ki jih takoj po porodu prične izvajati Center za socialno delo. Če po porodu ne želi živeti z otrokom, je potrebno to željo upoštevati.

Oddaja v posvojitev običajno poteka na krajevno pristojnem Centru za socialno delo. Zaradi varovanja osebnih podatkov lahko ženska zaprosi Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, da se ji določi drug Center, kjer bo urejala posvojitev.

Večjo ranljivost in revščino žensk, ki so oddale otroka v posvojitev, potrjuje Analiza opravljenih posvojitvev na Ginekološki kliniki v Ljubljani med letoma 2005 in 2010.

Potrebe žensk, ki jih obstoječe storitve pomanjkljivo naslavlja

»Težave v duševnem zdravju so pri ženskah tesno povezane z značilno socialno vlogo ženske današnjega dne. Na pojav psihičnih kriz ženske neizogibno vplivajo tudi drugi, bolj ali manj prikriti dejavniki, ki niso več zasebni in moralni, temveč družbeni, in ki ostajajo tesno povezani z androcentrizmom« (10).

Največja težava je namestitev po porodu za ženske z odvisnostjo in drugimi duševnimi motnjami. Z otrokom nimajo kam iti, če nimajo podpore partnerja ali družine. Materinski domovi zanje niso primerni, ker ne zagotavljajo 24-urne prisotnosti strokovne delavke, katero bi te uporabnice potrebovale. Razvijajo se nove oblike pomoči, ki bi lahko zagotavljale uporabnicam tovrstno pomoč in jih hkrati podpirale in krepile v njihovi starševski vlogi.

Ženske z blažjo obliko depresije, ki imajo podporo družine in partnerja, bi včasih po prihodu iz porodnišnice potrebovale strokovno pomoč nekaj tednov do nekaj mesecev, ko bi strokovna delavka prihajala na dom. Pomoč bi morala biti brezplačna za tiste, ki si je ne morejo privoščiti (11).

Tudi socialne delavke se zavedamo dejstva, da ima način, na katerega starši komuniciramo z otrokom, dolgoročne posledice na kemično ravnovesje v njegovih možganih ter da se povezave med celicami v možganih utrdijo glede na konkretno okolje, v katerem se znajde otrok. Takšna prilagodljivost je za otroka lahko blagodejna, lahko pa tudi škodljiva (13).

Zaključek

»Za mater in otroka je nosečnost čas, ko sta si kot le mogoče blizu, povezana v skustvo, o katerem je le redko govor in je največkrat zanemarjeno« (13).

Temeljna naloga strokovnih služb v obporodnem obdobju je zagotavljanje varnosti ženski in po porodu tudi otroku. Pomoč materi pomeni pomoč otroku. Z vsemi razpoložljivimi viri pomoči, z ljubečo starševsko skrbjo zanjo, lahko materi omogočimo, da prevzame skrb za svojega otroka, vendar spoštujemo tudi drugačne odločitve. Zelo pomembno je pravočasno ugotoviti ali ženska ima kapacitete za starševstvo in tako njenemu otroku omogočiti ustrezno družinsko okolje.

Da bi vse to lahko zagotovili, je nujno sodelovanje vseh služb, ki se v tem obdobju srečujejo s celotno družino. Delovanje multidisciplinarnih in medinstitucionalnih strokovnih timov zagotavlja celovito pomoč vsem vključenim. Težave, v katerih se znajde ženska v tem obdobju, običajno niso nastale čez noč, zato tudi rešitve niso hitre in pot do njih ni vedno lahka, vendar je mogoča. Zato bodimo pri svojem delu potrpežljivi, prisluhnimo ženski in ohranjajmo tak odnos, da lahko 'vedno pride nazaj'. Kot pravi Sunderland: »Če smo pripravljeni delovati v skladu s tem, kar nam znanost razkriva o vzgoji, se lahko potrudimo in ustvarimo bolj blagodejno družbo, ki bo bolj sočutna, ki bo bolj sposobna razmišljati in bo bolj spoštovala različnosti. Morda bo poleg tega družba spoznala, da bodo otroci bolj uspevali, če bo dobro poskrbljeno za starše« (12).

Literatura

1. Kitzinger S. *Me matere*. Ljubljana: Ganeš; 1994.
2. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. IVZ 2011. Dostopno dne 11. 2. 2018 na: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/neenakosti-v-zdravju-v-sloveniji>.
3. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946. Dostopno dne 12. 2. 2018 na: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
4. Ličer Z. Spolno zdravje, reproduktivno zdravje in varno materinstvo. *Socialno delo v zdravstvu* 2012; 51(1–3): 55–64.
5. Čačinovič-Vogrincič G. *Socialno delo z družino*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo; 2006.
6. Zakon o preprečevanju nasilja v družini, Uradni list RS št. 16/08 in št. 68/16. Dostopno dne 15. 2. 2018 na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5084>.
7. Šimenc J, urednik. *Prepoznavna in obravnavna žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*. Zdravniška zbornica Slovenije; 2015.
8. Veselič Š. Nasilje intimnega partnerja v obdobju nosečnosti in zgodnjega starševstva. V: Urška KH, urednik. *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo - Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja; 2009 Oct 9; Ljubljana, Slovenija*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010. Dostopno dne 11. 2. 2018 na: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/2055-Zbornik_Oporodno_obdobje_SDDZ.pdf.
9. Dreu L. *Dobra praksa socialnega dela na področju posvojitev*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo; 2011 (neobjavljeno, raziskovalna naloga v okviru diferencialnega programa univerzitetnega študija).
10. Podgornik N. *Kriva je Eva; Androcentrična konstrukcija stvarnosti in manifestiranje psihičnih kriz žensk*. Ljubljana: Vega; 2012.
11. Ličina M. *Poporodne duševne motnje*. Ljubljana: Littera Picta; 2011.
12. Sunderland M. *Znanost o vzgoji. Didakta*; 2009.
13. Kitzinger S. *Rojstvo*. Centralni zavod za napredek gospodinjstva; 1988.
14. Drglin Z. *Zima v srcu. Ko se materinstvu pridružita depresija in tesnoba, radost pa odide*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009. Dostopno dne 11. 2. 2018 na: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zima-v-srcu-ko-se-materinstvu-pridruzita-depresija-in-tesnoba-radost-pa-odide>.

Anksiozne motnje, posttravmatska stresna motnja in obsesivno kompulzivna motnja v obporodnem obdobju

Petra Jelenko Roth

Uvod

Anksiozne motnje so skupina duševnih motenj z najvišjo življenjsko prevalenco (delež oseb, ki so enkrat v svojem življenju imele določeno motnjo), ki v državah Evropske unije znaša 14,5 % (1). V to skupino sodijo fobije, panična motnja, generalizirana anksiozna motnja. V najnovejši različici ameriške klasifikacije duševnih motenj (angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM–5) posttravmatska stresna motnja in obsesivno kompulzivna motnja nista več uvrščeni med anksiozne motnje. V prispevku sta obravnavani skupaj z njimi zaradi številnih pomembnih skupnih značilnosti. Vsem anksioznim motnjam je skupna subjektivna izkušnja tesnobe ali strahu, fiziološki odziv, nemalokrat tudi izogibajoče vedenje. Potek je kroničen, izraženost simptomov se lahko spreminja, s starostjo prevalenca upada (2). Pogosto ostajajo neprepoznane in nezdravljene, so breme za posameznika, njegovo družino in družbo. Pri ženskah so dvakrat pogostejše kot pri moških, predvsem generalizirana anksiozna motnja, panična motnja in specifične fobije (3). V obporodnem (perinatalnem) obdobju, ki traja od začetka nosečnosti do konca prvega leta po porodu, so hormonska nihanja izrazita. V nosečnosti eksponentno narasteta koncentracija estrogena in progesterona, po porodu se v nekaj urah znižata na prejšnjo raven. Občutljivost centralnega živčevja določa, kako bodo ta nihanja vplivala na razpoloženje in anksioznost. Anksiozne motnje si v tem obdobju zaslužijo klinično pozornost zaradi visoke prevalence in povezave s spontanim splavom, preeklampsijo, prezgodnjim porodom, nizko porodno težo novorojenčka ter poporodno depresijo pri materi. Vplivajo na vedenje in kapacitete matere za uglaševanje in navezovanje ter na ta način na telesni in duševni razvoj otroka. V obporodnem obdobju so lahko nadaljevanje že obstoječe motnje, ali pa se pojavijo na novo. Pogosta je komorbidna depresivna motnja. Po porodu so anksiozne motnje pogostejše od depresije. Uspešno jih zdravimo z zdravili in psihološkimi terapijami.

Razširjenost

Skoraj 30 % splošne populacije v nekem obdobju svojega življenja doživi anksiozno motnjo, poleg tega še skoraj polovica oseb z depresijo izpolnjuje kriterije za najmanj eno anksiozno motnjo (4). Najvišjo življenjsko prevalenco imajo specifične fobije (15,6 %), sledijo socialna fobija (10,7 %), posttravmatska stresna motnja (5,7 %), generalizirana anksiozna motnja (4,3 %), panična motnja z ali brez agorafobije (3,8 %) ter agorafobija z ali brez panične motnje (2,5 %) (5).

Ženske bodo dobile diagnozo anksiozne motnje 1,5- do 2-krat bolj verjetno kot moški. Na razlike med spoloma in potek anksioznih motenj v življenju ženske vpliva preplet genetskih, nevrobioloških in psihosocialnih dejavnikov (spolna zloraba v otroštvu in

kronični stresorji) (2), njihov način spoprijemanja (zaskrbljenost) in (ruminativni) kognitivni stil (6). Ženske so različno občutljive na ciklična nihanja spolnih hormonov. Z njimi povezane anksiozne motnje se razvijejo le pri najbolj občutljivih. Koncentracije perifernih spolnih hormonov pri ženskah z razpoloženskimi in anksioznimi motnjami in pri tistih, ki teh motenj nimajo, so namreč enake (7).

V obporodnem obdobju se lahko pojavi katerakoli anksiozna motnja prvič, ali pa kot nadaljevanje oziroma relaps obstoječe. Prevalenca anksioznih motenj v nosečnosti je med 13 in 25 % in je povezana s številom dejavnikov tveganja, kot so nenačrtovana nosečnost, nižja stopnja prilagojenosti na širše kulturno okolje, nižji dohodki, pesimizem in napetosti v partnerstvu. Prevalenca po porodu znaša med 11 in 17 %. Dejavniki tveganja za anksioznost po porodu so depresija in/ali anksioznost v nosečnosti, nižja starost matere, višja stopnja izobrazbe in zaposlenost. V času poroda so dejavniki tveganja carski rez, tokofobija, strah pred smrtjo med porodom, prezgodnji porod (8). Najpogostejše so generalizirana anksiozna motnja, panična motnja in različne fobije, zadnji dve lahko prvič izbruhneta v nosečnosti ali po porodu. Prevalenca simptomov anksioznosti v prvem trimesečju nosečnosti znaša okoli 18 %, v drugem 19 % in v tretjem skoraj 25 %; od 1. do 24. tedna po porodu pa 15 % (9). Po porodu naj bi bili simptomi anksioznosti bolj pogosti od simptomov depresije (10, 11).

Vsebine, s katerimi se ženske z anksioznostjo v nosečnosti največ ukvarjajo, so strah pred izgubo ploda in pred nepravilnostmi pri plodu, predvsem tiste, ki so ga že izgubile ali so imele težave z zanositvijo. Po porodu prevladuje strah pred nenadno smrtjo otroka v posteljici in pred kritiko materinskih spretnosti, zadnje lahko kaže na moten odnos z otrokom (12).

Anksiozna motnja v nosečnosti je napovednik poporodne depresije, ne glede na prisotnost depresivnih simptomov v nosečnosti (13, 14). Napovedni dejavnik za depresijo po porodu so tudi simptomi anksioznosti, ki ne izpolnjujejo kriterijev za diagnozo anksiozne motnje (15).

Vpliv materine anksiozne motnje na plod in otroka

Prisotnost anksiozne motnje v zgodnji nosečnosti je neodvisni napovednik vedenjskih in čustvenih težav otroka (16), saj je eden izmed pomembnih epigenetskih dejavnikov (spreminjanje izražanja genov, npr. z metilacijo, brez spreminjanja genetskih sekvenc) pri urejanju zarodkovega genetskega materiala (fetalno programiranje). Anksioznost pri nosečnici je lahko pomemben dejavnik za povišano koncentracijo kortizola, izločanje citokinov, ki spodbujajo vnetje, za porodne zaplete in carski rez. V prvem trimesečju

nosečnosti je povezana s povečano verjetnostjo za mešano ročnost otroka, ne glede na spol (17). Njeno prisotnost v nosečnosti povezujejo z neželenimi izidi kot so spontani splav, prenizka teža za gestacijsko starost, prezgodnji porod ter manj inzulinu podobnega ravnega faktorja v popkovnični krvi, manj otrok je izključno dojenih in težje se potolažijo po odvzemu krvi iz pete (18, 19). Otroci mater z močno izraženo anksioznostjo v nosečnosti imajo dvakrat večje tveganje za hiperkinetično motnjo (angl. Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) (20, 21).

Patofiziologijo vplivov materine anksioznosti na razvoj ploda še raziskujejo, hipotez je več. Kot epigenetski dejavnik vpliva na izražanje dednega materiala. Zaradi sprememb v osi hipotalamus-hipofiza-nadledvična žleza in posledičnega povečanega izločanja kortizola in drugih hormonov stresnega odziva, se poveča upornost maternične arterije (a.uterina) in tako zmanjšuje pretok krvi v maternici, kar lahko pojasni epidemiološko povezavo med materino anksioznostjo in nizko porodno težo otroka (22) ter vpliv intrauterinega okolja na kasnejša kardiovaskularna obolenja pri otroku (23). Na plod škodljivo vplivajo tudi nekateri načini lajšanja tesnobe, kot so jemanje neustreznih zdravil v nosečnosti in med porodom, kajenje, uživanje alkohola, psihoaktivnih snovi in neakovostne prehrane (24).

Izpostavljenost ploda materinemu stresu (kortizol) vpliva na molekularni in strukturni razvoj njegovih možganov. Spremeni regulacijo stresnega odziva, kar lahko vodi v slabše kognitivne sposobnosti, povečano anksioznost in povečano reaktivnost na stresorje. Za te vplive je najbolj občutljiv limbični sistem, predvsem hipokampus in amigdaloidno jedro (25). Koncentracija kortizola v serumu ploda je veliko nižja od materine, majhne spremembe koncentracije v njenem krvnem obtoku lahko zelo povečajo koncentracijo kortizola pri plodu.

Prehod kortizola skozi placentarno krvno bariero uravnava encim 11 β -hidroksisteroid dehidrogenaza tipa 2 (11 β -HSD2). Nahaja se v sinciotrofoblastih placente že vsaj od 3. tedna nosečnosti. Oksidira bioaktivni kortizol v neaktivni kortizon in tako ščiti plod pred prehajanjem povečanih koncentracij kortizola iz krvi nosečnice (26). Pri dolgotrajni izpostavljenosti povišanim koncentracijam kortizola se delovanje encima 11 β -HSD2 upočasni in placentarna bariera postane bolj prepustna zanj (27, 28).

Anksioznost v nosečnosti vpliva tako na fiziološki kot na duševni razvoj otroka. V prvih dveh letih je lahko zmanjšana aktivnost n. vagusa in imunskega sistema, kasneje v otroštvu pa pogosteje zbolijo in imajo manj sive možganovine. Na področju otrokove duševnosti so posledice lahko več negativnega čustvovanja, zelo majhni otroci pa dosežajo nižje rezultate na razvojnih testih in so nagnjeni k internalizaciji težav. V otroštvu se lahko razvijejo anksiozne motnje, koncentracija kortizola je lahko povišana, v ado-

lescenci pa so lahko prisotna internalizirajoča vedenja (široka paleta vedenj, pri katerih so čustva usmerjena navznoter) (18, 19).

Poporodna anksioznost vpliva na kapaciteto za uglaševanje in navezovanje z otrokom in je pomemben dejavnik tveganja za neželene izide pri otrocih, tako telesne kot psihološke. Otroci pogosteje občutijo stisko ob stiku z novostmi (29), v 11. mesecu starosti lahko odklanjajo hrano, materina anksioznost pa ne povzroča kolik pri dojenčku (30). Anksiozna motnja pri obeh starših v prvem letu po porodu je povezana s kasnejšo ponavljajočo se abdominalno bolečino pri otroku (31). Materina anksioznost po porodu je povezana s čustvenimi težavami pri sinovih in vedenjskimi težavami pri hčerkah v četrtem in šestem letu starosti ter vedenjskimi motnjami pri adolescentih. Povezave med anksioznostjo matere po porodu in hiperkinetično motnjo pri otroku (angl. Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) niso potrdili (16, 21).

Najpogostejše anksiozne motnje v obporodnem obdobju

Generalizirana anksiozna motnja

Gre za stalno in nenadzorovano zaskrbljenost, ki je ovira v vsakdanjem življenju. Srednja starost ob začetku je 30 let (5). Prevalenca pri ženskah (6 %) je večja kot pri moških (3 %). Pri ženskah se pogosteje kaže s telesnimi težavami (utrujenost, mišična napetost, gastrointestinalni simptomi), pogostejše so komorbidne razpoloženske motnje, pri moških pa uporaba psihoaktivnih snovi.

V perinatalnem obdobju se redko pojavi na novo. Ženske z anamnezo generalizirane anksiozne motnje (GAM) bodo v tem obdobju bolj verjetno doživele relaps, tiste s štirimi ali več epizodami imajo veliko tveganje za relaps v nosečnosti (32). Prevalenca GAM v nosečnosti je med 8,5 in 10,5 % in je višja kot v splošni populaciji (1,2 do 6,4 %) (32, 33). Po porodu je prav tako višja kot v splošni populaciji in znaša od 0 do 10,8 % (34, 35, 36). V perinatalnem obdobju je premalo prepoznana in obravnavana, ker jo je takrat težje diagnosticirati, težko je namreč razlikovati normalne skrbi od patoloških. Telesne simptome GAM (utrujenost, razdražljivost, napetost, težave s koncentracijo, nespečnost) lahko zamenjamo za nosečniške težave, predvsem v prvem trimesečju prve nosečnosti (37). Če se simptomi ponavljajo in nosečnici jemljejo veliko časa, če so intruzivni in nekoliko iracionalni, jo lahko zelo ovirajo. Najpogostejše teme perinatalne zaskrbljenosti so dobrobit ploda, dobrobit matere, bolezen partnerja in smrt staršev (34). GAM v nosečnosti je napovedni dejavnik za depresijo še 2 leti po porodu (38).

Panična motnja

Glavna značilnost so nenadni kratki izbruhi hude tesnobe in strahu, ki jih spremlja intenziven stresni telesni odziv 'boj ali beg'. Ves čas je prisotna skrb zaradi ponovnega napada ali njegovih posledic. Pri ženskah je vsaj dvakrat pogostejša kot pri moških (39). Srednja starost ob začetku motnje je 23 let (5), življenjska prevalenca v splošni populaciji znaša 1 do 2 %, v nosečnosti od 0,2 do 5,2 %, v tretjem trimesečju okoli 2,5 % (40). V nosečnosti so najbolj ranljive ženske z osebnostno motnjo iz skupine C, kjer prevladujeta tesnoba in strah (obsesivno-kompulzivna, pasivno-agresivna in odvisna osebnostna motnja). Ob anamnezi katerekoli anksiozne ali razpoloženjske motnje je tveganje za pojav panične motnje v nosečnosti še večje (41).

V celotnem obporodnem obdobju 3 do 11 % žensk s panično motnjo doživi prvi panični napad (42), te imajo večje tveganje za relaps v naslednjih nosečnostih (43). Pri večini se izraženost simptomov že obstoječe panične motnje v nosečnosti ne spremeni. Tiste s težjim potekom, ki med nosečnostjo ne prejemajo preprečevalnega zdravljenja, imajo veliko tveganje za relaps po porodu (44). Pri polovici sočasno poteka še depresivna epizoda, ali pa posamezni simptomi depresije (45). Komorbidno depresijo napovedujejo anksioznost ali depresija v anamnezi in pomanjkanje opore v družini. Panična motnja poveča tveganje za poporodno depresijo (46). Novorojenčki žensk s panično motnjo se lahko rodijo prezgodaj in lahko imajo prenzisko težo za gestacijsko starost (47).

Fobije

Fobije so ponavljajoči se pretirani ali nerazumni psihološki ali vegetativni simptomi anksioznosti ob pričakovani in dejanski izpostavljenosti objektu ali okoliščinam, ki se jih oseba boji, kar vodi k izogibanju. Srednja starost ob začetku motnje je 15–17 let, z izjemo tokofobije (5). Življenjska prevalenca pri ženskah (12–27 %) je okoli dvakrat večja kot pri moških (6–12 %), ženske imajo običajno več fobij pred živalmi in okoljem (42, 48).

Tokofobija je grozljiv strah pred porodom in napovednik poporodne depresije (49). Ženska se lahko izogiba zanositvi, želi predčasno dokončati zaželeno nosečnost ali zahteva carski rez pri naslednjih nosečnostih. Primarna je pri ženskah, ki še niso bile noseče, sekundarna je posledica travmatske porodne izkušnje v prejšnji nosečnosti. Njena prevalenca znaša med 3 in 5 % (50), v metaanalizi leta 2017 so jo ocenili na 14 % in zaznali njeno naraščanje od leta 2000 dalje (51). V raziskavi med slovenskimi nosečnicami (90 % prvih nosečnosti) so ugotovili patološki strah pred porodom pri 1,6 % udeleženk (52). 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 pove-zavo med željo po carskem rezu in tokofobijo. V literaturi je opisan primer uspešnega zdravljenja tokofobije s fluoksetinom (53).

V nosečnosti so lahko prisotne še emetofobija (strah pred bruhanjem), hematofobija (strah pred krvjo) in tripanofobija (strah pred injekcijskimi iglami) (3). Pri socialni fobiji se v določenih družabnih situacijah pojavljajo simptomi anksioznosti, ki osebo popolnoma ohromijo, zato se tem situacijam izogiba. V nosečnosti se izraženost simptomov običajno zmanjša, po porodu se povrne na raven pred nosečnostjo (54). Njena prisotnost v nosečnosti je napovedni dejavnik za depresijo 10 mesecev po porodu (55).

Posttravmatska stresna motnja

Posttravmatska stresna motnja (PTSM) je težja duševna motnja in po novi ameriški kla-sifikaciji duševnih motenj DSM-5 (angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ne sodi več v sklop anksioznih motenj. Gre za odložen ali podaljšan odziv na izreden, grozeč katastrofalen dogodek ali situacijo (kratkotrajno ali dolgotrajno), ki bi pri skoraj vsakomur povzročila pervazivno stisko. Značilno je nehoteno podoživljanje delov dogodka s simptomi povečane avtonomne vzdražnosti, izogibanje in emocionalna otopelost (56). Najpogostejša vzroka zanjo sta telesni in spolni napad (57). PTSM v obporodnem obdobju sprožijo travmatične izkušnje v nosečnosti, med porodom ali dogodki pred zanositvijo. Pogosto jo spremlja depresija (58). Prevalenca po porodu se giblje med 1 in 2 %, v državah z višjimi dohodki ima več žensk podprazne simptome (59), v državah s srednjimi in nižjimi dohodki pa jih več izpolnjuje kriterije za diagnozo (5,9 % v Nigeriji) (60).

Najmočnejši napovedniki PTSM v obporodnem obdobju so subjektivna stiska med poro-dom in porodniško urgentno stanje, srednje hudi zapleti pri novorojenčku ter anksioznost ali depresija v nosečnosti, nizka stopnja opore med porodom, predhodna psihološka trav-ma, travmatski porod in spolna zloraba. Psihosocialni dejavniki tveganja za PTSM so število porodov, nenačrtovana nosečnost in nizek socialno-ekonomski status, dejavniki tveganja v času poroda pa trajanje poroda, epiziotomija in raztrganine presredka (61). Francoska raziskava PTSM po porodu (62) je pokazala, da ta leto dni po vaginalnem porodu v populaciji z manjšim tveganjem ni redka. Vse kriterije za diagnozo je izpolnjevala vsaka 40. ženska, vsaka 20. pa skoraj vse. Pomembna dejavnika tveganja sta bila predhodni splav in anemija po porodu. Prevalenca je bila višja pri ženskah, ki so 2. dan po porodu poročale o zelo neprijetnih spominih nanj. S preprostim presejalnim vprašanjem: »Kakšni so danes vaši spomini na porod?« so identificirali ženske z največjim tveganjem za PTSM že drugi dan po porodu. Ženskam koristi, da spregovorijo o porodu,

še posebno, če je bil travmatski. Zaenkrat pa ni dokazov, da bi bile visoko strukturirane intervence t.i. 'debriefinga' učinkovite (63). Otroci mater s PTSM imajo povečano tveganje za težave pri regulaciji čustev (64).

Zdravljenje anksioznih motenj

Anksiozne motnje uspešno zdravimo z zdravili in psihoterapijo. V nekaterih državah Evropske unije (Belgija, Francija, Nemčija, Italija, Nizozemska, Španija) pride po pomoč v zdravstveni sistem le petina oseb z anksiozno motnjo, petina le-teh zdravljenja ne prejme. Tretjina se zdravi samo z zdravili, petina s psihološkimi pristopi in četrtnina z obojim (1). Od začetka motnje do diagnoze in zdravljenja lahko preteče tudi 10 let (5).

Pomoč poiščejo osebe, ki jih tesnoba močno ovira v vsakdanjem življenju ali zaradi nje prihaja do zapletov, kar je običajno zadosten vir motivacije za obravnavo. Enako velja za perinatalno obdobje, kjer bi pričakovali, da bo motiviranost še večja zaradi materinega zavedanja vpliva nezdravljene anksioznosti na še nerojenega otroka. Ne zgodi pa se tako redko, da nosečnica obravnavo odklanja. Najpogostejši vzroki so nepoznavanje motnje, pripisovanje simptomov anksioznosti nosečnosti ali prilagajanju na novo vlogo, strah pred jemanjem zdravil in posledicami ter stigma zaradi psihiatrične diagnoze in zdravljenja (65). Pomembno je, da ji prisluhnemo, podamo jasne in razumljive informacije ter skupaj najdemo sprejemljive oblike pomoči. Pri tem nam pomagajo večšine motivacijskega intervjuja (več o motivacijskem intervjuju v poglavju o kajenju in uživanju alkohola v nosečnosti).

Anksiozne motnje v nosečnosti je namreč zaradi neugodnega vpliva na plod (glej 2. poglavje prispevka) in tveganja za poporodno depresijo potrebno zdraviti. Pri blago do zmerno izraženi motnji običajno zadošča psihoterapija. Največ dokazov o učinkovitosti je za kognitivno vedenjsko terapijo, ki je kratkotrajna, učinkovita in v simptome usmerjena psihoterapija, pri kateri ženska prepozna vzorec svojega nefunkcionalnega razmišljanja, najde sprožilce simptomov anksioznosti in spremeni nefunkcionalna vedenja (66). Nekaterim pomagajo druge vrste psihoterapije, meditacija, tehnike sproščanja, dihalne vaje, telesna vadba.

Zdravljenje z zdravili je praviloma potrebno pri zmerno in močno izraženih anksioznih motnjah, kjer je tesnoba pomembna ovira in znižuje kakovost življenja. Antidepresivi so učinkovita in dovolj varna zdravila za dolgotrajno zdravljenje anksioznosti, nekateri tudi v obporodnem obdobju. Zdravila prvega izbora so antidepresivi iz skupine zaviralcev ponovnega privzema serotonina (SSRI), izogibamo se paroksetina zaradi nevarnosti prirojenih srčnih napak. Varni in učinkoviti so tudi nekateri antidepresivi iz skupine za-

viralcev ponovnega privzema serotonina in noradrenalina (SNRI). Če je ženska jemala antidepresiv iz skupine SNRI že pred nosečnostjo, naj z njim nadaljuje. Benzodiazepini in hipnotiki so v perinatalnem obdobju primerni le za kratkotrajno zdravljenje (34, 67). Če so bili pred zanositvijo terapija 'po potrebi', jih postopoma nadomestimo s katero od sprostitvenih tehnik, kognitivno vedenjsko terapijo, prilagoditvijo odmerka antidepresiva ali dodatkom katerega od varnih antipsihotikov.

Obsesivno kompulzivna motnja v obporodnem obdobju

Razširjenost, klinična slika in posledice za plod

Obsesivno kompulzivna motnja (OKM) je izredno heterogena motnja z obsesijami v obliki ponavljajočih se neprijetnih vsiljivih misli, podob, impulzov, ki povzročajo hudo tesnobo. Oseba lahko to tesnobo lajša s kompulzijami, ki so vedenja ali dejanja, katera prepozna kot svoja lastna, a nesmiselna in se ne more upreti potrebi po njihovem ponavljanju. Običajno ima kroničen potek, prevalenca v splošni populaciji je okoli 1 % (68, 69), življenjska prevalenca znaša 2,3 % (5).

Prevalenca v nosečnosti znaša okoli 2 %, v prvem letu po porodu okoli 2,5 % (68). Po podatkih drugih avtorjev prevalenca v celotnem obporodnem obdobju znaša med 4 in 9 % (70). Ženske v obporodnem obdobju imajo torej v primerjavi z ostalimi življenjskimi obdobji večje tveganje za OKM. Takrat bodo bolj verjetno doživele začetek ali relaps OKM kot splošna populacija.

Nosečnost in porod sta povezana s poslabšanjem OKM ali njenim začetkom. Na to kaže podatek, da se je pri približno tretjini žensk z OKM ta začela v perinatalnem obdobju – pri slabi polovici v nosečnosti, pri polovici po porodu in pri malo več kot 1 % po spontanem splavu. V nosečnosti se lahko simptomi že obstoječe OKM poslabšajo pri dobri tretjini žensk, izboljšajo pri dobri petini, pri ostalih pa ni sprememb. V raziskavah so ugotavljali, da so se pri večini žensk z začetkom OKM v nosečnosti oziroma perinatalnim poslabšanjem, poslabšanja simptomov dogajala že pred menstruacijo, zato sklepajo, da je v to dogajanje vpleten tudi hormonski mehanizem (70, 71).

V nosečnosti so najpogostejše obsesije kontaminacije in simetrije/natančnosti ter kompulzije umivanja, čiščenja in preverjanja. Po porodu je največ ego-distoničnih obsesij o poškodovanju otroka, ki jih spremljajo izogibajoče vedenje in/ali kompulzije preverjanja (72). Misli o poškodovanju otroka se ženska ustraši. Njeno stisko poveča prepričanje, da dobra in skrbna mama takšnih misli ne bi smela imeti. Vendar pri OKM ni želje po

uresničenju teh misli in nevarnosti za otroka ni. Prisotni so strah, sram in občutki krivde, zato o tem redko spregovorijo same. Obvezno je treba izključiti duševne motnje, pri katerih bi te ideje lahko bile ogrožajoče za otroka (poporodna psihoza).

Tako kot novorojenčki žensk z anksioznimi motnjami, imajo lahko tudi novorojenčki žensk z OKM nižjo porodno težo. V popkovnični krvi so našli povišane vrednosti faktorja nekroze tumorja alfa (TNF- α), provnetnega citokina, ki lahko spodbuja vnetne procese v možganih fetusa in tako vpliva na njegov razvoj (73). Posamezni simptomi OKM pogosto spremljajo katerokoli duševno motnjo. Pri okoli polovici žensk s poporodno depresijo se pojavljajo obsesivne misli agresivnih vsebin, ki so usmerjene na otroka (74).

Priporočila za zdravljenje OKM v obporodnem obdobju

Če je OKM blago do zmerno izražena, je ustrezna oblika zdravljenja kognitivno vedenjska terapija. Če je močno izražena, obsesije in kompulzije vzamejo veliko časa in so velika ovira v vsakodnevem življenju, je priporočljivo zdravljenje z zdravili.

Zdravila prvega izbora za zdravljenje OKM so zaradi dobre prenosljivosti tako kot pri anksioznih motnjah antidepressivi iz razreda SSRI, običajno v višjih odmerkih kot pri depresiji in anksioznih motnjah, tudi do 400 mg sertralina dnevno ali do 50 mg escitaloprama ali 80 mg fluoksetina (75, 76). V primeru neučinkovitosti zdravljenja nekateri dokazi podpirajo dodajanje antipsihotika, drugi pa visoke odmerke SSRI (77).

V nosečnosti ob že prisotni motnji, ki je dobro stabilizirana z zdravili, preverimo njihov vpliv na plod. Za zamenjavo se odločimo glede na tveganja in koristi. Predpišemo najnižji še učinkovit odmerek. Med napredovanjem nosečnosti se zaradi večjega porazdelitvenega volumna in spremenjenega metabolizma učinkovitost zdravil običajno zmanjša. To se pokaže s poslabšanjem simptomatike.

Če se v nosečnosti OKM pojavi prvič in je potrebno zdravljenje z zdravili, najprej predpišemo antidepressiv iz skupine SSRI. Sertralin, escitalopram in citalopram so najboljše izbira pri zdravljenju OKM v nosečnosti (78). Ob delnem ali nobenem odzivu odmerke antidepressiva postopoma povišamo do še sprejemljivega za nosečnost. Če še ni želenega odziva, lahko antidepressiv zamenjamo, ali pa dodamo atipični antipsihotik, prvi izbor naj bi bil risperidon. Zdravilo drugega izbora je fluvoksamin, tretjega fluoksetin in četrtega paroksetin, klomipramin ali venlafaksin.

V prvem trimesečju nosečnosti ni priporočljivo jemanje fluoksetina in paroksetina, prav

tako se ju odsvetuje ženskam, ki bi lahko nenačrtovano zanosile, ker sta povezana s tveganjem za prirojene napake (79). Sicer naj antidepressivi ne bi bili povezani s povečanim tveganjem za prirojene malformacije, statistično pomembna je povezava paroksetina s srčno žilnimi napakami (80). Paroksetin je varen za uporabo ob dojenju.

Zaključek

Kljub temu, da anksiozne motnje uspešno zdravimo z zdravili in psihoterapijo, so pogosto spregledane in nezdravljene, pomoč poišče le petina oseb, ki trpi zaradi njih. Pri ženskah so dvakrat pogostejše kot pri moških, prisotne so v skoraj celotnem rodnem obdobju. Hormonska nihanja vplivajo na pojav in potek motnje v primeru občutljivosti centralnega živčevja nanje. V nosečnosti jih je treba zdraviti, ker preko kroničnega stresnega odziva materinega telesa vplivajo na potek nosečnosti in razvoj ploda, po porodu pa na materino nadaljnje duševno zdravje in na razvoj otroka. V vsakdanji klinični praksi se pri zmerno izraženih motnjah zaradi slabe dostopnosti psihoterapije pogosteje odločamo za zdravljenje z zdravili, a v času nosečnosti in laktacije moramo skrbno pretehtati koristi in tveganja njihove uporabe tako za žensko kot za plod. Številni antidepressivi so dovolj varni, da koristi močno presegajo tveganja njihove uporabe. V Sloveniji nastaja nacionalni presejalni program za nosečnice in ženske po porodu, s katerim bomo lahko prepoznali tiste s tveganjem za duševne motnje, jih vključili v diagnostiko in obravnavo ter morda tako nekoliko prispevali k boljšemu duševnemu zdravju prebivalstva.

Literatura

1. Alonso J, Lepine JP, Committee ESMS. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (suppl 2): 3–9.
2. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci* 2015; 17(3): 327–35.
3. Hantsoo L, Epperson CN. Anxiety Disorders Among Women: A Female Lifespan Approach. *Focus* 2017; 15(2): 162–72. doi: 0.1176/appi.focus.20160042.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *National Comorbidity Survey Replication. JAMA* 2003; 289: 3095–105.
5. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res* 2012; 21(3): 169–84. doi:10.1002/mpr.1359.
6. Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8: 161–87. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109.
7. Schmidt PJ, Nieman LK, Danaceau MA et al. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *N Engl J Med* 1998; 338: 209–16.
8. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behav Dev* 2018; 51: 24–32. doi: 10.1016/j.infbeh.2018.02.005.
9. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 315–23.
10. Wynter K, Rowe H, Fisher J. Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: a community study in Victoria, Australia. *J Affect Disord* 2013; 151: 980–5.
11. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord* 2005; 19: 295–311.
12. Brockington IF, Macdonald E, Wainscott G. Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 253–63.
13. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord* 2003; 74: 139–47.
14. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 289–95.
15. Heron J, O'Connor TG, Evan J. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 2004; 80: 65–73.
16. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 502–8.
17. Glover V, O'Connor TG, Heron J, Golding J. Antenatal maternal anxiety is linked with atypical handedness in the child. *Early Hum Dev* 2004; 79: 107–18.
18. Field T. Prenatal anxiety effects: A review. *Infant Behav Dev* 2017; 49: 120–8. doi: 10.1016/j.infbeh.2017.08.008.

19. Huizink AC, Mulder EJ, Buitelaar JK. Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? *Psychol Bull* 2004; 130: 115–42.
20. O'Connor TG, Heron J, Glover V, ALSPAC Study Team. Antenatal anxiety predicts child behavioural/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1470–7.
21. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Glover V, ALSPAC Study Team. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *J Child Psychol Psychiatry* 2003; 44: 1025–36.
22. Teixeira JM, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort-based study. *BMJ* 1999; 318: 153–7.
23. Barker DJ. The fetal origins of adult disease. *Proc R Soc Lond B Biol Sci* 1995; 262: 37–43.
24. Henshaw C, Cox J, Barton J. Childbearing in women with existing mental disorders. V: Henshaw C, Cox J, Barton J. *Modern management of Perinatal Psychiatric Disorders*. 2nd ed. London: RCPsych Publications; 2017; 93.
25. Miranda A, Sousa N. Maternal hormonal milieu influence on fetal brain development. *Brain Behav* 2018; 8(2): e00920. doi:10.1002/brb3.920.
26. Salvante KG, Milano K, Kliman HJ, Nepomnaschy PA. Placental 11 β -hydroxysteroid dehydrogenase type 2 (11 β -HSD2) expression very early during human pregnancy. *J Dev Orig Health Dis* 2017; 8: 149–54. doi: 10.1017/S2040174416000611.
27. Glover V, Bergman K, Sarkar P, O'Connor TG. Association between maternal and amniotic fluid cortisol is moderated by maternal anxiety. *Psychoneuroendocrinology* 2009; 34: 430–5. doi: 10.1016/j.psyneuen.2008.10.005.
28. Kane HS, Dunkel Schetter K, Glynn LM, Hobel CJ, Sandman CA. Pregnancy Anxiety and Prenatal Cortisol Trajectories. *Biol Psychol* 2014; 100: 13–9. doi: 10.1016/j.biopsycho.2014.04.003.
29. Reck C, Muller M, Tietz A, Mohler E. Infant distress to novelty is associated with maternal anxiety disorder and especially with maternal avoidance behavior. *J Anxiety Disord* 2013; 27: 404–12. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.03.009.
30. Glasheen C, Richardson GA, Fabio A. A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13: 61–74. doi: 10.1007/s00737-009-0109-y.
31. Ramchandani PG, Stein A, Hotopf M, Wiles NJ. Early parental and child predictors of recurrent abdominal pain at school age: results of a large population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45(6): 729–36.
32. Buist A, Gotman N, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder. Course and risk factors in pregnancy. *J Affect Disord* 2011; 131: 277–83. doi: 10.1016/j.jad.2011.01.003.
33. Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, Mapayi BM. Anxiety disorders among Nigerian women in late pregnancy: a controlled study. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 325–8.
34. Misri S, Abizadeh J, Sanders S, Swift E. Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment. *J Womens Health (Larchmt)* 2015; 24: 762–70. doi: 10.1089/jwh.2014.5150.
35. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord* 2005; 19: 295–311.
36. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2014; 75(10): e1153-84. doi: 10.4088/JCP.14r09035.

37. Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Womens Health Issues* 2002; 12: 32–6.
38. Coelho HF, Murray L, Royal-Lawson M, Cooper PJ. Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *J Affect Disord* 2011; 129: 348–53. doi: 10.1016/j.jad.2010.08.002.
39. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8–19.
40. Güler O, Sahin FK, Emul HM, Ozbulut O, Gecici O, Uguz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karatayli S, Askin R. The prevalence of panic disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry* 2008; 49: 154–8. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.08.008.
41. Güler O, Kaya V, Gezginç K, Kayhan F, Çiçek E, Sönmez Ö et al. Pregnancy-Onset Panic Disorder: Incidence, Comorbidity and Associated Factors. *Arch Neuropsychiatr* 2015; 52: 216–220. doi: 10.5152/npa.2015.7565.
42. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1285–98.
43. Dannon PN, Iancu I, Lowengrub K, Grunhaus L, Kotler M. Recurrence of panic disorder during pregnancy: a 7-year naturalistic follow-up study. *Clin Neuropharmacol* 2006; 29: 132–7.
44. Cohen LS, Sichel DA, Faraone SV, Robertson LM, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: a preliminary study. *Biol Psychiatry* 1996; 39: 950–4.
45. Marchesi C, Ampollini P, Paraggio C, Giaracuni G, Ossola P, De Panfilis C et al. Risk factors for panic disorder in pregnancy: a cohort study. *J Affect Disord* 2014; 156: 134–8. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.006.
46. Rambelli C, Montagnani MS, Oppo A, Banti S, Borri C, Cortopassi C, Ramacciotti D, Camilleri V, Mula M, Cassano GB, Mauri M. Panic disorder as a risk factor for post-partum depression: Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PND-ReScU) study. *J Affect Disord* 2010; 122: 139–43.
47. Chen YH, Lin HC, Lee HC. Pregnancy outcomes among women with panic disorder—do panic attacks during pregnancy matter? *J Affect Disord* 2010; 120: 258–62. doi: 10.1016/j.jad.2009.04.025.
48. Stinson FS, Dawson DA, Patricia Chou S, Smith S, Goldstein RB, June Ruan W et al. The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* 2007; 37: 1047–59.
49. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open* 2013; 3(11): e004047. Dostopno dne 2. 12. 2017 na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24293208>.
50. Sydsjö G, Sydsjö A, Gunnervik C, Bladh M, Josefsson A. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 44–9.
51. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017; 96(8): 907–20. doi: 10.1111/aogs.13138.

52. 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: 151–4. doi: 10.1515/jpm-2016-0282.
53. Bhatia MS, Jhanjee A. Tokophobia: A dread of pregnancy. *Ind Psychiatry J.* 2012; 21: 158–9. doi: 10.4103/0972-6748.119649.
54. van Veen JF, Jonker BW, van Vliet IM et al. The effects of female reproductive hormones in generalized social anxiety disorder. *Int J Psychiatry Med* 2009; 39: 283–95.
55. Coelho HF, Murray L, Royal-Lawson M, Cooper PJ. Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *J Affect Disord* 2011; 129(1-3): 348–53. doi: 10.1016/j.jad.2010.08.002.
56. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Dostopno dne 10. 2. 2018 na: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/VII>.
57. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V, 5th edition. American Psychiatric Association 2013.
58. Seng JS, Rauch SA, Resnick H, Reed CD, King A, Low LK et al. Exploring posttraumatic stress disorder symptom profile among pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2010; 31: 176–87. doi: 10.3109/0167482X.2010.486453.
59. Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol* 2004; 47: 552–67.
60. Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG* 2006; 113: 284–8. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.00861.x.
61. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 1261–72. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x.
62. Sentilhes L, Maillard F, Brun S, Madar H, Merlot B, Goffinet F et al. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder development one year after vaginal delivery: a prospective, observational study. *Sci Rep* 2017; 7: 8724. doi: 10.1038/s41598-017-09314-x.
63. Rowan C, Bick D, Bastos MH. Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews Evid Based Nurs* 2007; 4: 97–105.
64. Bosquet Enlow M, Kitts RL, Blood E, Bizarro A, Hofmeister M, Wright RJ. Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant Behav Dev* 2011; 34: 487–503. doi: 10.1016/j.infbeh.2011.07.007.
65. Lim L, Chan HN, Chew PH, Chua SM, Ho C, Kwek SK et al. Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Anxiety Disorders. *Singapore Med J.* 2015 Jun; 56(6): 310–5. doi: 10.11622/smedj.2015088.
66. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 17–31.
67. Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol* 2015; 30(4): 183–92. doi: 10.1097/YIC.0000000000000078.
68. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 377–85.

69. Challacombe FL, Wroe AL. A hidden problem: consequences of the misdiagnosis of perinatal obsessive-compulsive disorder. *Br J Gen Pract* 2013; 63: 275–6. doi: 10.3399/bjgp13X667376.
70. McGuinness M, Blissett J, Jones C. OCD in the perinatal period: is postpartum OCD (ppOCD) a distinct subtype? A review of the literature. *Behav Cogn Psychother* 2011; 39: 285–310. doi: 10.1017/S1352465810000718.
71. Forray A, Focseneanu M, Pittman B, McDougle CJ, Epperson CN. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* 2017; 8: 1061–8. doi: 10.4088/JCP.09m05381blu.
72. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature. *J Anxiety Disord* 2003; 17: 461–78.
73. Uguz F, Onder Sonmez E, Sahingoz M, Gokmen Z, Basaran M, Gezgin K et al. Neuroinflammation in the fetus exposed to maternal obsessive-compulsive disorder during pregnancy: a comparative study on cord blood tumor necrosis factor-alpha levels. *Compr Psychiatry* 2014; 55: 861–5. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.12.018.
74. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *Clin Psychiatry* 1999; 60: 176–80.
75. Ninan PT, Koran LM, Kiev A, Davidson JR, Rasmussen SA, Zajecka JM et al. High-dose sertraline strategy for nonresponders to acute treatment for obsessive-compulsive disorder: a multi-center double-blind trial. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 15–22.
76. Rabinowitz I, Baruch Y, Barak Y. High-dose escitalopram for the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2008; 23: 49–53.
77. Fineberg NA, Reghunandan S, Simpson HB, Phillips KA, Richter MA, Matthews K et al. Accreditation Task Force of The Canadian Institute for Obsessive Compulsive Disorders. Obsessive-compulsive disorder (OCD): Practical strategies for pharmacological and somatic treatment in adults. *Psychiatry Res* 2015; 227: 114–25.
78. Uguz F. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder during pregnancy: a clinical approach. *Rev Bras Psiquiatr* 2015; 37: 334–42.
79. Myles N, Newall H, Ward H, Large M. Systematic meta-analysis of individual selective serotonin reuptake inhibitor medications and congenital malformations. *Aust NZ J Psychiatry* 2013; 47: 1002–12. doi: 10.1177/0004867413492219.
80. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Roerecke M, Rehm J, Dennis CL et al. Antidepressant exposure during pregnancy and congenital malformations: is there an association? A systematic review and meta-analysis of the best evidence. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: e293–308. doi: 10.4088/JCP.12r07966.

Motnje hranjenja v perinatalnem obdobju

Triša Lipovšek, Karin Serbec

Uvod

Motnje hranjenja, ki vključujejo anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo, kompulzivno prenejedanje in druge specifične motnje hranjenja (po klasifikaciji Ameriškega psihiatričnega združenja DSM-5; angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), so v svetu vedno bolj prepoznane in v porastu. Pogosto prizadenejo ženske v rodni dobi in povzročajo ginekološke težave, težave med nosečnostjo in po porodu. Zaradi tega je pomembno, da jih zdravstveni delavci, ki delajo s tovrstno populacijo, znajo prepoznati in ustrezno ukrepati.

Osebe z motnjo hranjenja pogosteje poiščejo pomoč zaradi komorbidnih psihiatričnih motenj, kot so generalizirana anksiozna motnja, obsesivno kompulzivna motnja ali posttravmatska stresna motnja.

Zaradi tega bi bilo smiselno, da so specialisti psihiatri, ki imajo izkušnje iz področja motenj hranjenja, del multidisciplinarnih timov z ginekologi in porodničarji, da bi izboljšali obravnavo žensk z motnjami hranjenja in komorbidnimi duševnimi motnjami v perinatalnem obdobju (1).

Oblike motenj hranjenja (MH)

Anoreksija nervoza (AN)

Anoreksija nervoza je najpogostejša v razvitih državah z visokimi prihodki, kot so ZDA, večina evropskih držav, Avstralija, Nova Zelandija, Japonska. Prevalenca med mladimi ženskami je približno 0,4 %. Manj je znanega o prevalenci med moškimi. Razmerje ženske : moški je približno 10 : 1.

Običajno se začne v adolescenci. Redko se začne pred puberteto ali po 40. letu. Pogosto je pričetek povezan s stresnim dogodkom. Njen potek in izidi so lahko zelo različni. Nekateri popolnoma okreva po eni epizodi, pri drugih ima nihajoč potek z obdobji normalne telesne teže in obdobji relapsa in pri tretjih kroničen, dolgoleten potek.

Diagnostični kriteriji zanjo po DSM-5 so: restrikcija energetskega vnosa hrane, ki se kaže v izrazito nizki telesni teži (indeks telesne teže, ITM < 17,0 kg/m²); prisotnost intenzivnega strahu pred pridobivanjem telesne teže, oz. debelostjo, čeprav imajo ob tem izrazito nizko telesno težo in motnja v percepciji lastne telesne sheme ali pomankanje uvida v resno ogroženost zaradi trenutne izrazito nizke telesne teže.

Nadalje se deli na dva podtipa. Prvi je restriktivni tip, kar pomeni, da v zadnjih treh mesecih pri osebi ni bilo prisotnega kompulzivnega prenažedanja ali purgativnih vedenj, ki vključujejo bruhanje, zlorabo odvajal, diuretikov ali klizem. Ta podtip oseb opisuje izgubljanje teže z dieto, postenjem ali pretiranim gibanjem. Drugi je purgativni tip oz. tip kompulzivnega prenažedanja, ki pomeni, da je bilo pri osebi v zadnjih treh mesecih prisotno kompulzivno prenažedanje ali purgativno vedenje. Kadar je ITM < 15 kg/m² govorimo o ekstremni obliki anoreksije nervoze (2).

Zapleti

Anoreksija nervoza ima številne telesne posledice, ki so povezane s stradanjem. Amenoreja je pogosto prisotna in kaže na fiziološke motnje. Pogosto navajajo bolečine v trebuhu, težave z zaprtjem, intoleranco na mraz, utrujenost ali višek energije. V laboratorijskih izvidih lahko ugotovljamo številna odstopanja. Pogosta je levkopenija, lahko tudi blaga anemija in trombocitopenija. Dehidracija lahko povzroči višje vrednosti sečnine. Pogosta je hiperholesterolemija, povišane vrednosti jetrnih testov, hipomagnezemija, hipofosfatemija in povišana serumska amilaza. Lahko pride do motenj elektrolitov. Ženske imajo nižje vrednosti estrogena, moški testosterona. Pogosta je sinusna bradikardija, hipotenzija, hipotermija in včasih izrazito podaljšan QTc interval. Pogosto je prisotna zmanjšana mineralna gostota kosti z območji osteopenije in osteoporoze, kar pomeni veliko tveganje za zlome. Lahko pride do nastanka perifernih edemov, še posebej med ponovnim pridobivanjem telesne teže (angl. refeeding) ali ob prenehanju zlorabe diuretikov in odvajal (2).

Bulimija nervoza (BN)

Tudi bulimija nervoza je najpogostejša v razvitih državah z visokimi prihodki, kot so ZDA, večina evropskih držav, Avstralija, Nova Zelandija, Japonska itd. Prevalenca BN med mladimi ženskami je 1–1,5 %. Razmerje ženske : moški je enako kot pri anoreksiji, 10 : 1. Najpogosteje se pojavi v adolescenci. Začetek pred puberteto in po 40. letu ni značilen. Potek je lahko kroničen ali intermitenten z obdobji remisije, ki jim sledi kompulzivno prenažedanje.

Diagnostični kriteriji po DSM-5 so: ponavljajoče se epizode kompulzivnega prenažedanja, za katere je značilno, da v določenem času (npr. v dveh urah) pojedjo večjo količino hrane, kot bi jo pojedla večina ljudi pod enakimi pogoji, v enakem časovnem obdobju in občutek izgube nadzora nad vnosom hrane v tej epizodi, v

smislu da ne more nehati jesti ali kontrolirati kaj oz. koliko poje; ponavljajoča se neustrezna kompenzatorna vedenja za preprečitev povišanja telesne teže kot so: bruhanje, zloraba odvajal, diuretikov, drugih zdravil, postenje ali pretirano gibanje; kompulzivno prenažjedanje in kompenzatorno vedenje se pojavljata povprečno vsaj 1x na teden v obdobju treh mesecev; lastna vrednost posameznika temelji na podlagi telesne teže in telesne sheme; motnja se ne pojavi zgolj med epizodo anoreksije.

Zapleti

Zaradi bruhanja lahko pride do motenj elektrolitov. Značilna je hipokalemija, ki lahko sproži aritmije, hipokloremija in hiponatremija. Pomanjkanje želodčne kisline lahko povzroči metabolno alkalozo (povišana vrednost bikarbonata v serumu). Pogosta odvajanja tekočega blata ali dehidracija zaradi zlorabe odvajal lahko povzročijo metabolno acidozo. Lahko so povišane vrednosti serumske amilaze, kar je najverjetneje posledica povečane količine izoencima v slini. Lahko pride do erozij zobne sklenine, še posebej na lingvalnih straneh sprednjih zob in kariesa. V težjih primerih so zobje močno poškodovani. Pri nekaterih pride do izrazitega povečanja žlez slinavk, še posebej parotidnih žlez. Tiste, ki si sprožajo bruhanje s prsti, imajo običajno odrgnine in brazgotine na dorzalni strani dlani (2).

Kompulzivno prenažjedanje (KP)

Običajno se začne v adolescenci, lahko tudi kasneje v življenju. Ko poiščejo pomoč, so običajno starejše kot osebe z anoreksijo ali bulimijo. Prevalenca med polnoletnimi odraslimi ženskami v ZDA je 1,6 % in 0,8 % med moškimi. Prav tako prevladuje v razvitih državah, kjer imajo višje dohodke. Pojavi se pri osebah z normalno ali prekomerno telesno težo.

Diagnostični kriteriji po DSM-5 so ponavljajoče se epizode kompulzivnega prenažjedanja. Epizode so povezane z najmanj tremi od naslednjih značilnosti: jedo hitreje kot je normalno; jedo, dokler se ne počutijo nelagodno site; pojedjo večje količine hrane, ko niso lačni; jedo same, ker jih je sram glede količine zaužite hrane; po epizodi se gnusijo same sebi, so depresivne ali polne krivde. Prenažjedanje jih spravlja v hudo stisko. Pojavlja se najmanj 1x na teden v obdobju treh mesecev. Ni prisotnih kompenzatornih vedenj za znižanje telesne teže kot pri bulimiji. Ne pojavlja se izključno med obdobji anoreksije in bulimije (2).

Druge specifične motnje hranjenja (DSMH)

V to kategorijo uvrščajo motnje hranjenja, ki ne izpolnjujejo zgoraj opisanih diagnostičnih kriterijev. To so atipična anoreksija nervoza, ki ustreza vsem diagnostičnim kriterijem anoreksije nervoze, razen normalnega ali povišanega ITM; bulimija nervoza z nizko pogostostjo in/ali omejenim trajanjem (angl. Bulimia Nervosa of low frequency and/or limited duration,), ki prav tako ustreza vsem kriterijem za bulimijo nervozo, le da se kompulzivno prenajedanje in kompenzatorno vedenje pojavlja manj pogosto in/ali manj kot 3 mesece; purgativna motnja, kjer gre za purgativna vedenja brez kompulzivnega prenajedanja ter sindrom nočnega prenajedanja in še nekatere druge (2).

Ortoreksija nervoza

Čeprav ortoreksija (gr. ortho – pravilen in orexis – apetit) ni vključena v klasifikacije duševnih motenj, jo omenjamo zaradi nepovratnih zdravstvenih zapletov, ki jih lahko povzroči tako pri ženski kot pri plodu. Njena prevalenca naj bi bila manj kot 1 %. Simptomi ortoreksije sežejo dlje od težnje po zdravem prehranjevanju. Je resna motnja; oseba z ortoreksijo je namreč pretirano 'dosledna' pri izbiranju in uživanju zdrave hrane, običajno daje prednost kakovosti in ne količini hrane. Na tem področju je na voljo malo raziskav, a kaže, da so ortoreksična vedenja in odnos do hrane pogosta tudi pri osebah z drugimi motnjami hranjenja kot so anoreksija, bulimija in kompulzivno prenajedanje.

Ortoreksija se lahko začne z 'zdravo' ali 'čisto' hrano in napreduje do izločitve celotnih skupin živil, na primer žitaric ali mlečnih izdelkov, do izogibanja živil, ki vsebujejo umetne dodatke, ki so bila obdelana s pesticidi ali vsebujejo določene sestavine (sladkor, sol). Osebe z ortoreksijo ob izbiranju hrane doživljajo hudo anksioznost in lahko jih skrbi, da njihova prehrana ne dosega visokih meril 'čistosti'. Lahko so socialno izolirane, ker se umaknejo iz dejavnosti in odnosov, kjer se drugi ne prilagodijo/strinjajo z njihovim strogim prehranskim režimom. Opozorilni znaki, da se začenja resna motnja hranjenja, so občutki krivde po 'zdrskih', večja samozavest po zaužitju 'zdrave' hrane, spremenljivo razpoloženje, anksioznost in depresija (55, 56).

Obravnavna motenj hranjenja

Glavni cilji zdravljenja motenj hranjenja so:

1. Doseči in vzdrževati normalno telesno težo.

2. Ustaviti vse škodljive oblike hranjenja kot so restrikcija hrane, kompulzivno prena-
jedanje, purgativna vedenja, pretirana telesna aktivnost.
3. Razrešiti nezdrave kognitivne distorzije in prepričanja, jih zamenjati z zdravimi
pogledi nase, ki niso odvisni od telesne teže in oblike telesa ter vzpostavitev zdrave
regulacije čustev in vedenja.
4. Zdravljenje komorbidnih motenj, psihiatričnih in somatskih.
5. Načrtovati preventivo relapsa še 5 let po akutnem izboljšanju klinične slike (3).

Zdravljenje je odvisno od stopnje izraženosti motnje. Vključuje medicinsko, psihotera-
pevsko, edukativno, dietetično in farmacevtsko komponento.

Anoreksija nervoza

Pri hujših oblikah AN je nujno spremljanje somatskega stanja in ustrezno ukrepanje ob
zgoraj navedenih zapletih AN. Pogosto je potrebna bolnišnična obravnava.

Zelo pomembna je normalizacija telesne teže, ki jo dosežemo z ustrezno prehrano (angl.
refeeding). Priporočeni so prehranski dodatki vitaminov in mineralov (4). Poleg norma-
lizacije teže in prekinitve škodljivih vedenj za zmanjšanje telesne teže (restrikcija hrane,
pretirana telesna aktivnost), je potrebno obravnavati temeljena patološka prepričanja (3).
Učinkovitost vedenjsko-kognitivne terapije (VKT) je manj dokazana kot pri bulimiji.
Učinkovite so interpersonalna, družinska in psihodinamska psihoterapija. Bistvo psiho-
terapije je vzpostaviti dober terapevtski odnos, povečati zavedanje sebe, svojih čustev
in telesa ter motivirati za spremembo. Ob tem pa pomagati osebam z MH prepoznati in
spremeniti prepričanja glede hrepenenja po izgubi teže in fobični strah pred debelostjo
in jim pomagati sprejeti normalno telesno težo in pomagati pridobiti spretnosti samore-
gulacije čustev in vedenja (3).

Farmakološki ukrepi za dvig telesne teže so se izkazali za neučinkovite. Blag učinek je
bil dokazan samo pri olanzapinu. Pri tipični anoreksiji nervozi uporaba antidepresivov
in atipičnih antipsihotikov ni učinkovita, poleg tega je večja verjetnost, da bodo neželeni
učinki bolj izraženi. Zaradi stradanja namreč pride do pomankanja albuminov v krvi,
kar pomeni več ne-vezane učinkovine v krvi, pomankanje telesne maščobe pa pomeni
zmanjšan volumen porazdelitve zdravil, topnih v maščobah, in s tem višje koncentracije
zdravila v krvi.

Če so bile pred nastopom anoreksije prisotne huda depresivna epizoda, anksiozne motnje ali obsesivno-kompulzivna motnja (OKM), je smiselno sočasno farmakološko zdravljenje (3).

Bulimija nervoza

Terapija prvega izbora je psihoterapija. Raziskave so pokazale, da je zelo učinkovita vedenjsko-kognitivna terapija. V kolikor psihoterapija ni dovolj učinkovita, je smiselna uvedba antidepressiva. Antidepressivi prvega izbora so selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (SSRI), predvsem fluoksetin. Učinkoviti odmerek je 60 mg/dan (4). Dokazano zmanjšajo pogostost kompulzivnega prenajedanja in purgativnih vedenj (3).

Kompulzivno prenajedanje

Preden začnemo z načrtovanjem redukcije telesne teže, je potrebno obravnavati prenajedanje. Terapija prvega izbora je psihoterapija, dokazano učinkovita je vedenjsko-kognitivna terapija, ki privede do izboljšanja v 50 %. Uporaba antidepressiva poveča izgubljanje telesne teže in zmanjša pogostost kompulzivnega prenajedanja (3). Britanske smernice NICE (angl. The National Institute for Health and Care Excellence) priporočajo uporabo SSRI kot dodatek ali alternativo psihoterapiji (4).

Zdravljenje debelosti, ki je povezana s kompulzivnim prenajedanjem, potrebuje modifikacijo prehrane z zmanjšanjem energetskega vnosa in povečanje telesne aktivnosti. Pri hudi debelosti je potreben medicinski nadzor in v nekaterih primerih gastrična operacija (3).

Druge specifične motnje hranjenja

Trenutno še ni študij, ki bi raziskale uspešnost zdravljenja atipičnih motenj hranjenja. Svetuje se zdravljenje po smernicah NICE za tisto motnjo, kateri je atipična motnja najbolj podobna (4).

Družina je pomemben dejavnik tveganja za razvoj motenj hranjenja, zato je vključitev družinskih članov oziroma bližnjih v obravnavo ključnega pomena ne samo za vzpostavitev zdravja, temveč predvsem za njegovo ohranitev in preprečevanje relapsa (3).

Motnje hranjenja v perinatalnem obdobju

Nenačrtovana nosečnost

Številne velike kohortne študije so pokazale, da imajo ženske z AN kar dvakrat večje tveganje za nenačrtovano nosečnost kot ženske v splošni populaciji (5, 6, 7). Pri ženskah z AN so pogosta obdobja amenoreje, vendar pride do ovulacije kljub odsotnosti menstruacije.

Podobno, kot pri pacientkah z AN, je bila tudi pri pacientkah z akutno BN v primerjavi z BN v remisiji nenačrtovana nosečnost bistveno pogostejša. Do zanositve je prišlo pri oligomenoreičnih menstrualnih stanjih (8).

Nenačrtovana nosečnost poveča tveganje, da se ženska ne zaveda svoje nosečnosti, da pride do zapoznele obravnave, da so prisotna tvegana vedenja matere za plod (npr. pitje alkohola) ali nezadostna skrb zase (uživanje prenatalnih vitaminov s potrebnimi mikroelementi) (1).

Posameznice z motnjo hranjenja je zaradi navedenega potrebno ustrezno educirati o nevarnosti za zanositev kljub menstrualnim motnjam, o ustrezni kontracepciji in preventivi neželene nosečnosti.

Obdobje nosečnosti

Negativna emocionalna doživljanja med nosečnostjo

Perinatalno obdobje je čas izrazitih fizičnih in psihosocialnih sprememb. Tisti, ki nudijo perinatalno oskrbo, se morajo zavedati, da je to za žensko z motnjo hranjenja izrazito tvegano obdobje.

Ženske s katerokoli motnjo hranjenja pogosteje doživljajo negativna čustva, ko ugotovijo, da so noseče, in ta čustva pri ženskah z AN in BN vztrajajo do 18. tedna nosečnosti, včasih tudi dlje (5, 6).

Podatki iz kvalitativnih intervjujev in iz sistematičnih pregledov literature so pokazali naslednje teme, s katerimi se soočajo ženske z MH v nosečnosti:

1. Izraziti notranji konflikt med tem, da dajo otrokove potrebe na prvo mesto, pred svojimi vedenji, ki so povezana z motnjo hranjenja.
2. Težave s soočanjem s svojimi negativnimi čustvi, ki so povezana z oceno lastne vrednosti na podlagi telesne teže in oblike telesa.
3. Zaskrbljenost glede zdravja dojenčka.
4. Zaskrbljenost glede odzivov drugih na njihov način prehranjevanja in na njihova vedenja za vzdrževanje telesne teže (9, 10).

Ostale teme so: strah pred neuspehom, strah pred spremembo telesa, strah pred spremembo prehranjevanja, negotovost glede oblike telesa in negotovost glede sposobnosti umirjanja otroka (10).

Iz navedenega je razvidno, da potrebujejo ženske z motnjami hranjenja v perinatalnem obdobju posebno in senzitivno obravnavo, ki je prilagojena njihovim specifičnim težavam (1).

Potek motnje hranjenja med nosečnostjo

Študije, ki združujejo vse motnje hranjenja v eno skupino, so pokazale, da od 29 do 78 % žensk z MH poroča o remisiji simptomov med nosečnostjo. Navajajo manj preokupiranosti s telesno težo in obliko telesa, manj restrikcije hrane, manj kompulzivnega prenajedanja in manj purgativnih mehanizmov (11–14).

Dve prospektivni študiji v ZDA in Veliki Britaniji sta pokazali, da so se simptomi, ki so bili aktivno prisotni pred nosečnostjo, v smislu pretirane zaskrbljenosti glede telesne teže in oblike telesa, bistveno zmanjšali med nosečnostjo. Bili pa so še zmeraj bolj izraziti kot pri splošni populaciji (15, 16).

Kvalitativna študija, ki je raziskovala možne vzroke za remisijo simptomov MH med nosečnostjo pri ženskah z AN, je zaključila, da gre za 3 glavne vplive: psihološke, socialne in biološke (17).

Psihološko so ženske z AN poročale o občutku materinske odgovornosti za okrevanje, spremenjeno percepcijo lastnega telesa in o sposobnosti ločiti nosečnost od motnje hranjenja (poročale so o občutku, da se zavedajo, da je pridobivanje telesne teže zaželeno). S socialnega vidika so poročale o večji podpori s strani

otrokovega očeta, družine, prijateljev in zdravstvenega osebja (17). Tudi biološke nevroendokrine spremembe med nosečnostjo (kot je npr. povečana produkcija dihidroepiandrosterona – DHEA v placenti, ki bi lahko zmanjšala negativne učinke kortizola) bi lahko imele pomembno vlogo pri visoki stopnji remisije simptomov med nosečnostjo (17).

Nekatere druge študije pa so pokazale, da lahko nosečnost sproži relaps pri ženskah, pri katerih je MH v remisiji (11, 16, 18). 33 % žensk z zgodovino AN je doživelo relaps in je potrebovalo pregled pri psihiatru, vendar nobena ni potrebovala hospitalizacije (18). Ena izmed študij je pokazala poslabšanje simptomov v nosečnosti pri AN, ki je že bila v remisiji, v smislu povečanja zaskrbljenosti glede naraščanja telesne teže, zmanjšane vnosa hrane in povečanja telesne aktivnosti (16).

Pri bolnicah z BN je nosečnost pomenila okno remisije, pri bolnicah s kompulzivnim prenejedanjem pa okno povečanja ranljivosti za začetek in kontinuiranost motnje (12, 14).

Retrospektivna študija je pokazala, da so se vedenja pri BN med nosečnostjo izboljšala in da se število asimptomatskih posameznic z BN pred nosečnostjo, med nosečnostjo ni spremenilo (19), za razliko od AN.

Incidenca BN v prvem trimesečju nosečnosti je bila izrazito povezana s simptomi anksioznosti, depresije, nizko samopodobo in nezadovoljstvom v življenju (angl. low life satisfaction), medtem ko je bila remisija simptomov pri KP povezana z boljšo samopodobo in večjim zadovoljstvom v življenju (22).

Študija žensk, nosečih več kot 16 tednov, je pokazala prevalenco kompulzivnega prenejedanja pri 17,3 % (20). Prevalenca kompulzivnega prenejedanja narašča v zadnjih 20 letih skupaj z incidenco prekomerne telesne teže. Po izračunih naj bi imelo kar 46 % odraslih s telesno težo v območju debelosti motnjo kompulzivnega prenejedanja (21).

Tiste, pri katerih se je KP prvič pojavilo v nosečnosti, imajo večjo možnost remisije. Višji ITM in psihološke težave so povezane z nadaljevanjem KP po porodu in prehodom le-tega v BN (23).

Nosečnost pri ženskah z motnjo hranjenja predstavlja obdobje povečane ranljivosti za pojav simptomov MH, še posebej psihološke spremembe lahko delujejo sprožilno na MH. Po drugi strani je lahko nosečnost obdobje povečane motiviranosti pacientk za zdravljenje in pomemben čas za obravnavo MH (1).

Pridobivanje teže med nosečnostjo

Veliki kohortni študiji na Norveškem in na Nizozemskem sta pokazali, da pri ženskah z MH telesna teža bolj in hitreje narašča kot v splošni populaciji (24, 25).

Povprečno pridobivanje telesne teže pri ženskah z AN v norveški kohortni študiji (Mo-Ba) je bilo v normalnem območju po smernicah ameriškega Inštituta za medicino (angl. Institute of Medicine US, danes Health and Medicine Division) za ženske z nižjo telesno težo od normalne (53).

Nasprotno je manjša švedska raziskava pokazala, da so ženske, ki so ozdravele od AN pred nosečnostjo, med nosečnostjo pridobile manj telesne teže kot ženske brez zgodovine MH. (10,4 kg v primerjavi z 12,2 kg) (18). Vzorec se je razlikoval od navedenih večjih kohortnih raziskav v tem, da so bile vse vključene ženske z MH v remisiji, z višjim ITM pred nosečnostjo (povprečen ITM = 20,5). Pri 33 % od teh z anamnezo AN v preteklosti je prišlo do relapsa simptomov med nosečnostjo, kar bi lahko razložilo povprečno slabše pridobivanje teže med nosečnostjo v tem vzorcu.

Čeprav je večje pridobivanje teže med nosečnostjo pri ženskah z AN lahko protektivno, pa je pri pacientkah z BN in KP v nosečnosti prisotno pretirano pridobivanje teže (27). Pri ženskah z BN, purgativnim tipom DSMH in KP v študiji MoBa lahko kaže na aktivno kompulzivno prenašanje, po drugi strani pa lahko pomeni pri purgativnem tipu DSMH in BN boljše kontroliranje purgativnih mehanizmov (29). Zanimivo je, da so ženske s KP, ki so izražale večjo zaskrbljenost glede pridobivanja telesne teže med nosečnostjo, kasneje več teže tudi pridobile.

Prehrana med nosečnostjo

Britanska kohortna študija je evalvirala natančne prehranske vnose pri nosečnicah z MH (31). Ženske z anamnezo AN so pogosteje poročale o vegetarijanski prehrani kot ženske brez MH, vendar ni bilo odkritih pomanjkljivih vnosov vitaminov in mineralov pri nosečnicah z AN ali drugimi MH (31). Ženske s KP so imele pred in med nosečnostjo večje vnose skupnih kalorij, maščob, mononasičenih in nasičenih maščob in manjše vnose folata, kalija in vitamina C (32).

Ženske z AN so dvakrat pogosteje uživale več kot 2500 mg kofeina na teden kot ženske brez MH, kar je bistveno več kot do 200 mg dnevno, kot priporoča Ameriško združenje porodničarjev in ginekologov (angl. American College of Obstetricians and Gynecologists) (33).

Čeprav so dokazi mešani, bi lahko visoki vnosi kofeina pomenili povezavo med AN in KP in spontanimi splavi, prezgodnjim porodom in zaostajanjem rasti ploda.

V študji MoBa so rezultati pokazali, da imajo ženske z BN purgativnega tipa povečano tveganje za nosečniško slabost in bruhanje. Prevalenca nosečniške slabosti se ni razlikovala med ženskami z in brez MH (34).

Prehrana med nosečnostjo je pomembna in se lahko razlikuje glede na motnjo hranjenja. Smernice ameriškega Inštituta za Medicino (angl. Institute of Medicine US, danes Health and Medicine Division) svetujejo naslednje poraste teže med nosečnostjo: pri ITM < 18,5 povečanje telesne teže za 12,7–18 kg, pri normalnem ITM = 11,5–16 kg, pri ITM > 25 povečanje za 7–11,5 kg in pri ITM > 30 za 5–9 kg (30).

Ženske z AN in nizkim ITM potrebujejo dodaten vnos kalorij za zagotavljanje zadostnega pridobivanja teže. Za nosečnice s prenizko telesno težo je priporočeno, da v nosečnosti pridobijo med 12,7 do 18 kg. Ciljne vrednosti telesne teže v 20. tednu so drugačne kot v 30. tednu, ker so v prvem trimesečju energetske potrebe manjše kot v drugem in tretjem.

Nujna je edukacija nosečnic o pomenu zdrave prehrane in priporočenem pridobivanju telesne teže glede na ITM pred nosečnostjo (1).

Porod

Študije, ki so raziskovale zaplete v nosečnosti in ob porodu pri ženskah z AN, so pokazale, da imajo nosečnice z AN povečano tveganje za: prezgodnji porod, carski rez, novorojenčke z nizko porodno težo, manjšo porodno dolžino, novorojenčke z mikroencefalijo, novorojenčke z nižjimi vrednostmi na Apgarjevi lestvici in večje tveganje za perinatalno umrljivost (35, 36, 37, 38, 39).

BN je povezana s povečano verjetnostjo prezgodnjih popadkov, prezgodnjim porodom, reanimacijo novorojenčka in zelo nizkimi vrednostmi na Apgarjevi lestvici v prvi minuti (8, 23).

Študija povezanosti AN in BN s porodniškimi zapleti, obravnavanimi hospitalno od leta 1994 do leta 2004, je pokazala, da imajo ženske z MH veliko večjo verjetnost za zaostajanje rasti ploda, prezgodnji porod, anemijo, vnetja genitourinarnega trakta in za inducirane porode (40). Še več, nedavna raziskava med 2257 ženskami s klinično obravnavano MH je pokazala, da so motnje hranjenja pri materi povezane z anemijo, upočasnjeno rastjo ploda, prezgodnjimi popadki, kratkim trajanjem prve faze poroda,

prezgodnjim porodom, nizko porodno težo novorojenčka in perinatalno smrtjo (38).

Nasprotno pa so velike kohortne študije na Švedskem, Norveškem, Veliki Britaniji in na Nizozemskem konsistentno pokazale, da ni nobenih pomembnih razlik v perinatalnih zapletih med ženskami z zgodovino motenj hranjenja v primerjavi z ženskami brez zgodovine motenj hranjenja (24, 25, 41, 42). Dve od teh sta pokazali, da je zgodovina AN povezana z nižjimi povprečnimi porodnimi težami novorojenčkov in da je to povezano z nizkim predporodnim ITM. Nobena od teh študij ni pokazala pomembnih razlik v tveganju za zaplete med nosečnostjo, gestacijski diabetes, nosečniško hipertenzijo, preeklampsijo, indukcijo poroda, potrebo po instrumentalnem porodu ali poporodno krvavitvijo pri ženskah z AN.

Ena od razlag za tako različne rezultate je lahko ta, da gre za razliko v izraženosti bolezni med klinično obravnavano skupino z MH in skupino z MH iz splošne populacije. Veliko žensk v klinični obravnavani skupini je bilo izbranih na podlagi prejšnjih hospitalizacij zaradi AN.

KP je povezano z materino hipertenzijo, dolgim trajanjem prve in druge faze poroda in rojstvom otrok, prevelikih za gestacijsko starost (38). KP ni povezano z več zapleti pri porodu, povezano je s povečanim pridobivanjem teže v nosečnosti.

Poporodno obdobje

Dojenje

Rezultati študij dojenja pri ženskah z MH so mešani, le nekaj študij je narejenih z dovolj velikim vzorcem, da dopušča analizo podskupin MH. Švedska študija je pokazala povečano tveganje za prenehanje dojenja pri ženskah z MH pri treh in šestih mesecih po porodu, v primerjavi s splošno populacijo, ni pa bilo razlik glede začetka dojenja (43). Študija MoBa je pokazala, da ni razlik glede začetka dojenja pri ženskah z AN, je pa pri njih in pri purgativnem tipu DSMH veliko tveganje za prenehanje dojenja pred šestim mesecem po porodu. Starejše študije niso ugotovljale povečanega tveganja za zgodnje prenehanje dojenja pri ženskah z MH, tudi če so bile v vzorec vključene specifično ženske z AN (36).

Etiologija zgodnjega prenehanja dojenja pri ženskah z AN ni popolnoma jasna. Manjše in kvalitativne študije so pokazale, da ženske z MH poročajo o težavah pri dojenju zaradi nezadostne zaloge mleka, zaskrbljenosti o nezadostni produkciji mleka in občutkov sra-

mu ob izpostavitvi telesa (44). Pogosteje so poročale o težavah z dojenjem, o počasnem dojenju, majhnih zalogah mleka, zaskrbljenosti, da njihov dojenček ni zadovoljen ali je še zmeraj lačen po hranjenju, kot matere brez MH.

Izzivi poporodnega obdobja

Poporodno obdobje je lahko velik izziv za številne ženske z MH zaradi nezadovoljstva s pridobljeno telesno težo in spremenjeno obliko telesa ter negativnim odnosom do hrane (48, 49).

Čprav veliko žensk doživi remisijo motnje hranjenja ali zmanjšanje simptomov med nosečnostjo, se simptomi v poporodnem obdobju pogosto poslabšajo (11, 13, 15).

Kljub temu, da pride do zmanjšanja simptomov motnje hranjenja 18 in 36 mesecev po porodu (50 % in 59 % pri AN, 39 % in 30 % pri BN, 46 % in 57 % pri DSMH, in 45 % in 42 % pri KP), motnja hranjenja vztraja v zelo visokem odstotku (32).

Norveška študija (MoBa) je pokazala, da pride pri ženskah z AN do večjih padcev ITM v prvih šestih mesecih po porodu v primerjavi z ženskami brez MH. Zanimivo je, da so kljub temu, da so imele ITM pod normalo pred nosečnostjo in so hitreje izgubljale težo po porodu, ostajale v območju normalnega ITM do 36 mesecev po porodu, kar pomeni, da ima nosečnost pozitiven vpliv na vzpostavitev normalne telesne teže (29). Potrebne bi bile nadaljnje raziskave, da bi bolje razumeli, kateri dejavniki vplivajo na remisijo MH po nosečnosti.

Tudi matere z BN, KP in DSMH so imele večji padec ITM v prvih 6 mesecih po porodu. Teža je bila pri vseh skupinah MH in skupini brez MH relativno stabilna od 6. meseca do 3. leta po porodu (29).

Poporodno obdobje je velik izziv za ženske z MH, hkrati pa je tudi priložnost za izboljšanje prehrane in teže pri ženskah z vsemi oblikami motenj hranjenja.

Poporodna depresija in anksioznost

Ženske z anamnezo MH vseh podtipov poročajo o več depresivnih in anksioznih simptomih v nosečnosti in po porodu v primerjavi z ženskami brez MH (11, 45, 46). Prevalenca poporodne depresije pri ženskah s katerokoli obliko motenj hranjenja je 35 % (39). Poročajo o več težavah pri prilagajanju v poporodnem obdobju, 50 % jih v tem ob-

dobju poišče psihiatrično pomoč. Perfekcionizem (še posebej zaskrbljenost nad lastnimi napakami), je močan napovedni dejavnik resnosti simptomov poporodne depresije pri ženskah z anamnezo MH (46).

10 % žensk, ki iščejo psihiatrično pomoč zaradi poporodne depresije v terciarnih centrih, ima anamnezo AN. Te ženske so tudi pogosteje poročale o spolnih zlorabah v preteklosti (62,5 %) v primerjavi s kontrolno skupino (29,3 %) (47). Ti podatki potrjujejo, da je zgodovina MH ter razpoloženskih in anksioznih motenj močan napovedni dejavnik za pojav poporodne depresije in anksioznosti (45).

Tudi ženske s BN in KP imajo povečano tveganje za razvoj poporodne depresije (46). Zanimivo je, da je imela tretjina žensk, sprejetih na perinatalno psihiatrično kliniko, zgodovino MH. Tiste z BN so poročale o hujši obliki depresije ter več psihičnih in spolnih zlorabah v preteklosti (47).

Zelo pomembno je, da tisti, ki obravnavajo ženske s poporodno depresijo ali anksiozno simptomatiko, eksplorirajo tudi anamnezo motenj hranjenja.

Pri ženskah z BN zgodovina stresnih dogodkov poveča tveganje za simptomatsko BN med nosečnostjo. Zgodovina travm pa je povezana z večjim tveganjem za poporodno depresijo (1).

Obravnava motenj hranjenja v nosečnosti

Idealno bi bilo, da bi bile nosečnice z aktivno obliko ali zgodovino MH obravnavane v dobro koordiniranem timu, ki bi ga sestavljali ginekolog, porodničar, dietetik, strokovnjak za duševno zdravje (psiholog, psihiater), pediater, babica in v nekaterih primerih tudi družinski oziroma partnerski terapevt (50).

Če je MH aktivna, so potrebni pogostejši pregledi. Nujno je natančno spremljanje somatskega stanja in laboratorijskih izvidov.

Zaradi povečanega tveganja za nosečniško hiperemizo so zaželeni pogosti obiski do 16. tedna nosečnosti. Ženske z anamnezo induciranja bruhanja potrebujejo dodatno svetovanje in pojasnilo ter pomiritev, da slabost in bruhanje v začetku nosečnosti ne pomenijo ponovitve oz. poslabšanja bolezni, ampak so povezane s samim potekom nosečnosti (51).

Ženske z MH so se naučile ignorirati vse fizične senzacije, vključno z lakoto, zato potre-

bujejo pomoč pri njihovem ponovnem ozaveščanju.

Pomagati ženskam, da se ponovno povežejo s svojim telesom in jim prikazati, da je rastoči plod resničen (s pomočjo modelov, slik, ultrazvočnih pregledov), jih pogosto motivira, da si uredijo prehrano zaradi ploda, če že zaradi sebe ne.

Pomembna je edukacija o znakih in simptomih prezgodnjega poroda, zaradi povišanega tveganja pri ženskah z MH (52).

Proces in pogostost tehtanja je potrebno skrbno načrtovati. Za veliko žensk z MH je tehtanje pred drugimi naravnost zastrašujoče. Ni jih potrebno tehtati ob vsakem obisku. Včasih pomaga, da jih tehtamo s hrbtom obrnjene k skali in težo komentiramo le v primeru, ko je to potrebno. Če je le mogoče, naj bo ob tehtanju prisotna samo ena oseba. S tem se izognemo hudi anksioznosti (53). Potrebno je natančno spremljanje rasti ploda, običajno so potrebni pogostejši ultrazvočni pregledi. Redno informiramo o pomenu pridobivanja telesne teže in ustavitve purgativnega vedenja za zdravje nosečnice in ploda.

Nosečnice z MH naj uživajo dovolj kalorične in ustrezno sestavljene obroke. Nekaterim pomaga vodenje dnevnika zaužite hrane. Ob tem se počutijo bolj varne, kar zmanjša anksioznost, nekaterim pa ravno to poveča anksioznost, tako, da naj se ponudi kot opcijo. Smiselno jih je usmeriti k dietetiku.

Nujno je potrebno povprašati po uporabi odvajal ali drugih, tudi rastlinskih preparatov za vzdrževanje telesne teže. Pri zlorabi odvajal pogosto pride do obstipacije. Svetujemo povečan vnos tekočin in vlaknin.

Po porodu ženske z MH skrbno spremljamo, predvsem v prvem in drugem tednu zaradi velikega tveganja za relaps v poporodnem obdobju (52). Relaps se lahko prepreči z ustrezno obravnavo.

Psihoterapevtska obravnava se osredotoča na to, da poskusijo z drugačnimi mehanizmi soočanja z negativnimi čustvi, kot so vedenja motnje hranjenja. Zavedanje, da se s temi čustvi in občutki soočajo vse ženske, ko postanejo matere, normalizira doživljanja poporodnega obdobja in zmanjša anksioznost (54).

Terapija mora biti fokusirana tudi na nizko samozavest, soočanje s spremembami telesa, podporo pri novi vlogi starša, kot tudi na podporo pri travmah iz preteklosti.

Pomembna je obravnava poporodne depresije in anksioznosti. Potrebna je edukacija

o simptomih in znakih, da jih lahko pravočasno prepoznajo in poiščejo ustrezno pomoč.

Predpisovanje antidepressivov in atipičnih antipsihotikov v nosečnosti in v času dojenja je potrebno skrbno načrtovati in upoštevati smernice za predpisovanje zdravil v tem obdobju.

Zaključek

Za ustrezno obravnavo žensk z MH v perinatalnem obdobju in preprečevanje zapletov je potreben multidisciplinarni pristop, ki vključuje odprto komunikacijo med pacientko in zdravstvenim osebjem. Kot je navedeno v prispevku, gre za kompleksne motnje, ki potrebujejo sodelovanje ginekologa, porodničarja, psihiatra, psihologa, pediatra, terapevta in dietetika, včasih tudi družinskega ali partnerskega terapevta, da pomagajo materi skozi vse reproduktivne faze.

Z ustrezno in dovolj kalorično prehrano ter ustreznim pridobivanjem telesne teže v nosečnosti je mogoče preprečiti številne zaplete. Pomembno je, da se motnje hranjenja sploh prepoznajo, saj jih zaradi sramu in strahu pred stigmatizacijo ženske pogosto zamolčijo. Pomembno je pomisliti na MH in spraševati usmerjeno ter po potrebi žensko napotiti k ustreznemu specialistu.

Literatura

1. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and Gynecologic Problems Associated with Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2016; 49(3): 260–75.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 izdaja). Washington, DC. 2013.
3. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
4. Taylor D, Paton C, Kapur S. *The Maudsley Prescribing Guidelines*, (12 izdaja). London: CRC Press. 2009.
5. Micali N, dos-Santos-Silva I, De Stavola B, Steenweg-de Graaf J, Jaddoe V, Hofman A et al. Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: Findings from a population-based birth cohort. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2014; 121: 408–16.
6. Easter A, Treasure J, Micali N. Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: Results from the Avon longitudinal study of parents and children. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2011; 118: 1491–8.
7. Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 1136–40.
8. Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: Retrospective controlled study. *Psychosomatic Med* 2006; 68: 487–92.
9. Tierney S, McGlone C, Furber C. What can qualitative studies tell us about the experiences of women who are pregnant that have an eating disorder? *Midwifery* 2013; 29: 542–9.
10. Tierney S, Fox JR, Butterfield C, Stringer E, Furber C. Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A qualitative study. *Int J Nursing Stud* 2011; 48: 1223–33.
11. Easter A, Solmi F, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U et al. Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders: longitudinal patterns. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc* 2015; 23: 19–27.
12. Watson HJ, Von Holle A, Hamer RM, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P et al. Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: A validation study in a population-based birth cohort. *Psychol Med* 2013; 43: 1723–34.
13. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating disorder symptoms in pregnancy: A prospective study. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 277–9.
14. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med* 2007; 37: 1109–18.
15. Blais MA, Becker AE, Burwell RA, Flores AT, Nussbaum KM, Greenwood DN et al. Pregnancy: Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *Int J Eat Disord* 2000; 27: 140–9.
16. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosomatic Res* 2007; 63: 297–303.
17. Madsen IR, Horder K, Stoving RK. Remission of eating disorder during pregnancy: Five cases and brief clinical review. *J Psychosomatic Obstet Gynaecol* 2009; 30: 122–6.

18. Koubaa S, Hallstrom T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 255–60.
19. Crow SJ, Keel PK, Thuras P, Mitchell JE. Bulimia symptoms and other risk behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004; 36: 220–3.
20. Soares RM, Nunes MA, Schmidt MI, Giacometto A, Manzolli P, Camey S et al. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: Prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern Brazil. *Int J Eat Disord* 2009; 42: 387–93.
21. de Zwaan M, Mitchell JE, Raymond NC, Spitzer RL. Binge eating disorder: Clinical features and treatment of a new diagnosis. *Harvard Rev Psychiatry* 1994; 1: 310–25.
22. Knoph Berg C, Bulik CM, Von Holle A, Torgersen L, Hamer R, Sullivan P et al. Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Aust N Zealand J Psychiatry* 2008; 42: 396–404.
23. Knoph C, Von Holle A, Zerwas S, Torgersen L, Tambs K, Stoltenberg C et al. Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *Int J Eat Disord* 2013; 46: 355–68.
24. Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM et al. Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord* 2009; 42: 9–18.
25. Micali N, De Stavola B, dos-Santos-Silva I, Steenweg-de Graaff J, Jansen PW, Jaddoe VW et al. Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: A population-based cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2012; 119: 1493–502.
26. Rasmussen KM, Yaktine AL, Institute of Medicine (US). Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines Weight Gain during Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: National Academies Press; 2009.
27. Siega-Riz AM, Von Holle A, Haugen M, Meltzer HM, Hamer R, Torgersen L et al. Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort. *Int J Eat Disord* 2011; 44: 428–34.
28. Zerwas SC, Von Holle A, Perrin EM, Cockrell Skinner A, Reba-Harrelson L, Hamer RM et al. Gestational and postpartum weight change patterns in mothers with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc* 2014; 22: 397–404.
29. Zerwas SC, Von Holle A, Perrin EM, Cockrell Skinner A, Reba-Harrelson L, Hamer RM, et al. Gestational and postpartum weight change patterns in mothers with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc* 2014; 22: 397–404.
30. Council IoMaNR. Leveraging Action to Support Dissemination of Pregnancy Weight Gain Guidelines. 2013. Washington, DC: The National Academies Press.
31. Micali N, Northstone K, Emmett P, Naumann U, Treasure JL. Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: A longitudinal study of women with lifetime eating disorders. *Br J Nutr* 2012; 108: 2093–9.
32. Siega-Riz AM, Haugen M, Meltzer HM, Von Holle A, Hamer R, Torgersen L et al. Nutrient and food group intakes of women with and without bulimia nervosa and binge eating disorder during pregnancy. *Am J Clin Nutr* 2008; 87: 1346–55.
33. ACOG Committee. Moderate caffeine consumption during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 116 (1): 467–8.

34. Torgersen L, Von Holle A, Reichborn-Kjennerud T, Berg CK, Hamer R, Sullivan P et al. Nausea and vomiting of pregnancy in women with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 722–7.
35. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, Dawn A, McCullin M. Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: A controlled study *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 130–5.
36. Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: Reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 611–7.
37. Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 206–10.
38. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211: 392.
39. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1461–6.
40. Bansil P, Kuklina EV, Whiteman MK, Kourtis AP, Posner SF, Johnson CH et al. Eating disorders among delivery hospitalizations: Prevalence and outcomes. *J Women's Health*. 2008; 17: 1523–8.
41. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry J Mental Sci* 2007; 190: 255–9.
42. Ekeus C, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2006; 113: 925–9.
43. Larsson G, Andersson-Ellström A. Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc* 2003; 11: 116–24.
44. Waugh E, Bulik CM. Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 1999; 25: 123–33.
45. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *J Affect Disord* 2011; 131: 150–7.
46. Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MC, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 202–11.
47. Meltzer-Brody S, Zerwas S, Leserman J, Holle AV, Regis T, Bulik C. Eating disorders and trauma history in women with perinatal depression. *J Women's Health* 2011; 20: 863–70.
48. Nunes MA, Pinheiro AP, Hoffmann JF, Schmidt MI. Eating disorders symptoms in pregnancy and postpartum: A prospective study in a disadvantaged population in Brazil. *Int J Eat Disord* 2014; 47: 426–30.
49. Carter AS, Baker CW, Brownell KD. Body mass index, eating attitudes, and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and the postpartum period. *Psychosomatic Med* 2000; 62: 264–70.
50. Stewart DE. Reproductive functions in eating disorders. *Ann Med* 1992; 24: 287–91.
51. Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 82–8.
52. Conti J, Abraham S, Taylor A. Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res* 1998; 44: 465–77.

53. Swann RA, Von Holle A, Torgersen L, Gendall K, Reich- born-Kjennerud T, Bulik CM. Attitudes toward weight gain during pregnancy: Results from the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord* 2009; 42: 394–401.
54. Chizawsky LL, Newton MS. Eating disorders: Identification and treatment in obstetrical patients. *AWHONN Lifelines* 2006; 10: 482–8.
55. Orthorexia. Dostopno dne 24. 3. 2018 na: www.eatingdisorders.org.au.
56. Dunn TM, Gibbs J, Whitney N, Starosta A. Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1 %: data from a US sample. *Eat Weight Disord* 2017; 22(1): 185–92. doi: 10.1007/s40519-016-0258-8.

Bipolarna motnja v obporodnem obdobju

Petra Jelenko Roth

Uvod

Bipolarna motnja razpoloženja je kronična duševna motnja, ki se praviloma začne v pozni adolescenci in zgodnji odrasli dobi, pri povprečni starosti okoli 20 let. Motnje z zgodnjim začetkom imajo praviloma težji potek. Žensko tako spremlja skozi večino rodnega obdobja. Z različno frekvenco se izmenjujejo različno dolge epizode privzdignjenega in znižanega razpoloženja različnih amplitud, od manjše do hude depresije, moteno je čustvovanje, energetska opremljenost in kognicija (1). Prizadene nekaj več kot 1 % splošne populacije, v ZDA 2 % brez večjih razlik med spoloma. Bipolarna motnja II je nekoliko pogostejša pri ženskah, prav tako bipolarna depresija, mešane epizode in hitrokrožna oblika (štiri ali več epizod manije ali depresije v enem letu) (2). Življenjska prevalenca obeh tipov se giblje od 0,1 % v Nigeriji do 7,5 % v Braziliji, življenjska prevalenca motenj celotnega bipolarnega spektra pa znaša med 2,4 in 15,1 % (3, 4).

Bipolarna motnja pri materi oziroma skrbniku pomembno vpliva na kapacitete za navezovalni odnos z otrokom. Manične in depresivne faze so lahko hude in nevarne, tako za osebo, ki jih doživlja, kot za njene bližnje in druge. V obdobjih med fazami so možne remisije, vendar so pogostejši trdovratni in klinično pomembni podprazni rezidualni simptomi, ki onemogočajo doseganje funkcionalne remisije, predvsem po drugi in naslednjih epizodah (5). Relapsi so pogosti, samomorilna ogroženost je zelo velika (6). Stopnja samomora je pri bipolarni motnji največja med vsemi razpoloženjskimi motnjami in je okoli 20-krat večja kot v splošni populaciji (7).

Pomembna je čimprejšnja postavitve diagnoze in zdravljenje. Vendar je ni tako enostavno prepoznati. Na to kažejo podatki o letih med prvo epizodo in postavitvijo diagnoze. Od prve depresivne epizode do postavitve diagnoze običajno preteče 9 let, od prve manične epizode do diagnoze pa 5 let (8). Posledica tega so pogosti relapsi, neodzivnost na zdravljenje in rezidualni simptomi (9). Plodnost zaradi bipolarnosti same ni zmanjšana, lahko pa jo zmanjšujejo zdravila (10). Z ustrezno obravnavo ženske v reproduktivnem obdobju lahko pripomoremo k izboljšanju pogojev za duševni in telesni razvoj njenih otrok.

Bipolarna motnja pri ženskah

Ženskam postavijo diagnozo kasneje kot moškim (11). V primerjavi z moškimi bolniki imajo večje tveganje za zlorabo alkohola, bolezni ščitnice, za anksiozne motnje, debelost zaradi zdravil, motnje hranjenja in migrenske glavobole (2). V primerjavi s splošno populacijo jih več kadi, ima prekomerno telesno težo in več jih zlorablja psihoaktivne snovi (12).

Prva epizoda se pri večini pojavi pred 30. letom starosti. Ženske z bipolarno motnjo tako večino epizod doživijo v rodnem obdobju, znotraj katerega je obporodno (perinatalno) obdobje čas velikega tveganja za poslabšanje bolezni (13, 14).

Potek bipolarne motnje v nosečnosti

Nosečnost je zelo nevarno obdobje za relaps pri težji obliki bolezni, komorbidnih motnjah in ob prekinitvi zdravljenja. Pri blažjih oblikah naj bi imela nevtralen (15) ali pozitiven učinek na potek bolezni (16, 17). V tem obdobju so relapsi predvsem depresivne in mešane epizode, ki so posledica prekinitve zdravljenja. Manični simptomi se v nosečnosti redko pojavijo prvič (18).

Tveganje za relaps v nosečnosti je ob prekinitvi zdravljenja v primerjavi z nadaljevanjem okoli 2,5-krat večje, povprečni čas do relapsa je štirikrat krajši in delež tednov z boleznijo petkrat daljši. Bolnice, ki zdravljenje prekinajo, preživijo 40 % nosečnosti v epizodi bolezni v primerjavi s slabimi 9 % tistih, ki z zdravljenjem nadaljujejo (19). Prekinitve zdravljenja z litijem vodi v relaps v enaki meri pri nosečnicah in pri tistih, ki niso noseče. Po hitri (14 dni) ukinitvi zdravljenja je relapsov dvakrat več kot po postopni (15 do 30 dni) (15).

Porod in potek bolezni v poporodnem obdobju

Porod je izredno pomemben dejavnik tveganja tako za začetek bolezni kot za relaps. Tveganje za relaps po porodu je največje v življenju bolnice, doživi ga 50–70 % porodnic z bipolarno motnjo. Največje je za tiste, ki med nosečnostjo niso prejemale zdravlil. Običajno gre za depresivno, manično, mešano ali psihotično epizodo – poporodno psihozo (20). Tveganje je še večje ob družinski anamnezi poporodne psihoze in hude epizode po prejšnjem porodu (21). Poporodne manične in mešane epizode so praviloma del bipolarne motnje I in jih spremljajo tudi psihotični simptomi (22). Pri bipolarni motnji je tveganje za psihiatrično hospitalizacijo v prvih 30 dneh po porodu 23-krat večje kot pri bolnicah, ki niso v poporodnem obdobju. Epizode so v poporodnem obdobju skoraj trikrat pogostejše kot sicer (70 % proti 24 %) (23). Ob tem je zanimiva ugotovitev danske populacijske študije, da je epizoda katerekoli psihiatrične motnje v zgodnjem poporodnem obdobju pokazatelj možne bipolarnosti (24).

Preprečevanje poporodnega poslabšanja

Pri nobeni drugi psihiatrični motnji ni mogoče tako natančno določiti trenutka začetka bolezni kot pri poporodnem relapsu bipolarne motnje. Na to se lahko pravočasno pripravimo. Temeljna zaščita je preprečevalno zdravljenje v nosečnosti in po porodu, prilagojeno predominantni polarnosti poteka bolezni (1). Zmanjša število relapsov tako v nosečnosti (23 % proti 65 %) kot tudi v poporodnem obdobju (29 % proti 66 %) (25).

Poleg preprečevalnega zdravljenja potrebuje nosečnica tudi porodni načrt z izbiro načina poroda ter ukrepanje že ob najzgodnejših simptomih relapsa. Po porodu je potreben natančen pregled novorojenčka, ki je bil izpostavljen zdravilom in utero in izbrati ustrezen način hranjenja. Pomoč potrebuje pri zagotavljanju zadostnega spanca, vzdrževanju stabilnega dnevnega ritma, omejevanju stresorjev ter podporo pri navezovanju z novorojenčkom, da bo lahko doživela vsaj malo ugodja, povezanega z njim.

Posledice materine bipolarne motnje pri otroku

Pri obravnavi skrbimo za varnost bolnice in ploda ter kasneje otroka, še posebno ob poslabšanju bolezni. Najbolj pereče teme so tveganje za samomor, zloraba psihoaktivnih snovi in težave v navezovalnem odnosu z otrokom (26). Nosečnica škoduje plodu, ko opusti skrb zase, izpušča preglede pri ginekologu, se samopoškoduje, poskuša narediti samomor. Po porodu je ob poslabšanju bolezni veliko tveganje za neposredno škodovanje otroku, od zanemarjanja, pa vse do infanticida (27).

Pri nosečnicah z bipolarno motnjo so pogoste nepravilnosti placente in krvavitve, pri tistih s komorbidnimi motnjami še toksični učinki alkohola, tobaka in prepovedanih drog (28). Bipolarna motnja poveča tveganje za prezgodnji porod, carski rez in preveliko težo novorojenčka za gestacijsko starost (29). Druga raziskava ugotavlja, da je bipolarna motnja pri nosečnicah povezana z nizko porodno težo novorojenčka in premajhno velikostjo za gestacijsko starost (30). Tretja skupina raziskav pa, da je posledica tako zdravljene kot nezdravljene bipolarne motnje večje tveganje za carski rez in prezgodnji porod ter da imajo novorojenčki nezdravljenih žensk manjši obseg glave in pogostejšo hipoglikemijo v primerjavi z novorojenčki žensk brez psihiatrične diagnoze (31).

Dednost bipolarne motnje je najvišja med duševnimi motnjami in je preplet genetskih in okoljskih dejavnikov. Ocenjujejo jo na okoli 85 % (1).

V razvoju otrok mater z bipolarno motnjo so ugotavljali povečane stopnje razpoloženjskih, anksioznih in vedenjskih motenj, več motenj spomina in pozornosti ter slabše socialno funkcioniranje kot pri otrocih mater brez bipolarnе motnje (32).

Zdravljenje bipolarnе motnje v obporodnem obdobju

Zdravljenje z zdravili

Zdravljenje nosečnic z bipolarno motnjo je eden največjih kliničnih izzivov. Nosečnice namreč niso vključene v raziskave o učinkovitosti zdravil, zato ni psihofarmakov, ki bi bili registrirani za uporabo v tem obdobju. Postavljeni smo pred zahtevne izbire in vsaka je bolj ali manj tvegana.

Zdravljenje v nosečnosti je optimalno, ko je ta načrtovana. Zato se z vsako bolnico v rodnem obdobju že ob začetku zdravljenja pogovorimo o pomenu zanesljive kontracepcije in jo spodbujamo, da si jo uredi. Če zdravila, ki jih jemlje (karbamazepin, lamotrigin), zmanjšujejo učinkovitost peroralne hormonske kontracepcije, imajo prednost pregradne metode in maternični vložek. Predstavimo jim možnosti zdravljenja v nosečnosti in po porodu, tudi če otrok ne načrtujejo, ker je tveganje za nenačrtovano nosečnost zelo veliko, predvsem ob povečani spolni aktivnosti v manični fazi (12, 33). Tistim, ki morajo v nosečnosti jemati zdravila, pojasnimo koristi in tveganja njihove uporabe med nosečnostjo in dojenjem.

Postopno ukinitve zdravil pred zanositvijo in morebitno ponovno uvedbo zdravljenja po prvem trimesečju nosečnosti lahko načeloma svetujemo bolnicam, ki redno jemljejo zdravila in so že več let v remisiji, tistim z lažjim potekom bolezni, pa tudi tistim, ki so klinično stabilne 4 do 6 mesecev. Bolnico poučimo o začetnih simptomih relapsa in jo pazljivo spremljamo. Takoj po porodu zdravljenje ponovno uvedemo zaradi velikega tveganja za relaps.

Če je nosečnica brez preprečevalnega zdravljenja in ji grozi relaps, poskusimo z lamotriginom, kvetiapiinom ali litijem. Če zdravljenje ima in pride do relapsa, je potrebno preveriti complianco in morda povišati odmerek zdravila. V manični epizodi najprej uvedemo antipsihotik. Pri akutnih epizodah depresije lahko povišamo odmerek, če prejema litij, lamotrigin ali kvetiapin. Stabilizatorji razpoloženja imajo prednost pred antidepressivi. V primeru hude in rezistentne depresije, manije, psihoze in samomorilne ogroženosti pri nosečnicah priporočajo elektrokonvulzivno terapijo kot varno in učinkovito zdravljenje, z enakimi indikacijami kot izven obporodnega obdobja (34, 35).

Smernice britanskega Nacionalnega inštituta za zdravje in klinično odličnost (angl. NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence,) odsvetujejo predpisovanje valproata in karbamazepina za akutno in dolgotrajno zdravljenje ženskam, ki načrtujejo nosečnost, so noseče ali nameravajo dojeti (36). Sta teratogena in imata interakcije s številnimi drugimi zdravili. Pri otroku povzročata spino bifido in nižji IQ ter škodljivo vplivata na njegov razvoj. Poleg tega valproat zmanjšuje plodnost in je povezan s porodnimi zapleti. Če je ženska že zanosila, ju postopoma ukinemo in nadomestimo z antipsihotikom. Antipsihotik predpišemo tudi tistim nosečnicam z manjjo ali psihozo, ki še nikoli niso prejemale psihofarmakov, čeprav je o njihovem varnostnem profilu in klinični učinkovitosti za zdravljenje bipolarnе motnje v perinatalnem obdobju še zelo malo znanega (12, 37). Če ženska v nosečnosti jemlje lamotrigin, pogosto prilagajamo odmerek in če le imamo možnost, kontroliramo plazemsko koncentracijo (se ne izvaja rutinsko), ker se njegov metabolizem v nosečnosti zelo spreminja (36).

Ženskam, ki jemljejo zdravila in načrtujejo nosečnost, predpišemo 5 mg folne kisline dnevno 3 oziroma najmanj 1 mesec pred zanositvijo, tistim, ki so že zanosile, pa čim prej (38). Potrebno je najmanj redno ultrazvočno spremljanje razvoja ploda. Ob jemanju antipsihotikov naj se redno spremlja koncentracija glukoze v krvi nosečnice.

Litija ne predpisujemo ženskam, ki nameravajo imeti otroke, razen v primeru neučinkovitosti antipsihotikov, ob nezadostnem odzivu na povečanje odmerka, zamenjavo zdravil ali v hudi manjji. V prvem trimesečju poveča tveganje za prirojene srčne napake ploda. Če ga jemlje in načrtuje nosečnost, ga postopoma ukinemo v 4 tednih, če je mogoče. Vendar ni nujno, da bo po ukinitvi litija tveganje za prirojene napake ploda manjše. Večje pa bo tveganje za relaps, zlasti po porodu. Zato ga v primeru nezadovoljive remisije postopoma zamenjamo z antipsihotikom. Če ne namerava dojeti in ji je od vseh zdravil najboljše pomagal, ga ukinemo in ponovno uvedemo v drugem trimesečju. Z njim pa naj nadaljuje, če je tveganje za relaps veliko in antipsihotiki verjetno ne bodo učinkoviti. Do 36. tedna nosečnosti kontroliramo plazemsko koncentracijo vsake 4 tedne, nato pa enkrat na teden in prilagajamo odmerke tako, da je koncentracija v terapevtskem območju. Ženska mora skrbeti za zadosten vnos tekočin. Porod mora potekati v porodnišnici, ker je treba pred porodom preveriti koncentracijo zaradi nevarnosti dehidracije in toksičnosti. Med porodom naj ga ne dobi in 12 ur po zadnjem odmerku je treba njegovo plazemsko koncentracijo ponovno preveriti. Vrednosti litija so visoke tudi v mleku in so toksične za otroka.

Akutno zdravljenje poporodne epizode je enako kot za epizode izven perinatalnega obdobja. Če je bolezen v nosečnosti dobro urejena, po porodu praviloma nadaljujemo z istimi zdravili.

Poleg prilagoditve zdravljenja bolnici pomaga družbena opora, skrb za urejeno spanje in biološke ritme (39). Monoterapija v najnižjem še učinkovitem odmerku je bolj priporočljiva kot kombinacije zdravil. V primeru zelo hudih in rezistentnih simptomov je indicirana elektrokonvulzivna terapija (40).

Akutne manične in mešane epizode

Sledimo smernicam zdravljenja in izbiramo zdravila z najmanjšim vplivom na plod in dojenčka. Pri akutni maniji so antipsihotiki bolj učinkoviti kot stabilizatorji razpoloženja, predvsem haloperidol (41). Njegov reproduktivni varnostni profil je dobro znan, zato se v nosečnosti najpogosteje uporablja, vendar uporabnost zmanjšujejo ekstrapiramidni neželeni učinki, pri dolgotrajni uporabi pa tardivna diskinezija in neučinkovitost pri depresiji.

Tabela 1. Zdravila za zdravljenje maničnih in mešanih epizod pri odraslih (povzeto po (11)).

Razred/ime zdravila	Področje registracije v ZDA	Stopnja varnosti v nosečnosti v ZDA*	Glavni zadržki glede reproduktivne varnosti
Stabilizatorji razpoloženja			
Litij**	Odrasli, mladi 12+ monoterapija	D	<ul style="list-style-type: none"> Povprečna stopnja VPM je 2,8 % Nizko tveganje za Ebsteinovo anomalijo (1 na 1000–2000 rojstev) Neonatalni adaptacijski sindrom, tveganje narašča sorazmerno s koncentracijo litija v serumu ženske Drugi neonatalni zapleti
Valproat	Odrasli, monoterapija*	D	<ul style="list-style-type: none"> Najvišje stopnje VPM izmed vseh stabilizatorjev razpoloženja (5–11%); tveganje je lahko odvisno od materinega dnevnega odmerka Povečano tveganje za VPM ob kombinacijah z drugimi antiepileptiki Povečano tveganje za neželene nevrološke razvojne izide Neonatalni toksični sindrom

Razred/ime zdravila	Področje registracije v ZDA	Stopnja varnosti v nosečnosti v ZDA*	Glavni zadržki glede reproduktivne varnosti
Karbamazepin	Odrasli, monoterapija, kapsule s podaljšanim sproščanjem*	D	<ul style="list-style-type: none"> Povprečna stopnja VPM 2–6% Številni neželeni neonatalni dogodki poleg porodnih napak
Atipični antipsihotiki			
Klozapin	-	B	<ul style="list-style-type: none"> Tveganje za VPM nejasno, malo obsežnih raziskav
Risperidon	Odrasli, monoterapija, kombinacije z litijem ali valproatom	C	<ul style="list-style-type: none"> Omejeni podatki o reproduktivnih tveganjih
Olanzapin	Odrasli, monoterapija, kombinacije*	C	<ul style="list-style-type: none"> Varnostno opozorilo FDA o tveganju za nenormalne mišične gibe in odtegnitvene simptome pri novorojenčkih
Kvetiapin	Odrasli, monoterapija, kombinacije z litijem ali valproatom	C	<ul style="list-style-type: none"> Možno tveganje za pretirano povečanje telesne teže in gestacijskega diabetesa, potrebne so nadaljnje raziskave
Ziprazidon	Odrasli, monoterapija*	C	
Aripiprazol	Odrasli, monoterapija*	C	
Asenapin	Odrasli, monoterapija**	C	
Tipični antipsihotiki	Odrasli	C	<ul style="list-style-type: none"> Nizko tveganje za VPM, malo poročil Varnostno opozorilo FDA o tveganju za nenormalne mišične gibe in odtegnitvene simptome pri novorojenčkih

* Varnostne kategorije FDA: A - nadzorovane raziskave pri nosečnicah niso dokazale, da bi snov škodovala plodu; B - raziskave na živalih niso dokazale škodljivosti za plod, vendar nadzorovane raziskave na ljudeh niso bile opravljene; C - raziskave so pokazale škodljivost pri živalih, nadzorovanih raziskav pri ljudeh ni, niti za ljudi niti za živali ni raziskav. Korist uporabe teh zdravil v nosečnosti lahko še vedno odtehta tveganje; D - proizvedbene ali postmarketinške raziskave pri ljudeh so dokazale škodljivosti za plod, vendar lahko korist uporabe v nosečnosti še vedno odtehta tveganje. E - kontraindicirano v nosečnosti.

** FDA odobrila za akutne mešane in manične epizode.

OKRAJŠAVE: FDA – Ameriški Zvezni urad za hrano in zdravila, anlg. Food and Drugs Administration; VPM - velike prirojene malformacije.

Akutne depresivne epizode

Za zdravljenje akutne depresije v nosečnosti je zdravilo prvega izbora lamotrigin, kar je utemeljeno z njegovo dokaj dobro učinkovitostjo pri ženskah, ki niso noseče in s podatki o reproduktivni varnosti. Ima prednost pred ostalimi stabilizatorji razpoloženja in atipičnimi antipsihotiki (manj podatkov o varnosti) in litijem. Lamotrigin naj bi bil bolj učinkovit pri hudi depresivni epizodi kot pri blagi in zmerni (42). Zdravila druge izbire so kvetiapin, olanzapin, olanzapin s fluoksetinom (ne v prvem trimesečju, tudi sicer se fluoksetina raje izogibamo zaradi dolge razpolovne dobe) in litij (43, 44). Ostale učinkovine, ki so dokazano učinkovite pri akutni bipolarni depresiji, so pred nekaj leti registriran lurazidon za bipolarno motnjo I (z ali brez stabilizatorja razpoloženja, ne pri nosečnicah zaradi neznanega varnostnega profila) (45, 46) ter lamotrigin v kombinaciji z litijem ali samo litij (47). Valproat je bolj učinkovit od placeba (48), vendar ga v nosečnosti ne predpisujemo, ker je teratogen.

Tabela 2. Zdravila za zdravljenje depresivnih epizod pri bipolarni motnji pri odraslih (povzeto po (11)).

Razred/ime zdravila	Področje registracije v ZDA	Stopnja varnosti v nosečnosti v ZDA*	Glavni zadržki glede reproduktivne varnosti
Stabilizatorji razpoloženja			
Litij		D	<ul style="list-style-type: none"> povprečna stopnja velikih prirojenih malformacij (VPM) 2,8 % izko tveganje za Ebsteinovo anomalijo (1 na 1000–2000 rojstev) neonatalni adaptacijski sindrom, tveganje narašča sorazmerno s koncentracijo litija v serumu ženske drugi neonatalni zapleti
Valproat		D	<ul style="list-style-type: none"> Najvišje stopnje VPM izmed vseh stabilizatorjev razpoloženja (5–11%); tveganje je lahko odvisno od materinega dnevnega odmerka Povečano tveganje za VPM ob kombinacijah z drugimi antiepileptiki Povečano tveganje za neželene nevrološke razvojne izide Neonatalni toksični sindrom

Razred/ime zdravila	Področje registracije v ZDA	Stopnja varnosti v nosečnosti v ZDA*	Glavni zadržki glede reproduktivne varnosti
Karbamazepin		D	<ul style="list-style-type: none"> Povprečna stopnja VPM 2–6% Številni neželeni neonatalni dogodki poleg prirojenih napak
Lamotrigin	-	C	<ul style="list-style-type: none"> Ni jasno, ali poveča tveganje za VPM Ni jasno, ali poveča tveganje za druge neonatalne neželene izide izven področja prirojenih napak Ni dokazov za povečano tveganje za neželene nevrološke razvojne izide
Atipični antipsihotiki			
Olanzapin	Odrasli**	C	<ul style="list-style-type: none"> Tveganje za VPM je nejasno, maloštevilne obsežne raziskave Malo podatkov o reproduktivnem tveganju posameznih zdravil Varnostno opozorilo FDA o tveganju za nenormalne mišične gibe in odtegnitvene simptome pri novorojenčkih Možno tveganje za pretirano povečanje telesne teže in gestacijskega diabetesa zahteva nadaljnje raziskave
Kvetiapin	Odrasli, monoterapija	C	<ul style="list-style-type: none"> Tveganje za VPM je nejasno, maloštevilne obsežne raziskave Malo podatkov o reproduktivnem tveganju posameznih zdravil Varnostno opozorilo FDA o tveganju za nenormalne mišične gibe in odtegnitvene simptome pri novorojenčkih Možno tveganje za pretirano povečanje telesne teže in gestacijskega diabetesa zahteva nadaljnje raziskave
Lurazidon	Odrasli, monoterapija, kombinacije z litijem ali valproatom	B	<ul style="list-style-type: none"> Ni dokazov za teratogenost pri živalih, ni podatkov o reproduktivni varnosti pri ljudeh Za klinično uporabo je na voljo šele kratek čas

* Varnostne kategorije FDA: A - nadzorovane raziskave pri nosečnicah niso dokazale, da bi snov škodovala plodu; B - raziskave na živalih niso dokazale škodljivosti za plod, vendar nadzorovane raziskave na ljudeh niso bile opravljene; C - raziskave so pokazale škodljivost pri živalih, nadzorovanih raziskav pri ljudeh ni, niti za ljudi niti za živali ni raziskav. Korist uporabe teh zdravil v nosečnosti lahko še vedno odtehta tveganje; D - poizvedbene ali postmarketinške raziskave pri ljudeh so dokazale škodljivosti za plod, vendar lahko korist uporabe v nosečnosti še vedno odtehta tveganje. E - kontraindicirano v nosečnosti. **Kombinacija olanzapina in fluoksetina za zdravljenje akutnih epizod depresije pri odraslih z bipolarno motnjo I.

OKRAJŠAVE: FDA –Ameriški Zvezni urad za hrano in zdravila, angl. Food and Drugs Administration; VPM - velike prirojene malformacije.

Preprečevalno zdravljenje

Največje tveganje za relaps bipolarnе motnje je v prvih tednih po porodu. Možnosti za le-to so manjše, če je ženska v nosečnosti prejemale preprečevalno zdravljenje glede na predominantno polarnost bolezni (19). Pri depresivni predominantni polarnosti je praviloma najbolj učinkovit lamotrigin, pogosto je potrebno dodati še antidepresiv. Pri manični predominantni polarnosti so praviloma najbolj učinkoviti atipični antipsihotiki (1). Nadaljevanje preprečevalnega zdravljenja po porodu večinoma zaščiti pred relapsom (49).

Tabela 3. Zdravila za preprečevalno/vzdrževalno zdravljenje bipolarnе motnje (prirejeno po (11)).

Razred/ime zdravila	Področje registracije v ZDA	Stopnja varnosti v nosečnosti v ZDA*	Glavni zadržki glede reproduktivne varnosti
Stabilizatorji razpoloženja			
Litij	Odrasli** monoterapija	D	Tabela 1
Valproat	-	D	Tabela 1
Karbamazepin	-	D	Tabela 1
Lamotrigin	Odrasli, vzdrževalno zdravljenje bipolarnе motnje I	C	Tabela 2
Atipični antipsihotiki			
Klozapin	-	B	Tabela 1
Risperidon	Odrasli, monoterapija, dolgo delujoč preparat za injiciranje	C	Tabela 1
Olanzapin	Odrasli	C	Tabela 1
Kvetiapin	Odrasli, kombinacije z litijem/valproatom	C	Tabela 1
Ziprazidon	Odrasli, kombinacije z litijem/valproatom	C	Tabela 1
Aripiprazol	Odrasli, monoterapija, kombinacije z litijem/valproatom	C	Tabela 1
Asenapin	-	C	Tabela 1
Lurazidon	-	B	Tabela 2
Tipični antipsihotiki	Previdnost pri dolgotrajni uporabi zaradi poslabšanja simptomov depresije in tardivne diskinezije.	C	Tabela 1

* Varnostne kategorije FDA: A - nadzorovane raziskave pri nosečnicah niso dokazale, da bi snov škodovala plodu; B - raziskave na živalih niso dokazale škodljivosti za plod, vendar nadzorovane raziskave na ljudeh niso bile opravljene; C - raziskave so pokazale škodljivost pri živalih, nadzorovanih raziskav pri ljudeh ni, niti za ljudi niti za živali ni raziskav. Korist uporabe teh zdravil v nosečnosti lahko še vedno odtehta tveganje; D - poizvedbene ali postmarketinške raziskave pri ljudeh so dokazale škodljivosti za plod, vendar lahko korist uporabe v nosečnosti še vedno odtehta tveganje. E - kontraindicirano v nosečnosti.

** tveganje za relaps pred porodom lahko se lahko ob nadaljevanju vzdrževalnega zdravljenja z litijem v primerjavi s prekinitvijo zdravljenja celo poveča (19).

OKRAJŠAVE: FDA – Ameriški Zvezni urad za hrano in zdravila, angl. Food and Drugs Administration.

Zdravljenje z zdravili in dojenje

Tveganje za izpostavljenost novorojenčka zdravilom je največje 24 do 48 ur po porodu, ker so takrat koncentracije zdravil v kolostrumu povišane, zato dojenje v tem času odsvetujejo (50). Dojenje je kontraindicirano v epizodi manije ali psihoze, ker motnje spanja ob dodatnih nočnih prebujanjih lahko poslabšajo potek bolezni (51). V britanskih smernicah je hranjenje po steklenički pragmatična rešitev, ko dojenje pri ženski povzroča dodatno pomanjkanje spanja (52). Priporočljivo je dojiti tik pred naslednjim odmerkom zdravila. Tiste, ki prejemajo zdravila s sedativnim učinkom, naj ne spijo skupaj z dojenčkom. Singapurske smernice odsvetujejo dojenje porodnicam, ki začnejo na novo jemati lamotrigin ali benzodiazepin (53). Najbolj sprejemljivi za dojenje so antikonvulzivi (valproat, karbamazepin) in atipični antipsihotiki. Zaradi hepato- in hematotoksičnosti karbamazepina je pri dojenčku treba spremljati vrednosti jetrnih encimov, hematogram in število trombocitov (54). Avstralske smernice odsvetujejo dojenje ob komorbidnih motnjah matere, zaradi katerih bi lahko bilo dojenje oteženo ali bi bila zaradi nespečnosti potrebna sedacija (58). Ob litiju, lamotriginu in klopazepinu se dojenje načeloma odsvetuje zaradi relativno visokih koncentracij v mleku in morebitnih toksičnih učinkih na dojenčka. Smernice se v različnih državah glede priporočil o uporabi litija med dojenjem precej razlikujejo. Odsvetujejo ga ob nezrelosti novorojenčka in ob komorbidnih motnjah matere (55), ali pa priporočajo previden poskus z litijem s spremljanjem dojenčka zaradi hipotonije, letargije in cianoze (56).

Nefarmakološke oblike zdravljenja bipolarnе motnje

Običajno so dopolnilo zdravljenju z zdravili. Raziskovali so učinkovitost elektrokonvulzivne terapije, visokofrekvenčne repetitivne transkranialne magnetne stimulacije, globoke stimulacije možganov, stimulacijo vagusa, ureditev življenjskega sloga in psihoterapije (1). Z dokazi podprte metode za obvladovanje bipolarnе depresije in preprečevanje relapsov v stabilni fazi so za bipolarno motnjo specifična kognitivno-vedenjska terapija, družinska in interpersonalna terapija, terapija socialnih ritmov, skupinska psihoedukacija ter sistematično obvladovanje stresa in učenje tehnik spoprijemanja z različnimi težavami (57). Za nosečnice z bipolarno motnjo, izpostavljene intenzivnim psihosocialnim stresorjem, ki škodljivo vplivajo na potek bolezni in povečajo tveganje za relaps, je psihoterapija učinkovit dodatek k zdravljenju z zdravili. Ti stresorji so negativni življenjski dogodki, družinsko nesoglasje in druge težave v medosebnih odnosih, moten ritem spanja in budnosti ter moteni socialni ritmi (58, 59).

Zaključek

Psihiatrična obravnava ženske z bipolarno motnjo je lahko zelo zahtevna v njenem celotnem poteku. V obporodnem obdobju sodelujemo z drugimi strokovnjaki, na primer s psihologi, ginekologi, socialnimi delavci. Če jih še nismo, bolnico in njene svojece vključimo v skupinsko psihoedukacijo. V obporodnem obdobju je obravnava lahko optimalna, če smo že v začetku zdravljenja imeli v mislih možnost, da bo ženska zanosila in je bilo mogoče zdravljenje urediti tako, da ga bo lahko morda z manjšimi prilagoditvami prejela v tudi v nosečnosti. V Tabeli 4 so strnjene glavne teme obravnave žensk z bipolarno motnjo v obporodnem obdobju.

Tabela 4. Pomembne teme pri obravnavi ženske z bipolarno motnjo v obporodnem obdobju.

-
- zanesljiva kontracepcija;
 - skupinska ali družinska psihoedukacija, če še ni bila opravljena;
 - 5 mg folne kisline dnevno 3 mesece pred načrtovano zanositvijo in med nosečnostjo;
 - valproata in karbamazepina med nosečnostjo ne predpisujemo, izogibamo se tudi litiju;
 - spremljanje hemograma, ledvičnih retentov, železa, hepatograma, ščitničnih hormonov, vitamina B12, folne kisline, glukoze in lipidograma;
 - natančno spremljanje rasti in razvoja ploda, ultrazvočni pregled v 12. tednu, morfologija ploda v 20. tednu, po potrebi pogosteje;
 - skrbno spremljanje kliničnega stanja nosečnice ter koncentracije zdravil v serumu;
 - spremljanje začetnih simptomov relapsa po porodu;
 - dodatna podpora socialnega okolja;
 - natančen pregled novorojenčka, spremljanje rasti in teže, spanja, hranjenja, morebitnih odtegnitvenih znakov.
-

Če je bolnica v obporodnem obdobju v stabilni funkcionalni remisiji, se bo verjetno zmogla ustrezno uglasiti s svojim otrokom, kar bo dobra popotnica za njegovo duševno in telesno zdravje. Ob dobri socialni mreži staršev in podpori širše skupnosti bo imel ustrezno in spodbudno okolje za razvoj v zdravo odraslo osebo.

Literatura

1. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR et al. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Primers* 2018; 4: 18008. doi: 10.1038/nrdp.2018.8.
2. Sit D. Women and bipolar disorder across the life span. *J Am Med Womens Assoc* 2004; 59(2): 91–100.
3. Dell'Aglio Jr. JC, Basso LA, de Lima Argimon II, Arteche A. Systematic review of the prevalence of bipolar disorder and bipolar spectrum disorders in population-based studies. *Trends Psychiatry Psychother* 2013; 35(2): 99–105. Dostopno dne 7. 3. 2018 na: <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892013000200002>.
4. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA et al. Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68(3): 241–51. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12.
5. Belmaker RH. Bipolar disorder (comment). *N Engl J Med* 2004; 351(5): 476–86.
6. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(6): 530–7.
7. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, H Moreno D, Turecki G, Reis C et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2015; 17(1): 1–16. doi: 10.1111/bdi.12271.
8. Berk M, Dodd S, Callaly P, Berk L, Fitzgerald P, de Castella AR et al. History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder. *J Affect Disord* 2007; 103(1–3): 181–6.
9. Pope CJ, Sharma V, Mazmanian D. Bipolar disorder in the postpartum period: management strategies and future directions. *J Womens Health* 2014; 10(4): 359–71.
10. MacCabe JH, Koupil I, Leon DA. Lifetime reproductive output over two generations in patients with psychosis and their unaffected siblings: the Uppsala 1915–1929 Birth Cohort Multigenerational Study. *Psychol Med* 2009; 39: 1667–76. doi: 10.1017/S0033291709005431.
11. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(5): 543–52. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(9): 1039.
12. Epstein RA, Moore KM, Bobo WV. Treatment of bipolar disorders during pregnancy: maternal and fetal safety and challenges. *Drug Healthc Patient Saf* 2015; 7: 7–29.
13. Freeman MP, Gelenberg AJ. Bipolar disorder in women: reproductive events and treatment considerations. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112(2): 88–96. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00526.x.
14. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293–9.
15. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(2): 179–84.
16. Sharma V, Pope CJ. Pregnancy and bipolar disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2012; 73(11): 1447–55. doi: 10.4088/JCP.11r07499.
17. Grof P, Robbins W, Alda M, Berghoefter A, Vojtechovsky M, Nilsson A et al. Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder. *J Affect Disord* 2000; 61(1–2): 31–9.

18. Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ. Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. *Am J Psychiatry* 2011; 168(11): 1179–85. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11010148.
19. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Remnick A et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry* 2007; 164(12): 1817–24.
20. Heron J, Haque S, Oyeboode F, Craddock N, Jones I. A longitudinal study of hypomania and depression symptoms in pregnancy and the postpartum period. *Bipolar Disord* 2009; 11: 410–7. doi: 10.1111/j.1399-5618.2009.00685.x.
21. Jones I, Craddock N. Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 913–7.
22. Maina G, Rosso G, Aguglia A, Bogetto F. Recurrence rates of bipolar disorder during the postpartum period: a study on 276 medication-free Italian women. *Arch Womens Ment Health* 2014; 17(5): 367–72. doi: 10.1007/s00737-013-0405-4.
23. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296(21): 2582–9.
24. Munk-Olsen T, Laursen TM, Meltzer-Brody S, Mortensen PB, Jones I. Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69(4): 428–34. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.157.
25. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2016; 173(2): 117–27. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15010124.
26. Battle CL, Weinstock LM, Howard M. Clinical correlates of perinatal bipolar disorder in an interdisciplinary obstetrical hospital setting. *J Affect Disord* 2014; 158:97-100. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.002
27. Meiser-Stedman C, Curtis V. Management of bipolar affective disorder during pregnancy. *Progress in Neurology and Psychiatry* 2008; 12(7): 5–10. Dostopno dne 4. 3. 2018 na: <https://onlinelibrary.wiley.com/>.
28. Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich LA. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162(1): 79–91.
29. Boden R, Lundgren M, Brandt L et al. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *BMJ* 2012; 345: e7085. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e7085>.
30. Lee HC, Lin HC. Maternal bipolar disorder increased low birthweight and preterm births: a nationwide population-based study. *J Affect Disord* 2010; 121: 100–5. doi: 10.1016/j.jad.2009.05.019.
31. Bodén R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Andersen M, Kieler H. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *BMJ* 2012; 345: e7085. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e7085>.
32. Henin A, Biederman J, Mick E, Sachs GS, Hirshfeld-Becker DR, Siegel RS et al. Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study. *Biol Psychiatry* 2005; 58: 554–61. DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.06.010.

33. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, Leibenluft E, Cohen L, Miller L et al. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry* 2004; 161(4): 608–20. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.4.608.
34. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJM, Steven A, Kushner SA, Bergink V. Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2015; 117–27. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15010124>.
35. Goodwin GM, Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition – recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2009; 23 (4): 346–88. doi: 10.1177/0269881109102919.
36. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline [CG192]. NICE guidance. Dostopno dne 9. 3. 2018 na: www.nice.org.uk.
37. Khan SJ, Fersh ME, Ernst C, Klipstein K, Albertini ES, Lusskin SI. Bipolar Disorder in Pregnancy and Postpartum: Principles of Management. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18(2): 13. doi: 10.1007/s11920-015-0658-x.
38. Meiser-Stedman C, Curtis V. Management of bipolar affective disorder during pregnancy. *Prog Neurol Psychiatry* 2008; 12: 5–10. doi:10.1002/pnp.89.
39. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol* 2011; 117(4): 961–77. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821187a7.
40. Nivoli AM, Murru A, Goikolea JM, Crespo JM, Montes JM, González-Pinto A et al. New treatment guidelines for acute bipolar mania: a critical review. *J Affect Disord* 2012; 140(2): 125–41. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.015.
41. Cipriani A, Barbui C, Salanti G, Rendell J, Brown R, Stockton S et al. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2011; 378(9799): 1306–15. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60873-8.
42. Geddes JR, Calabrese JR, Goodwin GM. Lamotrigine for treatment of bipolar depression: independent meta-analysis and meta-regression of individual patient data from five randomised trials. *Br J Psychiatry* 2009; 194(1): 4–9. doi: 10.1192/bjp.bp.107.048504.
43. Vieta E, Locklear J, Günther O, Ekman M, Miltenburger C, Chatterton ML et al. Treatment options for bipolar depression: a systematic review of randomized, controlled trials. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30(5): 579–90. doi: 10.1097/JCP.0b013e3181f15849.
44. Selle V, Schalkwijk S, Vázquez GH, Baldessarini RJ. Treatments for acute bipolar depression: meta-analyses of placebo-controlled, monotherapy trials of anticonvulsants, lithium and antipsychotics. *Pharmacopsychiatry* 2014; 47(2): 43–52. doi: 10.1055/s-0033-1363258.
45. Loebel A, Cucchiari J, Silva R, Kroger H, Sarma K, Xu J et al. Lurasidone as adjunctive therapy with lithium or valproate for the treatment of bipolar I depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2014; 171(2): 169–77. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13070985.
46. Loebel A, Cucchiari J, Silva R et al. Lurasidone monotherapy in the treatment of bipolar I depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 160–8.
47. Young AH, McElroy SL, Bauer M, Philips N, Chang W, Olausson B et al. A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and lithium monotherapy in adults in the acute phase of bipolar depression (EMBOLDEN I). *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 150–62.

48. Bond DJ, Lam RW, Yatham LN. Divalproex sodium versus placebo in the treatment of acute bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2010; 124: 228–34. doi: 10.1016/j.jad.2009.11.008.
49. Bergink V, Bouvy PF, Vervoort JS, Koorengel KM, Steegers EA, Kushner SA. Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. *Am J Psychiatry* 2012; 169(6): 609–15. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11071047.
50. Ernst CL, Goldberg JF. The reproductive safety profile of mood stabilizers, atypical antipsychotics, and broad-spectrum psychotropics. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(Suppl 4): 42–55.
51. Sharma V, Mazmanian D. Sleep loss and postpartum psychosis. *Bipolar Disord* 2003; 5(2): 98–105.
52. Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, Aronson JK, Barnes T, Cipriani A et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2016; 30(6): 495–553.
53. Ministry of health Sigapore. Bipolar Disorder, MOH Clinical Practice Guidelines 5/2011. Dostopno dne 11. 3. 2018 na: www.moh.gov.sg.
54. Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C, Parikh S, MacQueen G, McIntyre R. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disord* 2005; 7(Suppl 3): 5–69.
55. Moore SJ, Turnpenny P, Quinn A, Glover S, Lloyd DJ, Montgomery T et al. A clinical study of 57 children with fetal anticonvulsant syndromes. *J Med Genet* 2000; 37(7): 489–97.
56. Clinical practice guidelines for depression and related disorders - anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne: beyondblue: the national depression initiative 2013. Dostopno dne 18. 1. 2018 na: <http://resources.beyondblue.org.au/prism/>.
57. Hollon SD, Ponniah K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depress Anxiety* 2010; 27(10): 891–932. doi: 10.1002/da.20741.
58. Miklowitz DJ, Johnson SL. Social and familial factors in the course of bipolar disorder: basic processes and relevant interventions. *Clin Psychol* 2009; 16(2): 281–96. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01166.x.
59. Harvey AG. Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: seeking synchrony, harmony, and regulation. *Am J Psychiatry* 2008; 165(7): 820–9. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08010098.

Shizofrenija v obporodnem obdobju

Petra Jelenko Roth

Uvod

Shizofrenija je težja duševna motnja, pri kateri so mišljenje, zaznavanje, čustvovanje, volja in vedenje lahko tako zelo moteni, da je posameznik hudo oviran že v vsakdanjem življenju. Pogoste so kognitivne motnje (motnje pozornosti in koncentracije, delovnega in dolgoročnega spomina, izvršilnih funkcij, hitrosti obdelave podatkov), ki že okrnjeno funkcioniranje še dodatno poslabšajo. Osebe s shizofrenijo težje navezujejo socialne stike in ohranjajo dolgotrajna partnerska razmerja (1). Zaradi simptomov in diagnoze se počutijo stigmatizirane. Prisotna naj bi bila pri okoli 1 % prebivalstva. Tako kot bipolarna motnja, se tudi shizofrenija običajno začne v adolescenci ali zgodnji odrasli dobi in je pri ženskah prisotna v skoraj celotnem reproduktivnem obdobju. V večini primerov je bolezen znana že pred nosečnostjo. Takrat se pogovorimo o načrtih glede nosečnosti in izberemo zdravila, ki jih pred ali med nosečnostjo morda ne bo potrebno zamenjati. Shizofrenija vpliva na plodnost. Je neodvisni napovednik za slabše izide starševstva, zato potrebujejo matere v poporodnem obdobju in še kasneje pomoč (2). Kljub temu več kot polovica žensk s shizofrenijo zanosi (1, 3). Stopnje abortusa so enake kot v splošni populaciji (4). Ženske s shizofrenijo imajo večje tveganje za zaplete v nosečnosti, ob in po porodu (5). Ob nenadni prekinitvi zdravljenja v obporodnem obdobju je verjetnost relapsa velika, kar lahko vodi v zanemarjanje sebe in otroka in to lahko ima dramatične posledice.

Plodnost oseb s shizofrenijo

Osebe s težjimi duševnimi motnjami bodo manj verjetno postale starši. Njihova plodnost je manjša kot v splošni populaciji, najnižja je pri shizofreniji. Zmanjšana plodnost se s trajanjem motnje nekoliko omili (4, 6). Plodnost moških s shizofrenijo je manjša kot pri ženskah, pri njihovih zdravih starših pa je enaka kot v splošni populaciji (7). Manjša je že pred prvo epizodo psihoze, najbolj zaradi bioloških in okoljskih dejavnikov (8), kasneje pa delno tudi zaradi jemanja antipsihotikov, ki zvišujejo koncentracije prolaktina (9). Pri ženskah se je v zadnjih 20 letih nekoliko povečala, verjetno tudi zaradi večje uporabe atipičnih antipsihotikov, ki koncentracije prolaktina ne povečajo (3). Druga pomembna posledica povečane koncentracije prolaktina v plazmi pri ženskah so motnje menstrualnega ciklusa (amenoreja, oligomenoreja). To vpliva na libido in plodnost in zmanjšuje kakovost življenja, čemur se lahko izognemo z izbiro ustreznega antipsihotika (10). Bolnice, ki so v stabilnem partnerskem razmerju in pri katerih se je prva epizoda psihoze začela kasneje v življenju, imajo povprečno število otrok primerljivo s tistim v splošni populaciji (8).

Tudi ženske s težjimi duševnimi motnjami se odločajo za zdravljenje neplodnosti. Kohortna študija danskega nacionalnega registra žensk, ki so se od leta 1994 do 2009 zdravile zaradi neplodnosti, je pokazala, da je prevalenca žensk z diagnozo shizofrenije ali druge psihotične

motnje, ki se zdravijo zaradi neplodnosti, manjša kot v splošni populaciji. Pri njih je zdravljenje neplodnosti manj uspešno kot pri ženskah, ki nimajo psihoze (40 % proti 51,9 %). Izidi poroda so podobni kot pri ženskah brez psihoze (11).

Nosečnost in poporodno obdobje

Motnja je običajno znana že pred nosečnostjo in v tem času je žensko potrebno povprašati o načrtih glede zanositve, kontracepciji in prilagoditi terapijo. V Evropi in ZDA ima okoli 60 % žensk s shizofrenijo otroke. V času nosečnosti in po porodu potrebujejo več kot standardno psihiatrično in somatsko oskrbo, zaželeno je multidisciplinarna, tudi skupnostna obravnava. Družine, skrbniki in okolje pogosto ne odobravajo nosečnosti, zato lahko ženska s psihozo nosečnost prikriva, kar ji onemogoči ustrezno oskrbo. V Avstraliji se 25 % nenačrtovanih nosečnosti pri ženskah s shizofrenijo zaključijo z abortusom.

Ženske s težjimi duševnimi motnjami pogosto zanosijo brez v naprej prilagojene terapije. Tiste, ki so stabilne in jemljejo vzdrževalno terapijo, pogosto samovoljno prenehajo z zdravljenjem, ko ugotovijo, da so noseče, ker jih skrbi vpliv zdravil na plod, to pa lahko vodi do relapsa (6). Hudo bolne nosečnice pa lahko v svoji psihozi nosečnost zanikajo, še posebej, če so pred tem že izgubile skrbništvo za otroka. To zanikanje lahko privede do zavračanja prenatalne oskrbe, v skrajnih primerih ne prepoznajo začetka poroda in tako ostanejo brez pomoči (12). Nenadna prekinitve zdravljenja v nosečnosti prinaša veliko tveganje za relaps. Tveganje za relaps v prvih 3 mesecih po porodu zaradi prekinitve zdravljenja je okoli 25 %. Zato v obporodnem obdobju skrbno spremljamo psihično stanje bolnic, da preprečimo in pravočasno zdravimo poslabšanja.

Največje tveganje za hospitalizacijo zaradi akutnega poslabšanja shizofrenije v obporodnem obdobju je v prvih 9 dneh po porodu, v prvem letu po porodu je manjše kot v letu pred nosečnostjo. Prav tako je v celotnem obporodnem obdobju manj urgentnih pregledov in samopoškvalnega vedenja kot v letu pred nosečnostjo (13).

Če trenutni antipsihotik močno vpliva na metabolizem, pred načrtovano nosečnostjo zamenjamo terapijo ali pa previdno znižamo odmere in tako preprečimo ali vsaj zmanjšamo možnost za dodatne metabolne zaplete. Priporočljivo je izbrati antipsihotik s čim manjšim vplivom na metabolizem že na začetku zdravljenja. Aripiprazol naj bi imel prednost pred pogostejše uporabljanimi olanzapinom, risperidonom in kvetiapiinom (14).

Zaskrbljujoči so tudi drugi metabolni dejavniki. Prehrana številnih žensk s težjimi duševnimi motnjami je manj kakovostna, kar ima za posledico prekomerno telesno težo. K njej prispevajo še neželeni učinki zdravil, premalo telesne aktivnosti, pomanjkanje energije in

drugi dejavniki življenjskega sloga, ki so povezani s slabimi porodnimi izidi za žensko in otroka. Pred in med nosečnostjo pomagamo pri skrbi za urejen krvni tlak, ustrezen dnevni vnos kalorij in prenehanje kajenja, kar ima tako pri osebah s shizofrenijo kot pri tistih brez nje najpogosteje zmeren uspeh (15, 16). Nosečnice s psihotičnimi motnjami bolj verjetno kadijo in uživajo alkohol in psihoaktivne snovi kot tiste brez psihotične motnje in pogosteje so žrtve nasilja.

Najpogostejši perinatalni zapleti pri shizofreniji so abrupcija placente, premajhna teža in dolžina za gestacijsko starost ter prirojene srčno-žilne malformacije pri novorojenčku. Zapleti pri novorojenčkih so najpogostejši pozimi, prenizka porodna teža pa spomladi (5). Kanadska raziskava (17) je pokazala, da imajo nosečnice s shizofrenijo v primerjavi z nosečnicami brez nje večje tveganje za preeklampsijo in eklampsijo (3,7 % proti 1,9 %), venske tromboembolizme (1,7 % proti 0,5 %) in gestacijski diabetes (3,9 % proti 1,2 %). Porod se pogosteje zaključuje s carskim rezom. Njihovi novorojenčki imajo večje tveganje za prezgodnji porod ter da bodo premajhni ali preveliki za gestacijsko starost, tudi umrljivost novorojenčkov je večja kot pri zdravih materah. Pogosteje zanosijo v letih pozne adolescence (8,5 % proti 5,2 %) in imajo nižje dohodke kot zdrave matere (38,4 % proti 23,7 %). Skoraj četrtina je hospitaliziranih v letu pred nosečnostjo, v nosečnosti pa 12 %. V nosečnosti jih več kot 70 % opravi vsaj en pregled pri psihiatru ali psihologu.

Izraelska raziskava o zdravstveni oskrbi več kot 5000 nosečnic z duševnimi motnjami, ki je trajala 10 let, je pokazala, da se nosečnice s shizofrenijo (in depresijo) najmanj udeležujejo preiskav, namenjenih skrbi za svoje zdravje, kot je obremenilni test za glukozo (OGTT). Manj jih redno prihaja na preventivne ginekološke preglede, po drugi strani pa želijo pogostejše preglede, ki so namenjeni skrbi za plod. Potrdili so, da lahko psihiatrično zdravljenje izboljša nekatere vidike sodelovanja v prenatalni oskrbi (18).

Nosečnice s shizofrenijo imajo pogosteje od zdravih žensk partnerja s psihiatrično diagnozo ali so samske in brez stabilne socialne mreže, tako da jim podpora zdravstvene oskrbe predstavlja vir pomoči in zaupanja (6). Čas po porodu je tvegano obdobje za relaps simptomov shizofrenije, vendar manj kot pri bipolarni motnji (19). Samomorilnost mater in infanticid sta redka (20).

Posledice materine shizofrenije pri otroku

Psihopatologija pri starših je pomemben nespecifični napovednik številnih motenj pri potomcih (21). Že sama bolezen poveča tveganje za porodne zaplete pri ženski in pri novorojenčku. Povezana je lahko z najtežjimi izidi za novorojenčka (mrtвороjenost, smrt dojenčka, duševna manjrazvitost). Shizofrenija (in bipolarna motnja) je neodvisni dejavnik za prirojene malformacije pri plodu (22).

Otroci žensk s shizofrenijo imajo večje tveganje za duševne motnje kot splošna populacija. Če je bolan eden od staršev, je vseživljenjsko tveganje za shizofrenijo pri njegovih otrocih 7 % (23), za razvoj katerekoli psihiatrične motnje pa 55 % (24). Pogosti so motorični in kognitivni zaostanki v razvoju (25), čustvene težave v predšolskem obdobju, motnje pozornosti in težave pri socialnem prilagajanju, na primer v šoli. V obdobju pred in med nosečnostjo se tveganje prenaša z interakcijami med genetskimi dejavniki, porodniškimi zapleti ter nevrološkim razvojem (26). Pomembno vlogo imajo tudi psihosocialni in okoljski dejavniki (socialne stiske, življenje v urbanih središčih) (27), migracije in narodnost (28). Tveganje za psihozo povečajo stiske in travme v otroštvu, biološka podlaga za to naj bi bila večja občutljivost za stres pri otroku (29).

Shizofrenija in starševstvo

Ustrezno starševstvo je temelj za dober socialni, čustveni in vedenjski razvoj otroka. Otrokovo prilagodljivost oblikuje ustrezen starševski nadzor (disciplina, spremljanje, avtonomija) kot tudi čustvene komponente vedenja staršev (toplina, sprejemanje, odzivnost) (30). Ženske z neafektivnimi težjimi duševnimi motnjami zato potrebujejo v nosečnosti in starševstvu veliko več podpore kot ženske z bipolarno motnjo in afektivnimi psihozami (31). Na sposobnost za starševstvo pri ženski s shizofrenijo vpliva stabilnost njene družine, socialno-ekonomski status in klinični potek bolezni (2). Na kakovost odnosa z otrokom vplivajo tudi trajanje bolezni, odmere zdravil, zakonski stan in zaposlitveni status (32). Veliko mater s psihotičnimi motnjami ima težave s svojo starševsko vlogo in v skrajnih primerih izgubijo skrbništvo za svojega otroka (1).

Tako kot matere z drugimi duševnimi motnjami tudi večina mater s shizofrenijo sama vzgaja svoje otroke. Na skrb za svojega otroka so ponosne, številne želijo prevzeti odgovornost kljub duševni motnji in pogostim neugodnim okoliščinam. Vendar je kakovost materinske skrbi pri shizofreniji običajno slabša kot pri zdravih materah (33). Kažejo manj pozitivnih čustvenih odzivov in imajo manj socialnih stikov s svojimi dojenčki kot zdrave matere. Pri igri z dojenčki so, v primerjavi z ženskami z motnjami razpoloženja, bolj oddaljene, tihe, manj občutljive in manj odzivne, bolj intruzivne, neobčutljive in odmaknjene. Njihova interakcija z dojenčki je manj zadovoljiva za oba, manj vznemirljiva in bolj resna. So manj odzivne in imajo več neobičajnih vedenj zaradi psihološke odmaknjenosti iz interakcij (34). Njihovi dojenčki so bolj 'izogibajoči' od ostalih dojenčkov. Dejavniki, ki ovirajo njun odnos, so pozitivni in negativni simptomi, kognitivne motnje, družbeni stres, kot je stigma in pomanjkanje zaščitnih dejavnikov. Mati je lahko neodzivna za potrebe svojega otroka, ker njene blodnje ali halucinacije zahtevajo pozornost. Lahko je manj dostopna otroku zaradi pomanjkanja motivacije za nego. Zaradi motenj pozornosti se na dojenčka prepozno odziva. Zaradi kognitivnih motenj težje zagotavlja

podporo njegovemu kognitivnemu razvoju. Zato je pomembno, da jemlje terapijo, ki izboljša nadzor nad simptomi (35).

Zdravljenje shizofrenije v obporodnem obdobju

Večinoma je potrebno z zdravljenjem shizofrenije med nosečnostjo in po porodu nadaljevati. Nezdravljena psihoza je močan psihološki stresor in prinaša vedenjske spremembe, ki ogrožajo tako žensko kot plod in pomembno vpliva na navezovanje med dojenčkom in materjo po porodu. Antipsihotiki so skupaj s psihološkimi intervencami prva izbira pri zdravljenju shizofrenije (36). Splošno navodilo je, da je tipični antipsihotik najmanj škodljiva izbira za nosečnice, ki še nikoli niso jemale antipsihotikov. Če zanosi ženska, ki jih že jemlje, naj bi z njimi nadaljevala (37).

Večina najpogosteje predpisanih atipičnih antipsihotikov v nosečnosti (olanzapin, kvetiapin in risperidon) ne poveča tveganja za prirojene malformacije ploda (38). Glavna ugotovitev nedavne italijanske sistematične pregledne študije o atipičnih antipsihotikih v nosečnosti je, da je najbolj razumna in najmanj škodljiva izbira zdravljenja shizofrenije (in bipolarnе motnje) pri nosečnicah še varen najnižji odmerek zdravila, ki ga že jemlje (39). Po podatkih za ZDA se je v zadnjih letih močno povečalo število nosečnic s predpisanim atipičnim antipsihotikom, s 3 na 1000 nosečnosti v letu 2001 na 8 na 1000 v letu 2007. Uporabljajo se namreč tako pri nosečnicah s shizofrenijo, kot pri tistih z bipolarno motnjo, unipolarno depresijo in drugimi psihiatričnimi motnjami (40, 41).

Z njihovo uporabo so povezane metabolne motnje pri nosečnici, predvsem gestacijski diabetes in debelost (37), ki pa bi se verjetno pojavile tudi, če ženska ne bi bila noseča. Incidenca gestacijskega diabetesa je pri nosečnicah, ki jemljejo antipsihotike, večja kot pri nosečnicah, ki jih ne jemljejo (4,2 % proti 1,7 %) (14). Metabolne motnje, ne glede na vzrok, povečajo tveganje za porodniške zaplete.

Zaenkrat še nobena raziskava ni dokončno potrdila vzročne povezanosti med izpostavljenostjo antipsihotiku in izidi nosečnosti. Izpostavljenost antipsihotikom naj ne bi povečala tveganja za prevelikega novorojenčka, mrtvorojenost in spontani splav. Potrebno pa je skrbno spremljanje nosečnice in zmanjševanje ostalih dejavnikov tveganja. V metaanalizah pogosto naletijo na pomembne begajoče spremenljivke, kot so kajenje, zloraba psihoaktivnih snovi, debelost in socialno-ekonomski status (42).

Tipični in atipični antipsihotiki so lipofilni in prehajajo skozi placentalno krvno bariero. Odstotki prehajanja iz seruma matere za posamezne antipsihotike znašajo 72,1 % za olanzapin, 65,5 % za haloperidol, 49,2 % za risperidon in 24,1 % za kvetiapin (43). V Španiji so opisali

primer nosečnice s shizoafektivno motnjo, ki je prejela dolgo delujoči preparat paliperidon palmitat, ki ni imel neželenih učinkov ne na nosečnost, ne na otroka (44). Podatki o varnosti klozapina v obporodnem obdobju so na voljo le iz posameznih objavljenih primerov. Ne potrjujejo povečanega tveganja za prirojene malformacije pri izpostavljenem plodu, vendar imajo nosečnice dvakrat večje stopnje gestacijskega diabetesa. Akumulira se v serumu ploda in je lahko vzrok za sindrom ohlapnega novorojenčka, zmanjša variabilnost plodovega srčnega utripa, pri dojenčku lahko sproža krče. Prehaja placentarno krvno bariero, akumulira se v mleku in pri dojenem otroku poveča tveganje za agranulocitozo (45).

Zaključek

Ženske s shizofrenijo imajo že zaradi same bolezni veliko tveganje za zaplete v nosečnosti in za večjo umrljivost novorojenčkov (46). Pri nosečnicah so pogostejše preeklampsije, slabša rast ploda, prezgodnji porod, nizka porodna teža ter mrtвороjenost in večja umrljivost novorojenčkov. Za boljši dolgoročni izid nosečnosti je pomembno že pred zanositvijo čim bolj zmanjšati dejavnike tveganja (povečana telesna teža, kajenje, zloraba psihoaktivnih substanc, zdrav življenjski slog) in prilagoditi psihiatrično terapijo. Splošno priporočilo za zdravljenje shizofrenije v nosečnosti je nadaljevanje z antipsihotikom (ki po možnosti ne povzroča metaboličnih motenj) v najnižjem še učinkovitem odmerku.

Glede na to, da je večina žensk vključenih v sistem prenatalne oskrbe in da jih večina rodi v porodnišnici, je to obdobje idealno za vključitev psihiatričnih in socialnih služb v obravnavo in vzpostavitev terapevtskega odnosa z njimi. Multidisciplinarna obravnava namreč pripomore k dolgoročnemu okrevanju in zdravemu prehodu v starševstvo (47).

Literatura

1. Howard LM. Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 119(1): 3–10.
2. Abel KM, Webb RT, Salmon MP, Wan MW, Appleby L. Prevalence and predictors of parenting outcomes in a cohort of mothers with schizophrenia admitted for joint mother and baby psychiatric care in England. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(6): 781–9.
3. Vigod SN, Seeman MV, Ray JG, Anderson GM, Dennis CL, Grigoriadis S et al. Temporal trends in general and age-specific fertility rates among women with schizophrenia (1996–2009): a population-based study in Ontario, Canada. *Schizophr Res* 2012; 139(1–3): 169–75. doi:10.1016/j.schres.2012.05.010.
4. Laursen, TM, Munk-Olsen, T. Reproductive patterns in psychotic patients. *Schizophr Res* 2010; 121: 234–40. doi: 10.1016/j.schres.2010.05.018.
5. Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich L. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162(1): 79–91.
6. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet* 2014; 384(9956): 1789–99. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61278-2.
7. Bundy H, Stahl D, MacCabe JH. A systematic review and meta-analysis of the fertility of patients with schizophrenia and their unaffected relatives. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123(2): 98–106. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01623.x.
8. Zimbron J, Stahl D, Hutchinson G, Dazzan P, Morgan K, Doody GA et al. Pre-morbid fertility in psychosis: findings from the AESOP first episode study. *Schizophr Res* 2014; 156(2–3): 168–73. doi: 10.1016/j.schres.2014.04.007.
9. Howard, LM, Kumar, C, Leese, M, and Thomicroft, G. The general fertility rate in women with psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 991–9.
10. Dickson RA, Glazer WM. Neuroleptic-induced hyperprolactinemia. *Schizophr Res* 1999; 35 Suppl: S75–86.
11. Ebdrup NH, Assens M, Hougaard CO, Pinborg A, Hageman I, Schmidt L. Assisted reproductive technology (ART) treatment in women with schizophrenia or related psychotic disorder: a national cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 177: 115–20. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.03.013.
12. Jenkins A, Millar S, and Robins J. Denial of pregnancy: a literature review and discussion of ethical and legal issues. *J R Soc Med* 2011; 104: 286–91. doi: 10.1258/jrsm.2011.100376.
13. Rochon-Terry G, Gruneir A, Seeman MV, Ray JG, Rochon P, Dennis CL. Hospitalizations and emergency department visits for psychiatric illness during and after pregnancy among women with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2016; 77(4): 541–7. doi: 10.4088/JCP.14m09697.
14. Bodén R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Kieler H. Antipsychotics during pregnancy: relation to fetal and maternal metabolic effects. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69(7): 715–21. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1870.
15. Teasdale SB, Ward PB, Rosenbaum S, Samaras K, Stubbs B. Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2017; 210(2): 110–8. doi: 10.1192/bjp.bp.115.177139.

16. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2: CD007253. doi: 10.1002/14651858.CD007253.pub3.
17. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis CL, Gruneir A, Newman A, Seeman MV et al. Maternal and newborn outcomes among women with schizophrenia: a retrospective population-based cohort study. *BJOG* 2014; 121(5): 566–74. doi: 10.1111/1471-0528.12567.
18. Ben-Sheetrit J, Huller-Harari L, Rasner M, Magen N, Nacasch N, Toren P. Psychiatric disorders and compliance with prenatal care: A 10-year retrospective cohort compared to controls. *Eur Psychiatry* 2018; 49: 23–9. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.11.011.
19. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296: 2582–9. DOI: 10.1001/jama.296.21.2582.
20. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG* 2011; 118 Suppl 1: 1–203. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02847.x.
21. McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2012; 200(4): 290–9. doi: 10.1192/bjp.bp.111.101253.
22. Tosato S, Albert U, Tomassi S, Iasevoli F, Carmassi C, Ferrari S et al. A Systematized Review of Atypical Antipsychotics in Pregnant Women: Balancing Between Risks of Untreated Illness and Risks of Drug-Related Adverse Effects. *J Clin Psychiatry* 2017; 78(5): e477–e489. doi: 10.4088/JCP.15r10483.
23. Gottesman II, Laursen TM, Bertelsen A, Mortensen PB. Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(3): 252–7. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.1.
24. Rasic D, Hajek T, Alda M, Uher R. Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophr Bull* 2014; 40(1): 28–38. doi:10.1093/schbul/sbt114.
25. Welham J, Isohanni M, Jones P, McGrath J. The antecedents of schizophrenia: a review of birth cohort studies. *Schizophr Bull.* 2009 May; 35(3): 603–23.
26. Rapoport JL, Giedd JN, Gogtay N. Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Mol Psychiatry* 2012; 17(12): 1228–38. doi: 10.1038/mp.2012.23.
27. Marcelis M, Navarro-Mateu F, Murray R, Selten JP, Van Os J. Urbanization and psychosis: a study of 1942-1978 birth cohorts in The Netherlands. *Psychol Med* 1998; 28(4): 871–9.
28. van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature* 2010; 468(7321): 203–12. doi: 10.1038/nature09563.
29. Lardinois M, Lataster T, Mengelers R, Van Os J, Myin-Germeys I. Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123(1): 28–35. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01594.x.
30. Kiff CJ, Lengua LJ, Zalewski M. Nature and Nurturing: Parenting in the Context of Child Temperament. *Clinical child and family psychology review* 2011; 14(3): 251–301. doi:10.1007/s10567-011-0093-4.
31. Taylor CL, Stewart R, Ogdon J, Broadbent M, Pasupathy D, Howard LM. The characteristics and health needs of pregnant women with schizophrenia compared with bipolar disorder and affective psychoses. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 88. doi: 10.1186/s12888-015-0451-8.

32. Wan MW, Salmon MP, Riordan DM, Appleby L, Webb R, Abel KM. What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia? *Psychol Med* 2007; 37(4): 537–46. DOI: 10.1017/S0033291706009172.
33. Bosanac P, Buist A, Burrows G. Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37(1): 24–30. DOI: 10.1046/j.1440-1614.2003.01104.x.
34. Riordan D, Appleby L, Faragher B. Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders. *Psychol Med* 1999; 29(4): 991–5.
35. Middeldorp CM, Wesseldijk LW, Hudziak JJ, Verhulst FC, Lindauer RJ, Dieleman GC. Parents of children with psychopathology: psychiatric problems and the association with their child's problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016; 25(8): 919–27.
36. National Institute for Health and Care Excellence: Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014. Dostopno dne 15. 4. 2018 na: www.nice.org.uk.
37. Gentile S. Antipsychotic Therapy During Early and Late Pregnancy. A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*. 2010; 36(3): 518–44.
38. Jayashri K, Storch A, Baraniuk A, Gilbert H, Gavrilidis E, Worsley R. Antipsychotic use in pregnancy. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2015; 16: 1335–45. doi: 10.1517/14656566.2015.1041501.
39. Tosato S, Albert U, Tomassi S, Iasevoli F, Carmassi C, Ferrari S et al. A Systematized Review of Atypical Antipsychotics in Pregnant Women: Balancing Between Risks of Untreated Illness and Risks of Drug-Related Adverse Effects. *J Clin Psychiatry* 2017; 78(5): e477–e489. doi: 10.4088/JCP.15r10483.
40. Toh S, Li Q, Cheetham TC et al. Prevalence and trends in the use of antipsychotic medications during pregnancy in the U.S., 2001–2007: A population-based study of 585,615 deliveries. *Archives of women's mental health* 2013; 16(2): 149–57. doi: 10.1007/s00737-013-0330-6.
41. Epstein RA, Bobo WV, Shelton RC, Arbogast PG, Morrow JA, Wang W et al. Increasing use of atypical antipsychotics and anticonvulsants during pregnancy. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2013; 22(7): 794–801. doi: 10.1002/pds.3366.
42. Coughlin CG, Blackwell KA, Bartley C, Hay M, Yonkers KA, Bloch MH. Obstetric and Neonatal Outcomes After Antipsychotic Medication Exposure in Pregnancy. *Obstetrics and gynecology* 2015; 125(5): 1224–35. doi: 10.1097/AOG.0000000000000759.
43. Newport DJ, Calamaras MR, DeVane CL, Donovan J, Beach AJ, Winn S et al. Atypical antipsychotic administration during late pregnancy: placental passage and obstetrical outcomes. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(8): 1214–20. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.06111886.
44. Zamora Rodríguez FJ, Benítez Vega C, Sánchez-Waisen Hernández MR, Guisado Macías JA, Vaz Leal FJ. Use of Paliperidone Palmitate Throughout a Schizoaffective Disorder Patient's Gestation Period. *Pharmacopsychiatry* 2017; 50(1): 38–40. doi: 10.1055/s-0042-110492.
45. Mehta TM, Van Lieshout RJ. A review of the safety of clozapine during pregnancy and lactation. *Arch Womens Ment Health* 2017; 20(1): 1–9. doi: 10.1007/s00737-016-0670-0.
46. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis CL, Gruneir A, Newman A, Seeman MV et al. Maternal and newborn outcomes among women with schizophrenia: a retrospective population-based cohort study. *BJOG* 2014; 121(5): 566–74. doi: 10.1111/1471-0528.12567.
47. Rochon-Terry G, Gruneir A, Seeman MV, Ray JG, Rochon P, Dennis CL. Hospitalizations and emergency department visits for psychiatric illness during and after pregnancy among women with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2016; 77(4): 541–7. doi: 10.4088/JCP.14m09697.

Popородna psihoza

Tea Terzić

Uvod

Porod predstavlja izrazit stres za organizem, katerega spremljajo številne hormonske in psihične spremembe. Zato ni presenetljivo, da so duševne motnje pri ženskah po porodu pogostejše kot sicer v življenju. Poporodna psihoza je nenadna in ogrožujoča motnja, ki pomembno vpliva na materino funkcioniranje in zahteva takojšnje zdravljenje. Ustrezna čustvena vez med materjo in dojenčkom je izjemnega pomena za otrokov čustveni, kognitivni in vedenjski razvoj (1). Poporodna psihoza ima zato velik vpliv na dobrobit matere, otroka, njune družine in širše družbe. Dobro sodelovanje med psihiatri, porodničarji in kliničnimi psihologi zagotavlja hitro opredelitev simptomatike in obravnavo.

Epidemiologija in klasifikacije

Poporodna psihoza je redka duševna motnja, saj je njena prevalenca 1–2 primera na 1000 rojstev v splošni populaciji (2). Pogosteje se pojavi pri ženskah z bipolarno motnjo (260 na 1000 primerov) ter pri ženskah z bipolarno motnjo in družinsko anamnezo poporodne psihoze (570 na 1000 primerov) (3).

V klasifikacijskih sistemih poporodna psihoza ni uvrščena kot samostojna entiteta. V MKB-10 (Mednarodni klasifikaciji bolezni 10) je opisana pod kategorijo duševnih in vedenjskih motenj povezanih s puerperijem, v DSM IV (angl. Diagnostic and Statistical Manual IV) in DSM V pa ni kategorično opredeljena. Kljub temu se ime poporodna psihoza uporablja med zdravstvenimi delavci in ženskami samimi (4). Ime bolezni je nekoliko zavajajoče, saj glede na fenomenološke, epidemiološke in terapevtske podatke sodi v diagnostično neodvisno entiteto znotraj bipolarne motnje razpoloženja (4).

Etiološki dejavniki

Patofiziološka podlaga poporodne psihoze je slabo raziskana. Biološke etiološke dejavnike podpira hiter in nenaden začetek simptomov po porodu. Padeč koncentracije gonadnih steroidnih hormonov, progesterona in estrogena lahko vpliva na razpoloženjske in psihične simptome (5). Vpletenost estrogena v etiologijo poporodne psihoze potrjujejo nekatere raziskave, estrogen ima tudi ugoden vpliv na zmanjšanje simptomov psihoze, znana je tudi njegova povezava s koncentracijo serotonina (6, 7). Določene raziskave kažejo tudi na povezavo med pojavom poporodne psihoze in neravnovesjem imunskega sistema (8) ter avtoimunimi boleznimi (9).

Najpomembnejši dejavnik tveganja za razvoj poporodne psihoze je diagnoza bipolarnе motnje razpoloženja ali psihotične motnje pri nosečnici ter podatki o poporodni psihozi v preteklosti. Pomemben dejavnik tveganja je tudi družinska anamneza poporodne psihoze ali bipolarnе motnje (10). Pri ženskah z bipolarno motnjo porod predstavlja velik dejavnik tveganja za poporodno psihozo ali poslabšanje motnje razpoloženja (4).

Poporodna psihoza se pogosteje pojavi pri prvem porodu ter pri zapletenih porodih (11) in izraziti nespečnosti (12). Večja verjetnost poporodne psihoze med prvorođkami je lahko posledica bioloških in psihosocialnih razlik med prvo in kasnejšimi nosečnostmi (4). Psihološki stresorji imajo vpliv na depresivne in anksiozne motnje po porodu, vendar ne na razvoj poporodne psihoze (4).

Klinična slika

Začetek poporodne psihoze je nenaden, polovica simptomov se pokaže že v prvem do tretjem dnevju po porodu (13). Bolezen se večinoma razvije v prvem mesecu po porodu (14). Vedenje porodnice se dramatično spremeni. Zgodnji simptomi so lahko nespečnost, nihajoče razpoloženje in obsesivne skrbi glede novorojenčka. Zatem se lahko pojavijo paranoide, veličavske ali bizarne blodnje, vidne ali slušne halucinacije, dezorganizirano vedenje ter razpoloženske motnje v obliki hude depresije, manije ali mešanih stanj. Klinična slika je lahko podobna deliriju, pojavijo se lahko dezorientiranost, zmedenost, neprepoznavanje oseb, derealizacije in depersonalizacije. Shizofreni simptomi po Schneiderju so po navadi odsotni (15). Vedno moramo previdno povprašati o mislih o samopoškodovanju in škodovanju dojenčku. Blodnjave misli so lahko zelo realno doživete in nevarne. Mati lahko misli, da je dojenček obseden, ima posebne nadnaravne moči ali je mrtev. Infanticid in samomor sta prisotna v 4 % oziroma 5 % poporodnih psihoz (15). Manični in depresivni simptomi so v klinični sliki prevladujoči, zato poporodna psihoza bolj spominja na motnjo razpoloženja. Po prvi preboleli poporodni psihozi ima ženska 35–65 % tveganje za razvoj bipolarnе motnje (16). Zato je pomembno razlikovati med ženskami z dolgotrajno psihotično motnjo in ženskami z akutnim začetkom poporodne psihoze.

Diferencialna diagnoza

Poporodno psihozo je potrebno ločiti od drugih duševnih motenj. Bistveno pogosteje od poporodne psihoze se pojavlja poporodna depresija, katero opažamo pri približno desetini porodnic. Pri poporodni depresiji se pojavijo simptomi apatije, brezvolj-

nosti, razdraženosti, anksioznosti, socialne izolacije in občutki krivde. V polovici primerov se simptomi začnejo že med nosečnostjo in se nadaljujejo po porodu ali pa se začnejo v prvem letu po porodu. Poporodna depresija z izrazito zgodnjim začetkom po porodu in s psihotičnimi simptomi je lahko epizoda bipolarnе motnje (17). Po porodu se lahko bipolarna motnja pojavi prvič, lahko pa gre za relaps kronične bolezni.

Izrazita, a kratkotrajna in pogosta duševna motnja je poporodna otožnost, ki se pojavi tretji do peti dan po porodu pri več kot polovici mater. Kaže se z nihajočim razpoloženjem, jokavostjo, disforijo in razdražljivostjo. Pri poporodni otožnosti ni psihotičnih simptomov in simptomatika mine v parih urah do nekaj dneh brez zdravljenja (več v poglavju o obporodni depresiji).

Diferencialno diagnostično je pomembna tudi obsesivno kompulzivna motnja, saj se obsesivno kompulzivni simptomi pogosto pojavljajo pri poporodni psihozi (več v poglavju o obsesivno kompulzivni motnji).

Diferencialna diagnoza poporodne psihoze vključuje tudi somatske bolezni. Pomembno je izključiti eklampsijo, kap, paraneoplastični encefalitis, hipovitaminoze, citrulinemijo tip 1, bolezni ciklusa sečnine, primarni hipoparatiroidizem in druge infekcijske, avtoimune in metabolne bolezni ter z zdravili inducirano psihozo (18).

Obravnav

Poporodna psihoza je urgentno stanje, ki se obravnava v psihiatrični bolnišnici. Zagotoviti moramo varno okolje za porodnico in dojenčka. V nekaterih državah v tujini imajo posebne oddelke, namenjene zdravljenju mater z dojenčki, kjer se spodbuja sobivanje, dojenje in ustvarjanje ustrezne navezave ter nudi psihoedukacija in podpora širši družini (4). V Sloveniji matere po porodu obravnavamo v splošnih psihiatričnih bolnišnicah. Odločitev porodničarja o napotitvi porodnice v psihiatrično bolnišnico naj temelji na posvetu s psihiatrom (Tabela 1).

Tabela 1. Odločanje o sprejemu v psihiatrično bolnišnico v poporodnem obdobju.

<ul style="list-style-type: none"> • izrazita sprememba vedenja s pomembno oviranostjo • sum na poporodno psihozo – akutni začetek nove epizode kmalu po porodu • nenadno poslabšanje psihičnega stanja ali nihajoči simptomi • psihotični simptomi, še zlasti imperativne halucinacije, blodnje o zunanji kontroli nad telesom • blodnje, vezane na otroka • slaba podpora partnerja in drugih družinskih članov • prejšnje hude epizode bolezni • samomorilne misli • agresivnost do drugih • nevarnost za poškodovanje otroka, vključno s slabo nego in pomanjkanjem navezovanja

Pri sumu na poporodno psihozo je potrebno narediti natančno psihiatrično in somatsko anamnezo in pregled, splošni somatski in nevrološki pregled. Laboratorijske preiskave in radiološka diagnostika so nam v pomoč pri izključevanju organskih vzrokov simptomov (Tabela 2).

Tabela 2. Seznam laboratorijskih in diagnostičnih preiskav pri klinični sliki poporodne psihoze.

Laboratorijska analiza krvi	Laboratorijska analiza urina	Radiološke preiskave*
<ul style="list-style-type: none"> • hemogram • elektroliti • sečnina, kreatinin • kalcij • hepatogram • ščitnični hormoni • krvni sladkor • vitamin B1, B12 in folat* 	<ul style="list-style-type: none"> • osnovna urinska analiza • urinski test na droge* 	<ul style="list-style-type: none"> • CT glave • MRI glave

*Preiskavo opravimo ob ustrezni indikaciji.

Pri vsaki ženski s poporodno psihozo je pomembno vprašati o prisotnosti misli, da bi škodovala sebi ali otroku. Blodnjave ideje o škodovanju sebi ali otroku so v skladu s psihotičnim doživljanjem. Z izgubo realitetne kontrole lahko pride do nevarnih situacij, zato je potrebno zagotoviti varno okolje za mater in dojenčka. Dojenje in ohranjanje navezave med materjo in dojenčkom se v varnem in nadzorovanem okolju vzpodbuja. V primeru, da sobivanje ni možno, je potrebno otroka ločiti od matere, ob tem je zelo pomembno sodelovanje partnerja in družine.

Pomemben del obravnave je psihoedukacija porodnice in svojcev, psihološka in socialna podpora ter doseganje ustrezne terapevtske adherence. Večina bolnic doseže polno remisijo, ki se v povprečju vzpostavi po 40 dneh (19).

Farmakoterapija

Pri nosečnicah s tveganjem za poporodno psihozo skušamo bolezen preprečiti. V teh primerih je zelo pomembno redno ambulantno vodenje pri psihiatru v času nosečnosti in po porodu. Tveganje za poporodno psihozo je večje pri ženskah z bipolarno motnjo, psihotično motnjo ali izkušnjo poporodne psihoze v preteklosti (20). Natančno spremljanje po porodu je pomembno tudi pri ženskah, ki imajo v družini anamnezo poporodne psihoze.

Pri ženskah z bipolarno motnjo je pomembno redno psihiatrično vodenje med nosečnostjo. Pri težko potekajoči in ponavljajoči se bipolarni motnji je pomembno vzdrževalno zdravljenje med nosečnostjo. Bipolarna motnja se lahko med nosečnostjo ponovi, predvsem pa obstaja velika verjetnost poporodne psihoze. Pri nosečnicah z anamnezo izolirane poporodne psihoze pa svetujemo profilakso z antipsihotiki takoj po porodu (21). Pri izbiri zdravil v času nosečnosti je potrebno tehtno razmisliti o preprečevanju relapsa bolezni ter o potencialnih nevarnih vplivih zdravila na razvoj ploda. Stabilizatorji razpoloženja veljajo za najbolj teratogena psihiatrična zdravila. Najmanj teratogenega potenciala ima lamotrigin, pri bipolarni motnji pa se predpisujejo tudi atipični antipsihotiki, ki veljajo za bolj varna, a še ne dovolj raziskana zdravila za zdravljenje v nosečnosti. Ob predpisovanju stabilizatorjev razpoloženja in antipsihotikov naj nosečnica jemlje 5 mg folne kisline dnevno. Jemanje litija med nosečnostjo preprečuje pojav relapsa bipolarni motnje in poporodne psihoze, vendar je litij potencialno teratogen in se med nosečnostjo odsvetuje (22, 23). V izjemnih primerih, če je korist večja od tveganja, se ob veliki verjetnosti recidiva izrazite simptomatike in pri pretekli anamnezi poporodne psihoze, lahko litij jemlje v drugem in tretjem trimesečju nosečnosti (21, 24). Potrebno je redno spremljanje koncentracij litija v plazmi na 4 tedne, od 36. tedna nosečnosti pa vsak teden. Pred porodom je dobro litij ukiniti. Med dojenjem litij prehaja v mleko in je lahko toksičen za dojenčka.

Ko se pojavijo simptomi poporodne psihoze, moramo zdraviti ustrezno simptomatiko. Na začetku je zelo pomembno porodnico umiriti in urediti nespečnost. Za zdravljenje poporodne psihoze se uporabljajo antipsihotiki, stabilizatorji razpoloženja in pomirjevala. Za doseganje akutne pomiritve agitacije se uporabljajo benzodiazepini s kratko razpolovno dobo in brez aktivnih metabolitov, na začetku intramuskularno, kasneje pa peroralno. Največ se predpisuje lorazepam. Intramuskularni lorazepam se lahko uporablja v kombinaciji s haloperidolom za hitro pomiritev.

Če je dojenje možno vzpostaviti, je potrebno razmisliti o najboljši možnosti za mater in dojenčka. V primerih, ko je funkcioniranje matere izrazito okrnjeno, skrb za dojenčka prepustimo družini. Če je dojenje možno, je potrebno izbirati zdravila, ki se čim manj izločajo v mleko, v čim nižjih še učinkovitih odmerkih in termin dojenja prilagoditi razpolovni dobi zdravila. Med antipsihotiki imata najvarnejši profil med dojenjem kvetiapin in olanzapin, srednjega haloperidol, risperidon in zuklopentiksol, odsvetovana pa je uporaba aripiprazola, asenapina, klozapina, flufenazina, flupentiksola, paliperidona, ziprazidona in amisulpirida (25, 26). Za zdravljenje poporodne psihoze uporabljamo tudi valproat in karbamazepin. Lamotrigin je zaradi počasne titracije odsvetovan. Po podatkih elektronske baze Lactmed sta karbamazepin in lamotrigin zdravili relativno varni za uporabo v času dojenja. V vsakem primeru pa je potrebno tehtati korist in tveganje ob jemanju zdravil med dojenjem. Dojenčke je potrebno opazovati glede hidracije, pretirane zaspanosti, težav pri hranjenju in slabemu pridobivanju telesne teže ter znakov toksičnosti zdravil (27). Če porodnica jemlje več zdravil hkrati, se dojenje odsvetuje.

Če je zdravljenje poporodne psihoze neuspešno, lahko dodamo litij (28) ali uporabimo možnost elektrokonvulzivne terapije (29, 30). Med zdravljenjem z litijem je potrebno meriti njegove koncentracije v plazmi, kontrolirati ščitnično in ledvično funkcijo in vzdrževati ustrezno hidracijo. Jemanje litija ni kompatibilno z dojenjem.

Nekatere raziskave so podprle zdravljenje poporodne psihoze z estrogenom (31), določeni klinični primeri pa so ugotavljali učinkovitost progesterona (32) in propranolola (33).

Prognoza

Poporodna psihoza se večinoma dobro odzove na zdravljenje, čeprav se v četrtini primerov simptomi lahko nadaljujejo še leto dni po porodu (4). Zelo je pomembno, da se z bolnico pogovorimo o zdravljenju in prognozi za naprej. Po prvi epizodi poporodne psihoze se lahko v polovici primerov simptomatika ponovi po naslednjih porodih (34). Približno 70 % žensk ima po poporodni psihozi epizode bipolarnе motnje, nevezane na porod in nosečnost (35).

Zaključek

Poporodna psihoza je urgentno stanje, ki zahteva takojšnjo obravnavo in zdravljenje. Potrebno je zaščititi mater in otroka, ob tem veliko pomeni sodelovanje partnerja in širše družine. Obravnava in zdravljenje poporodne psihoze je izrednega pomena za ustvarjanje čustvene vezi med materjo in otrokom. Zato je tudi po končani epizodi poporodne psihoze potrebno redno obiskovanje psihiatra in morda tudi psihološka pomoč pri navezovanju matere in otroka.

Literatura

1. Murray L, Arteché A, Fearon P, Halligan S, Croudace T, Cooper P. The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51(10): 1150-9.
2. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296(21): 2582-9.
3. Jones I, Craddock N. Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry* 2001; 158(6): 913-7.
4. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet* 2014; 384(9956): 1789-99.
5. Steiner M. Psychobiology of mental disorders associated with childbearing. An overview. *Acta Psychiatr Scand* 1979; 60(5): 449-64.
6. Balaraman Y, Schmetzer AD. Hormonal replacement therapy in postpartum affective disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2011; 23(1): 71-2.
7. Barth C, Villringer A, Sacher J. Sex hormones affect neurotransmitters and shape the adult female brain during hormonal transition periods. *Front Neurosci* 2015; 9: 37.
8. Bergink V, Burgerhout KM, Weigelt K et al. Immune system dysregulation in first-onset postpartum psychosis. *Biol Psychiatry* 2013; 73(10): 1000-7.
9. Bergink V, Kushner SA, Pop V et al. Prevalence of autoimmune thyroid dysfunction in postpartum psychosis. *Br J Psychiatry* 2011; 198(4): 264-8.
10. Jones I, Craddock N. Searching for the puerperal trigger: molecular genetic studies of bipolar affective puerperal psychosis. *Psychopharmacol Bull* 2007; 40(2): 115-28.
11. Blackmore ER, Jones I, Doshi M et al. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 32-6.
12. Is sleep disruption a trigger for postpartum psychosis [editorial]. *Br J Psychiatry* 2016;208(5):409.
13. Heron J, McGuinness M, Blackmore ER, Craddock N, Jones I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG* 2008; 115(3): 348-53.
14. Brockington IF, Cernik KF, Schofield EM, Downing AR, Francis AF, Keelan C. Puerperal Psychosis. Phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38(7): 829-33.
15. Spinelli MG. Postpartum psychosis: detection of risk and management. *Am J Psychiatry* 2009; 166(4): 405-8.
16. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(11): 1284-92.
17. Bergink V, Koorengevel KM. Postpartum depression with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2010; 167(4): 476-7; author reply 477.
18. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)* 2006; 15(4): 352-68.
19. Bergink V, Lambregtse-van den Berg MP, Koorengevel KM, Kupka R, Kushner SA. First-onset psychosis occurring in the postpartum period: a prospective cohort study. *J Clin Psychiatry* 2011; 72(11): 1531-7.

20. Doucet S, Jones I, Letourneau N, Dennis CL, Blackmore ER. Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2011; 14(2): 89-98.
21. Bergink V, Bouvy PF, Vervoort JS, Koorengel KM, Steegers EA, Kushner SA. Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. *Am J Psychiatry* 2012; 169(6): 609-15.
22. Cohen LS, Sichel DA, Robertson LM, Heckscher E, Rosenbaum JF. Postpartum prophylaxis for women with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152(11): 1641-5.
23. Austin MP. Puerperal affective psychosis: is there a case for lithium prophylaxis. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 692-4.
24. Burt VK, Bernstein C, Rosenstein WS, Altshuler LL. Bipolar disorder and pregnancy: maintaining psychiatric stability in the real world of obstetric and psychiatric complications. *Am J Psychiatry* 2010; 167(8): 892-7.
25. Klinger G, Stahl B, Fusar-Poli P, Merlob P. Antipsychotic drugs and breastfeeding. *Pediatr Endocrinol Rev* 2013; 10(3): 308-17.
26. Uguz F. Second-Generation Antipsychotics During the Lactation Period: A Comparative Systematic Review on Infant Safety. *J Clin Psychopharmacol* 2016; 36(3): 244-52.
27. Chaudron LH, Jefferson JW. Mood stabilizers during breastfeeding: a review. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(2): 79-90.
28. Silbermann RM, Beenen F, de Jong H. Clinical treatment of post partum delirium with perfenazine and lithium carbonate. *Psychiatr Clin (Basel)* 1975; 8(6): 314-26.
29. Forray A, Ostroff RB. The use of electroconvulsive therapy in postpartum affective disorders. *J ECT* 2007; 23(3): 188-93.
30. Babu GN, Thippeswamy H, Chandra PS. Use of electroconvulsive therapy (ECT) in postpartum psychosis--a naturalistic prospective study. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16(3): 247-51.
31. Ahokas A, Aito M, Rimón R. Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(3): 166-9.
32. Boyce P, Barriball E. Puerperal psychosis. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13(1): 45-7.
33. Steiner M, Latz A, Blum I, Atsmon A, Wijsenbeek H. Propranolol versus chlorpromazine in the treatment of psychoses associated with childbearing. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1973; 76(6): 421-6.
34. Robertson E, Jones I, Haque S, Holder R, Craddock N. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 258-9.
35. Blackmore ER, Rubinow DR, O'Connor TG et al. Reproductive outcomes and risk of subsequent illness in women diagnosed with postpartum psychosis. *Bipolar Disord* 2013; 15(4): 394-404.

Kajenje in uživanje alkohola v obporodnem obdobju: kako je zdravstvo lahko v pomoč?

Marijana Vidmar Šimic, Maja Rus Makovec

Uvod

Škodljivost kajenja in uživanja alkohola v nosečnosti je znano, pa vendar še vedno pogosto prezrto dejstvo. Če je še do nedavnega veljalo, da manjše količine alkohola v nosečnosti niso škodljive, sedaj številne svetovne smernice in priporočila svetujejo popolno abstinenco od alkohola v času načrtovanja nosečnosti, v nosečnosti in v času dojenja (1–4).

V naši družbi veliko žensk v rodnem obdobju kadi ali/in uživa alkohol, pri tem pa del nosečnosti (okoli polovica) ni načrtovanih (5). Ženske ne vedo vedno, da so zanosile in pijejo alkohol v pomembnem obdobju razvoja zarodka in ploda. Zato je bistvenega pomena odnos ženske v rodnem obdobju do rabe dovoljenih psihotropnih snovi. Svetovne smernice in priporočila priporočajo presejanje v nosečnosti na kajenje in uživanje alkohola ter ustrezno nadaljnje ukrepanje (1–4). V prispevku bo zato poudarek tako na z dokazi podprtih informacijah o škodljivosti uživanja alkohola in kajenja v obporodnem obdobju, kot na priporočilih, kako oblikovati pristop, ki bo vodil v spremembo vedenja.

Kajenje

Razširjenost pojava

V letu 2012 je v Sloveniji v starostni skupini z največjo rodnostjo (25–39 let) kadilo 20,3 % žensk (6). V ZDA je v letu 2008 kadilo 15,6 % nosečnic, v letu 2014 pa 12 % nosečnic (7). Tobačnemu dimu drugih kadičev (pasivnemu kajenju) je bilo v Sloveniji v letu 2012 izpostavljenih 34,1 % žensk, najpogosteje ravno v starosti 25–39 let (6).

Vpliv na plod

Materino kajenje lahko učinkuje na otroka že pred rojstvom, saj strupene snovi iz tobačnega dima preko materinega krvnega obtoka dosežejo plod. Kajenje v nosečnosti je vzrok za okoli 7 % prezgodnjih porodov in 6 % smrti zaradi prezgodnjega poroda, 15 % zastojev rasti ploda ob terminu poroda, 30 % nenadnih smrti novorojenca (8). Povzroča tudi prezgodnji razpok plodovih ovojev, prezgodnjo ločitev posteljice, in zmanjšanje pljučne funkcije pri otroku (9). Podoben učinek ima tudi pasivno kajenje, saj prav tako povzroča povišan nivo nikotina v popkovnični krvi in posledično

vpliva na slab izid nosečnosti (10). Kajenje matere med in po nosečnosti je vzročno povezano s pojavom sindroma nenadne smrti dojenčka (11). Tveganje za nenadno smrt dojenčka je povečano tudi v primerih, ko je mati nekadilka in je kadilec partner, predvsem pri kajenju v bivalnih prostorih.

Kajenje v nosečnosti povzroča zmanjšano oksigenacijo ploda preko več mehanizmov. Izpostavitvev cigaretnemu dimu akutno zniža pretok preko posteljice, kar je najverjetneje posledica z nikotinom povzročene vazospazma. Posteljice kadilk imajo strukturne spremembe (manj žil, zadebeljeno membrano), ki povzročijo nenormalno izmenjavo plinov preko posteljice (12). Kajenje povzroča tudi oksidativni stres, kar posledično vodi tudi v poškodbo funkcije posteljice. Sproščanje ogljikovega monoksida med kajenjem povzroča tvorbo karboksihemoglobina, kar vpliva na plodovo oksigenacijo.

Kajenje preko neustrezne oksigenacije vpliva na plodov razvoj. Na živalskih modelih nikotin poveča žilni upor in zniža pretok krvi (13). Kronična izpostavljenost nikotinu v teh modelih je pokazala nenormalno izločanje nevrokemičnih prenašalcev v možganih, kot tudi posledično spremenjeno obnašanje mladičev (14). Na živalskih modelih je bilo tudi dokazano signifikantno znižanje teže in volumna pljuč in povečan upor v dihalnih poteh (15). Zato tudi nadomestna nikotinska terapija predstavlja tveganje za plod.

Poleg nikotina je v cigaretnem dimu prisotno še okoli 4000 drugih toksinov. Ti toksini lahko povzročajo napake na plodovem genetskem zapisu. Opisana je pogosta delecija ali translokacija 11q23 regije. Pojavljajo se tudi zapisi o epigenetskih spremembah pri potomcih kadilcev (16).

Presejanje

Vse nosečnice je potrebno vprašati o uporabi tobaka, vključno s cigaretami, tobakom in elektronskimi cigaretami (17). Vprašati je potrebno: če je kadarkoli kadila, ali je kadila v času zanositve, ali kadi v času nosečnosti. Potrebno je vprašati o številu pokajenih cigaret na dan.

Presejanje na kajenje je v pomoč tudi pri identifikaciji žensk s tveganjem za domače nasilje, z depresivnimi in anksioznimi motnjami in zlorabo drugih snovi. V raziskavi z vključenimi skoraj 200.000 ženskami so ugotovili, da so ženske, ki so bile žrtve fizičnega nasilja, imele dvakrat večje tveganje za kajenje pred in med nosečnostjo, kot ženske, ki niso bile žrtve nasilja (18). Prav tako je presejanje na kajenje lahko v

pomoč pri odkrivanju depresivnih motenj, saj je bilo kajenje pri nosečnicah s hudo depresivno epizodo štirikrat pogostejše od splošne populacije nosečnic (7). Kajenje je prav tako pogostejše pri ženskah, ki so odvisne od alkohola in drugih psihotropnih snovi.

Prenehanje kajenja

Psihosocialno svetovanje poveča verjetnost prenehanja kajenja, ki se povezuje z 18 % manj prezgodnjih porodov in otrok z nizko težo (19). Zaenkrat ni dokazov, da bi bila terapija z nikotinskimi nadomestki učinkovita pomoč pri prenehanju kajenja v nosečnosti (20). Prav tako nikotinska nadomestna terapija zniža le vpliv dodatnih toksinov in ogljikovega monoksida, medtem ko škodljiv vpliv nikotina na plod ob nadomestni terapiji ostaja. Nosečnice, ki kadijo, ne potrebujejo specifičnega psihiatričnega zdravljenja kot pri odvisnosti od drugih psihotropnih snovi, ampak lahko pridobijo ustrezno pomoč v primarnem zdravstvu. Nikotin se od drugih psihotropnih snovi razlikuje v tem, da je sicer med najbolj zasvojljivimi, hkrati pa ne povzroča osebnostnih in čustvenih sprememb, kot jih druge droge. Glede prenehanja kajenja se za nosečnice zato priporoča svetovanje v vseh stikih prvega reda v zdravstvu in ni potrebno intervenirati z adiktološke-psihiatrične plati, razen če je kajenje sočasni del neke duševne motnje.

Motivacijske postopke (opisani v nadaljevanju) lahko uporabimo tudi za partnerja, ki kadi in je zato nosečnica izpostavljena pasivnemu kajenju; včasih pa nosečnica potrebuje našo podporo in motivacijo, da bo zmoгла pri kajenju omejiti svoje bližnje. Ljudem, s katerimi smo povezani v intimnem odnosu, je včasih posebej težko postaviti zahtevo po spremembi navad.

Uživanje alkohola

Varnega odmerka alkohola v nosečnosti ni

Varnega odmerka alkohola v nosečnosti ne poznamo. Ocenjevanje vpliva alkohola na plodov razvoj je težko zaradi različnih razpolovnih dob alkohola pri materah, občutljivosti plodovega razvoja, genetskega vpliva, vzorca pitja (priložnostno prekomerno pitje proti vsakodnevni pitju) in vpliva drugih substanc. Ker vemo, da je alkohol teratogen, z vplivom na plodovo rast in razvoj skozi vso nosečnost, nacionalna priporočila in zdravniška združenja številnih držav priporočajo popolno

abstinenco od alkohola v nosečnosti (1–4). Z abstinenco od alkohola v nosečnosti se prepreči tveganje za od alkohola odvisne prirojene malformacije in razvojne nepravilnosti ploda, tudi nevrokognitivne in vedenjske motnje (4).

Vpliv na plod

V nosečnosti alkohol prehaja v plod skozi posteljico; plod ne more metabolizirati alkohola kot odrasla oseba, zato se koncentracija alkohola v njegovi krvi veča in je lahko višja od koncentracije alkohola v krvi matere in ostane taka tudi dlje časa. V razvitem svetu je alkohol, ki ga je uživala nosečnica, eden od glavnih vzrokov za duševno manjrazvitost (21).

Izpostavljanje alkoholu med nosečnostjo lahko privede do vrste telesnih okvar ter kognitivnih, vedenjskih in čustvenih motenj, poznanih pod skupnim imenom spekter fetalnih alkoholnih motenj. Kaže se lahko kot značilen videz, nizka rast in nizka telesna teža, majhna glava (manjši, delno razviti možgani), slaba koordinacija, nizka inteligenca, motnje spanja, pozornosti, spomina, učenja, govora, vedenjske težave (impulzivnost, hiperaktivnost, kljubovalnost) in težave s sluhom ali vidom, okvare srca, ledvic, jeter, kosti. Za prizadete je bolj verjetno, da imajo težave v šoli in imajo večje tveganje za odvisnost od alkohola in drugih drog (22). Najtežja oblika bolezni je znana kot fetalni alkoholni sindrom (FAS). Druge vrste vključujejo delni fetalni alkoholni sindrom (pFAS), z alkoholom povezane nevrološke motnje razvoja (ARND) in z alkoholom povezane porodne okvare (ARBD).

Povezava med količino alkohola, načinom uživanja in obdobjem nosečnosti ni znana. Raziskave so si nasprotujoče, pogosto tudi zaradi pomanjkljivosti izvedbe oz. težav pri upoštevanju vseh dejavnikov, ki vplivajo na razvoj ploda. Metaanaliza iz leta 2017 je preučevala uporabo majhnega vnosa alkohola na plod. Pri vnosu ≤ 32 g alkohola na teden je bilo dokazov o škodljivosti malo. Dokazali so le rahlo povezavo vnosa majhnih količin alkohola z manjšimi plodovi ob porodu in prezgodnjimi porodi (23). Vključene raziskave so le redko preučevale dolgoročni vpliv na potomca. Združenje za diagnostiko in preprečevanje FAS iz ZDA, ki je v raziskavi sledilo otroke do 18. leta starosti (24) je pokazalo, da je polovica otrok s FAS imela normalen predšolski razvoj, medtem ko so vsi imeli potrjene nevrološke motnje pri starosti 10 let. Le 10 % otrok s FAS je imelo motnje koncentracije pri 5 letih, ampak 60 % pri 10 letih. Vsi otroci s FAS pa so imeli motnje na področjih, kot so govor, spomin, motorika. To združenje je izdelalo več diagnostičnih orodij za potrjevanje diagnoze FAS.

V raziskavi, objavljeni leta 2017, so povprašali nosečnice o uživanju alkohola 3 mesece pred zanositvijo in v vsakem trimesečju nosečnosti ter nato preučevali glavo in obraz otrok v starosti 12 mesecev. Zaključujejo, da že nizki odmerki zaužitega alkohola vplivajo na razvoj glave in obraza otrok (25). Vidne so bile morfološke razlike med skupinami brez izpostavitve alkoholu in nizko izpostavljenostjo v prvem trimesečju (čelo), srednjimi in visokimi odmerki zaužitega alkohola (oči, sredina obraza, brada) in občasnem prekomernem pitju v prvem trimesečju (brada).

Občasno prekomerno pitje alkohola je v zadnjem času v porastu, predvsem med mladimi. Za prekomerno občasno pitje se običajno upošteva več kot 3 merice alkohola za ženske ob eni priložnosti (opomba: 10g ali 1 merica alkohola = 1 dl vina = 2,5 dl piva = 2,5 dl mošta = 0,3 dl žganja). Po raziskavah je tak način pitja alkoholnih pijač lahko celo bolj škodljiv za plod kot redno dnevno pitje (čeprav je skupna zaužita količina alkohola manjša kot pri rednem pitju), saj nenadne visoke koncentracije alkohola v plodovi krvi povzročajo hude kognitivne in vedenjske motnje kasneje v življenju (26).

Med samo nosečnostjo lahko uživanje alkohola povzroči nizko porodno težo, smrt ploda v maternici ali prezgodnji porod. V obsežni metaanalizi so dokazali predvsem vpliv večjih odmerkov alkohola, medtem ko vpliva na nizko porodno težo pri vnosu do 10 g alkohola na dan (1 merica na dan) ali vpliva na prezgodnji porod pri vnosu do 18 g alkohola na dan (1,5 merice na dan) niso dokazali (27).

V času dojenja, nasprotno od splošnega prepričanja, da pivo spodbuja laktacijo, uživanje alkohola ne povečuje nastajanja mleka. Pravzaprav se ob uživanju alkohola matere v času dojenja zmanjša potreba po mleku pri novorojencu. Uživanje alkohola v času dojenja je povezano s spremenjeno rastjo, motnjami spanja in psihomotoričnimi spremembami pri novorojencih (2). Svetuje se dojenje 3–4 ure po eni merici alkohola, da je učinek alkohola na novorojenca čim manjši.

Razširjenost pojava

Pitje alkohola v nosečnosti je pogosto (28), tveganje za škodljivo in odvisniško uživanje alkohola pa se povečuje z večanjem količine zaužitega alkohola v nekem okolju. Po odnosu do alkohola sodi Slovenija med »mokre države« in slovenska kultura med »mokre kulture« (29). Odvisnost od alkohola ima zaradi razširjenosti v Sloveniji značaj nacionalne patologije, saj prizadene približno 8–10 % odrasle populacije (30).

Manj kot 10 % žensk v Sloveniji ne uživa alkoholnih pijač, največji delež žensk, ki pijejo tvegano, pa je v starostni skupini od 25 do 34 let (31). To je skupina žensk, ki

je najbolj povezana z rodnostjo. Visok odstotek uživanja alkohola pred in med nosečnostjo kaže na potrebo po izobraževanju vseh žensk v reproduktivnem obdobju o škodljivih učinkih alkohola na plod.

Za nosečnico in njeno družino so pomembne informacije o tveganjih uživanja alkohola za mater in plod. Nosečnice so običajno visoko motivirane za spremembe, ki bi pomagale njihovim otrokom. Po ameriški raziskavi je 87 % žensk, ki so uživale alkohol pred nosečnostjo, prenehalo z uživanjem v nosečnosti, 7 % je zmanjšalo vnos alkohola in okoli 6 % ni zmanjšalo vnosa (32).

Natančnih podatkov o razširjenosti problematike v Sloveniji ni na voljo. Po podatkih Perinatalnega informacijskega sistema se je v Sloveniji v obdobju 2006–2016 rodilo 8 otrok, pri katerih je bila takoj ob rojstvu prepoznana prizadetost zaradi materinega pitja alkohola, med njimi 4 z diagnozo FAS. Število je gotovo podcenjeno zaradi različnih vzrokov. Ocene kažejo bistveno višje odstotke. Najnovejša raziskava iz leta 2018 iz ZDA, kjer so ocenjevali učence prvih razredov v štirih različnih okoljih, s pomočjo ocene rasti, dismorfnihih znakov (velikost, teža, obseg glave, obrazne spremembe, značilne za FAS), nevrološko-vedenjskih vzorcev in poročanja mater o uživanju alkohola v nosečnosti, je opisala pojavnost spektra alkoholnih motenj od 1,1 do 5 % (33).

Preventiva

Javnost naj bi bila seznanjena, da je presejanje za alkohol in podpora za spremembo pri ženskah z vzorcem tveganega uživanja alkohola del rutinske skrbi za žensko zdravje. Do sedaj nimamo zadovoljivih dokazov glede plodove varnosti pri uživanju nizkih odmerkov alkohola v nosečnosti, zato se svetuje, da ženska, ki načrtuje nosečnost ali je noseča, preventivno ne uživa alkohola (3). Pomembna je tudi preventiva pred alkoholom izpostavljeno nosečnostjo, ki se izvaja pri ne-nosečih ženskah v rodnem obdobju.

Prepoznavanje (presejanje), diagnostika

Zdravstveni delavci imamo ključno vlogo pri odkrivanju problematične rabe dovoljenih psihotropnih snovi pred in v nosečnosti, prav tako ravno lahko poskrbimo za intervence, ki bodo prispevale k dolgoročnim ugodnim izidom tako za mater kot za otroka. Med drugim je potrebno pridobiti podrobno avtoanamnezo glede rabe teh substanc, hkrati se zanimamo za morebitno izkušnjo čustvene ali druge zlorabe,

saj posredno pripomore k odkrivanju. Priporoča se občasno univerzalno presejanje rabe alkohola pri nosečnicah in pri ženskah v rodnem obdobju; idealno bi bilo, če bi se tvegana raba alkohola ugotovila pred nosečnostjo, ker bi se s tem omogočila sprememba vzorca pitja. Če je le mogoče, naj preveri odnos do psihotropnih snovi zdravstveni delavec, ki bo še dlje časa sodeloval z nosečnico.

Naloga zdravstvenih delavcev je, da ustvarimo vzdušje zaupnosti in varnosti, zato da bo nosečnica lažje spregovorila o uživanju alkohola (4); enako velja za pridobivanje avtoanamnestičnih podatkov za vse psihotropne snovi pri nosečnicah.

Obstajajo različni vprašalniki za presejanje glede rabe alkohola v nosečnosti (34), številni so še v razvoju. Vprašalniki za uporabo v nosečnosti se razlikujejo od običajnih vprašalnikov, ki so namenjeni zaznavi odvisnosti od alkohola pri odraslih, ki niso noseči (moških in žensk).

Glede na to, da ne poznamo varnega odmerka alkohola v nosečnosti, je mogoče razumeti vsako rabo v nosečnosti kot škodljivo. Sindroma odvisnosti ni možno diagnosticirati le s presejanjem, ker je namenjeno temu, da zazna problematiko. Ob primerni motivaciji lahko ženske, ki še niso odvisne in jim ne grozi odtegnitveni sindrom, abstinenco vzpostavijo tudi v ambulantni obravnavi, medtem ko je pri odvisnosti potrebna obravnava pri psihiatru, specializiranem za zdravljenje odvisnosti.

Ob tem je potrebno poudariti pomen prenehanja škodljivega pitja partnerja, saj s tem povečamo verjetnost abstiniranja ženske.

Zdravljenje

Pri tveganem in škodljivem uživanju alkoholnih pijač so učinkovite kratke intervence (spodbuda, psihoedukacija, motivacijski postopki), pri odvisnosti od alkohola pa ne, saj gre za nevroanatomske in vedenjske spremembe, ki so drugačne kot pri tvegani in škodljivi rabi (36). Ob prehajanju vzorca pitja alkohola v odvisniškega pride do sprememb v regulaciji limbičnih kortiko-striatnih povezav, ko se vedenje stopnjuje do kompulzivnosti; to je vedenje, ki vztraja navkljub ali zaradi negativnih posledic, torej je odporno na izzvenevanje. Zato je za obravnavo odvisnosti pri nosečnici bistveno sodelovanje s psihiatrom, specializiranim za zdravljenje odvisnosti, na ravni tvegane ali delno škodljive rabe dovoljenih psihotropnih snovi pa lahko bistvene intervence – presejanje in spodbuda k opustitvi teh snovi – potekajo v okviru primarne zdravstvene obravnave nosečnice.

Kratke intervence so učinkovite in jih uporabljamo pri tveganem uživanju alkohola pri nosečnicah. V kolikor ženska med nosečnostjo nadaljuje z uživanjem alkohola, je potrebno spodbujati intervence z namenom zmanjševanja škode. Predvsem pa morajo imeti nosečnice prednost pri kakršnem koli zdravljenju. Prav tako je potreben pomirjujoč ton zdravstvenih delavcev do žensk, ki so v zgodnji nosečnosti uživale majhne količine alkohola, v kolikor bi bile zaradi tega preveč tesnobne.

Pogovor o uživanju alkohola je lahko za nosečnico, ki uživa alkohol na tvegan ali škodljiv način, zelo neprijeten. Lahko se zaveda, da je pitje alkohola pri njej problem, a ima občutek, da ne zmore prenehati. Ker jo je sram, to težavo zanika. Lahko pa nosečnica meni, da je škodljivo uživanje alkohola njena zasebna zadeva in o tem noče govoriti. Če nosečnice, ki mislijo, da ne zmorejo nehati piti ali mislijo, da je škodljivo pitje samo njihova zadeva, prepričujemo, naj vendar prenehajo s tem vedenjem, lahko ob takšnem pristopu naša prizadevanja zavrnejo in dosežemo ravno nasprotno.

V primerih, ko nekdo misli, da se ne more ali se noče spremeniti, prepričevanje in siljenje ne pomaga. V teh primerih lahko ljudje še bolj utrdijo svoje odpore in odklanjajo pogovor o neprijetni temi.

Za ljudi, ki najbolj zanikajo svoje težave, je v pomoč pogovor v smislu Motivacijskega intervjuja (MI) (36). Najpomembnejše pri pogovoru v duhu MI je zavedanje o paradoksnem vplivu, ki ga ima na vedenje »dovoljenje«, da se ne spremenimo. Izkazalo se je, da če terapevti z ljudmi, ki zelo težko opuščajo svoje škodljivo vedenje, govorijo na način brez siljenja k spremembi, se ljudje z večjo verjetnostjo spremenijo.

MI je strokoven pristop, ki poveča verjetnost za spremembo in ga lahko uporabimo tudi pri nosečnicah, ki na škodljiv način uživajo alkohol in so v odporih ali zanikajo problematiko. MI upošteva štiri osnovne principe, ki nikakor niso unikatne za MI, čeprav so kombinirane in poudarjene na nov način:

1. Izražanje empatije – poskušamo razumeti in sprejeti pogled nosečnice brez obsojanja ali sovražnosti (razumem, da je za vas zelo pomembno, da se počutite svobodno pri odločanju, kaj delate; razumem, da v vašem okolju velja, da je zdravo piti tudi za nosečnico; če prav razumem, vas pivo sprosti, ko ste zelo napeti).
2. Razvijanje razdvojenosti/ambivalence: pogovor vodimo tako, da bo razumela razliko med svojim vedenjem in svojimi vrednotami (vtis imam, da bi radi

dobro poskrbeli za otroka, a vas okoliščine silijo k pitju; verjamem, da si kot bodoča mati želite imeti zdravega otroka, vendar vas pri tem ovira druženje s pivsko družbo).

3. Z odpori nosečnice se ne spopadamo, skušamo jih prepoznati in razumeti; izogibamo se konfrontaciji, saj konfrontacija ni ne cilj in ne metoda, namesto tega raje ponudimo oporo in razumevanje. Njen odpor razumemo kot znak neskladnosti med cilji terapevta in nosečnice. Če se začne nosečnica braniti, je ne prepričujemo, temveč se zavemo, da to ni koristna pot pogovora, ampak slepa ulica. Odpor nosečnice nam tudi najbolje pove, zakaj se težko poslavlja od alkohola.
4. Spodbujanje samoučinkovitosti. Samoučinkovitost pomeni, da nosečnica začuti, da je sposobna spremeniti svoje vedenje. S tako spodbudo vnesemo upanje, da se zmore odreči alkoholu (sama ali s pomočjo zdravljenja).

MI je vedno proaktiven način komunikacije z vsakim sogovornikom, ki je v odporih ali zanika težave. Vzbudimo upanje, da je sprememba smiselna in možna. Terapevtova empatija je prav posebej poudarjena; empatija nikoli ne pomeni potuhe, temveč gre za razumevanje, da je nekomu nekaj težko narediti. MI ima tri glavne komponente: 1. sodelovanje z nosečnico; 2. vnašanje realističnega upanja na spremembo (številne nosečnice, ki so bile v takem položaju, so uspele in nehale piti alkohol; tudi vi ste že pokazali v življenju, da zmorete spremembo, če se zares odločite); 3. spodbujanje avtonomije – vemo, da je za končno odločitev odgovorna nosečnica.

V medicinskih pogledih velja za učinkovit model motivacije za opuščanje škodljive navade model FRAMES (okvirji) (37), ki sloni na ugotovitvah MI. Z nosečnico se na primer pogovarjamo takole:

- Informacija glede osebnega tveganja zaradi uživanja alkohola (angl. Feedback) (npr. glede na vaše izvide bi vas želel seznaniti, da alkohol predstavlja tveganje za zdravje nosečnice in otroka).
- Odgovornost nosečnice za spremembo vedenja (angl. Responsibility) (npr. ali ste morda razmišljali, da bi želeli bolj poskrbeti zase in otroka glede rabe alkohola?).
- Svetovanje (angl. Advice); pri škodljivem uživanju alkohola v nosečnosti svetujemo abstinenco.

- Ponudimo različen spekter možnosti, kako to doseči (angl. Menu) (npr. po dosedanjih izkušnjah so nosečnice, ki so se odločile, da prenehajo uživati alkohol, dosegle to tako, da so prenehale hoditi v družbo, ki pije, nekatere so odstranile alkohol od doma, druge so ... , ali je katera od teh možnosti vam blizu?).
- Izkazovanje empatije za situacijo; razumevajoče poslušanje (angl. Expressing Empathy).
- Podpora samoučinkovitosti (angl. Self-efficacy): vzbujanje upanja, da je zmožna spremeniti svoje vedenje. Ne pogovarjamo se samo o tem, kdaj je pila alkohol, ampak predvsem iščemo obdobja, ko ga ni in skupaj raziskujemo, kako ji je to uspelo v tem obdobju.

Odvisnost od alkohola in drugih psihotropnih snovi potrebuje specializirano zdravljenje v psihiatričnem-adikotološkem kontekstu. Zdravljenje odvisnosti od alkohola in drugih drog je dokazano učinkovito in v Sloveniji lahko dostopno. Zato je velika škoda, če nosečnice, ki odvisniško uživajo psihotropne snovi in ne zmorejo hitro spremeniti vedenjskih vzorcev, ne poskusimo motivirati za zdravljenje v spodbudnem empatičnem vzdušju.

Zaključek

Pitje alkohola in kajenje v nosečnosti je v naši družbi še vedno prepogosto. Visok odstotek kajenja in uživanja alkohola pred in med nosečnostjo kaže na potrebo po dodatnem izobraževanju vseh žensk v reproduktivnem obdobju o neželenih učinkih teh dovoljenih psihotropnih snovi na plod.

Prav tako pa je potrebno izobraziti zdravstvene delavce, ki so v pogostem stiku z nosečnico, da bodo znali pravilno pristopiti in komunicirati z njo o tovrstni problematiki ter preprečevati stigmatizacijo. Ravno zaradi pogostega stika z zdravstvenimi delavci in motiviranosti nosečnic za spremembe je nosečnost obdobje, v katerem je večja možnost za spremembo navad ženske, morda celo njenega partnerja.

Ob tem ni mogoče dovolj poudariti, kako pomembno je, da si zdravstveni delavci ozavešijo svojo vlogo; pitje alkohola in kajenje sta za plod namreč tako očitno škodljiva, da tako vedenje ženske v obporodnem obdobju kar kliče k obsojanju in pritiskom, ki pa so kontraproduktivni. Zdravstveni delavci niso ne sodniki, ne tožilci, ne odvetniki, ampak zdravijo in s preventivnimi intervencami ojačujejo zdravje. To pomeni, da je potrebno najti način, da ob tveganem vedenju ženske v obporo-

dnem obdobju interveniramo tako, da ta problem vedno naslovimo, a na način, ki poveča verjetnost, da bodo te ranljive ženske z nami želele sodelovati pri spremembi svojega vedenja.

Pri naslavljanju nosečnic, ki uživajo legalne psihotropne snovi, je bistveno sporočilo:

- Večina nosečnic ima težnjo zaščititi plod in preneha z uživanjem alkohola in preneha kaditi, nekatere pa tega ne zmorejo, ker so odvisne ali živijo v zelo nespodbudnih okoliščinah.
- Če jih ne vprašamo po alkoholu in kajenju, ne moremo govoriti o tem. Zato svetujemo presejanje vseh nosečnic.
- Sprašujmo v zelo empatičnem vzdušju. Empatije ne more biti nikoli preveč; izogibajmo se vedenja, ki vzbujata sram in krivdo.
- Če nismo razrešili lastnih tendenc k stigmatizaciji, ne moremo ustvariti zaupnega vzdušja in nam nosečnice ne bodo podale pravih podatkov.
- Če so odvisne od alkohola, jih je potrebno napotiti k strokovnjaku s področja odvisnosti, pri tem morajo imeti nosečnice prednost pred drugimi pacienti.
- Nosečnice, ki kadijo, lahko dobijo pomoč izven področja specialističnega zdravljenja odvisnosti, že v primarnem zdravstvu.

Literatura

1. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. NICE guidelines [CG62]. Dostopno dne 19. 4. 2018 na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. *Obstet Gynecol* 2011; 118: 383.
3. Carson G, Vitale Cox L, Crane J et al. No. 245-Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2017; 39 (9); 220–54.
4. Centers for Disease Control and Prevention: Fetal alcohol spectrum disorders (FASDs). Dostopno dne 20. 4. 2018 na: <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/alcohol-use.html>.
5. Cannon MJ, Guo J, Denny CH et al. Prevalence and characteristics of women at risk for an alcohol-exposed pregnancy (AEP) in the United States: Estimates from the National Survey of Family Growth. *Maternal and Child Health Journals* 2014; 34 (1); 1–7.
6. Koprivnikar H. Tobak. V: Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Maučec Zakotnik J. Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja. Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2014.
7. Goodwin RD, Cheslack-Postava K, Nelson DB et al. Smoking during pregnancy in the United States, 2005-2014: The role of depression. *Drug and Alcohol Dependence* 2017; 179: 159–66.
8. Tong VT, Dietz PM, Morrow B et al. Trends in smoking before, during, and after pregnancy — Pregnancy risk assessment monitoring system, United States, 40 Sites, 2000–2010. Dostopno dne 22. 4. 2018 na: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6206a1.htm?s_cid=ss6206a1_e.
9. Koprivnikar H. Škodljivost aktivnega in pasivnega kajenja v obdobju nosečnosti in po njej ter možni ukrepi za zmanjševanje rabe in škodljivih učinkov tobaka v tem obdobju. V: Drglin Z, Pucelj V, ur. Vzgoja za zdravje 1. Različica. Priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v šolah za starše. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012.
10. Abdullah B, Muadz B, Norizal MN, Ismail N, Kornain NK, Kutty M. Pregnancy outcome and cord blood cotinine level: A cross-sectional comparative study between secondhand smokers and non-secondhand smokers. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017; 214: 86–90.
11. Hunt CE, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *Canadian Medical Association Journal* 2006; 174(13): 1861–9.
12. Burton GJ, Palmer ME, Dalton KJ. Morphometric differences between the placental vasculature of non-smokers, smokers and ex-smokers. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96: 907.
13. Xiao D, Huang X, Yang S, Zhang L. Direct effects of nicotine on contractility of the uterine artery in pregnancy. *J Pharmacol Exp Ther* 2007; 322: 180.
14. Pauly JR, Slotkin TA. Maternal tobacco smoking, nicotine replacement and neurobehavioural development. *Acta Paediatr* 2008; 97: 1331.
15. Sekhon HS, Keller JA, Benowitz NL, Spindel ER. Prenatal nicotine exposure alters pulmonary function in newborn rhesus monkeys. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 989.
16. Lee KW, Pausova Z. Cigarette smoking and DNA methylation. *Front Genet* 2013; 4: 132.
17. Committee on Underserved Women, Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 721: Smoking cessation during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2017; 130: e200.

18. Cheng D, Salimi S, Terplan M, Chisolm MS. Intimate partner violence and maternal cigarette smoking before and during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2015; 125: 356.
19. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 10: CD001055.
20. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 12: CD010078.
21. O'Connor MJ, Paley B. Psychiatric conditions associated with prenatal alcohol exposure. *Developmental Disabilities Research Reviews* 2009; 15(3): 225–34.
22. Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal alcohol spectrum disorder: An overview. *Neuropsychology Review* 2011; 21(2): 73–80.
23. Mamluk L, Edwards HB, Savović J et al. Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently 'safe' levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open* 2017; 7: 1541.
24. Dostopno dne 22. 4. 2018 na: <http://depts.washington.edu/fasdpn/>.
25. Muggli E, Matthews H, Penington A. Association between prenatal alcohol exposure and craniofacial shape of children at 12 months of age. *JAMA Pediatr* 2017.
26. Maier SE, West JR. Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Res Health* 2001; 25: 168.
27. Patra J, Bakker R, Irving H et al. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses. *BJOG* 2011; 118: 1411.
28. Floyd RL, Weber MK, Denny C, O'Connor MJ. Prevention of fetal alcohol spectrum disorders. *Dev Disabil Res Rev.* 2009; 15 (3): 193–9.
29. Čebašek-Travnik Z. Slovenia: alcohol today—could a country be addicted to alcohol? *Addiction* 2007; 102: 11–4.
30. Zaletel-Kragelj L, Čebašek-Travnik Z, Hovnik Keršmanc M. Čezmerno pitje alkoholnih pijač. V: Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004: 341–84.
31. Hovnik Keršmanc M, Čebašek Travnik Z, Grobovšek Opara S, et al. Razširjenost rabe alkohola med prebivalci Republike Slovenije, starimi 18 let in več. Poročilo I. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 1999.
32. Kitsantas P, Gaffney KF, Wu H, Castello JC. Determinants of alcohol cessation, reduction and no reduction during pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2014; 289: 771.
33. May PA, Chambers CD, Kalberg WO et al. Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders in 4 US Communities. *JAMA* 2018; 319: 474.
34. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organization 2014. Dostopno dne 24. 4. 2018 na: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731_eng.pdf?sequence=1.
35. Koob GF, Volkow N. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35(11): 217–38.

36. Prochaska JO. Enhancing Motivation to Change. V: Ries RK, Miller SC, Fiellin DA, Saitz RS, uredniki. Principles of Addiction Medicine 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer, 2009: 745–55.
37. Holloway AS, Watson HE, Arthur AJ, Starr G, McFadyen AK, McIntosh J. The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting. *Addiction* 2007; 30; 102(11): 1762-70.

Nosečnost in prepovedane droge

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

Uvod

Izpostavljenost ploda psihoaktivnim snovem (PAS) pred rojstvom predstavlja javnozdravstveni problem (1). Zloraba PAS v obdobju nosečnosti je povezana z resnimi zdravstvenimi posledicami pri nosečnici, plodu, porodnici, novorojenčku in otroku kasneje v življenju (2). Učinki in posledice izpostavljenosti PAS so odvisni od vrste in odmerkov, poti vnosa, stopnje izpostavljenosti, pogostosti in trajanju izpostavljenosti (1).

Razširjenost rabe prepovedanih drog je pri ženskah v primerjavi z moškimi manjša, vendar so ženske bolj ranljive in se v manjši meri vključujejo v programe zdravljenja. Pri njih je obdobje latence med pričetkom rabe prepovedanih drog in pojavom duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja prepovedanih drog krajše, pogostejše so anksiozne in razpoloženske motnje (3).

Razširjenost rabe PAS v splošni populaciji se odraža tudi v perinatalnem obdobju. Prevalenca rabe PAS med nosečnicami je nižja v primerjavi s splošno populacijo, približno tretjina nosečnic je izpostavljena PAS, prevalenca rabe prepovedanih drog je višja med mlajšimi nosečnicami (3). Podobno kot v splošni populaciji je med nosečnostjo najpogostejša raba tobaka, sledijo alkohol, kanabis in druge prepovedane droge (2). Do 2 % nosečnic izpolnjuje diagnostične kriterije za duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja prepovedanih drog (3). V nosečnosti je sočasna raba več PAS pogosta (do polovica primerov) (2). Mnoge nosečnice želijo in zmorejo same vzpostaviti abstinenco (1) ter prepoznajo rabo prepovedanih drog kot škodljivo za plod (2).

Izsledki edine prospektivne raziskave, ki je bila izvedena v ZDA glede rabe PAS v prenatalnem obdobju in vzpostavitvijo abstinence, so pokazali, da so nosečnice glede na vrsto PAS v različnem deležu uspešne pri doseganju abstinence: 96 % v primerih predhodnega čezmernega pitja alkohola, 78 % za marihuano, 73 % za kokain in 32 % za tobak (4). Tveganje za ponovno rabo PAS je največje v obdobju 6 do 12 mesecev po porodu, v 3 mesecih po porodu se je recidiv pri abinentkah v nosečnosti pojavil v 58 % za kadike tobaka, v 51 % za alkohol, v 41 % za marihuano in v 27 % za kokain (4).

Raba prepovedanih drog v nosečnosti je povezana z večjim tveganjem za okužbo z virusom HIV, virusom hepatitisa C, poskusi samomora in slabšo starševsko skrbjo ali zlorabami/zanemarjenjem otrok (1, 2, 3). Pogosto nosečnice svojo rabo prepovedanih drog skrivajo (snovi so prepovedane, zaradi narave težav, nimajo uvida in niso kritične do svojih težav in tveganj za zdravje, zase in za plod). Izpostavljenost

prepovedanim drogam pred rojstvom je povezana z nižjo telesno težo ob rojstvu, predčasnim porodom, odstopom posteljice in kognitivno prizadetostjo otroka (1). Poleg neposredne izpostavljenosti prepovedanim drogam na posledice pri otroku in materi negativno vplivajo dodatni dejavniki tveganja, kot so komorbidne duševne motnje, sočasna raba več PAS, stresorji iz okolja, nedostopna ali omejena predporodna zdravstvena oskrba (2).

Pri zdravstvenih delavcih se pogosto pojavljajo etične dileme v povezavi z izvajanjem toksikoloških analiz na prisotnost prepovedanih drog pri nosečnicah, v ospredju ostajajo pomisleki glede dolgoročne dejanske zaščite otroka, ki je vezana na nadaljnje sodelovanje nosečnice in njene zdravstvene oskrbe (npr. opustitev zdravstvenih pregledov in zdravljenja). Izsledki raziskave, ki so jo opravili v zvezni državi Michigan v ZDA, so pokazali, da je večina anketiranih zdravnikov menila, da raba alkohola in prepovedanih drog v nosečnosti pomeni zlorabo otrok in da je potrebno obvezno toksikološko testiranje na droge ter posledično obvezno, tudi prisilno zdravljenje (proti volji) nosečnic, ki so že v obravnavi v pravosodnem sistemu. Nacionalna združenja pediatrov, porodničarjev in družinskih zdravnikov so imela »politično mehkejša« stališča (manj kaznovalne politike) (5). Zdravniki, razen pri kazenskem pregonu, niso nasprotovali vključevanju pravosodnega sistema pri preprečevanju rabe alkohola in prepovedanih drog med nosečnostjo. Pediatri so o rabi drog pri materi poročali bolj pogosto kot porodničarji, varovanje skrivnosti pacientov se jim je zdelo manj sporno. Stališča in odnos zdravstvenega osebja so pomembni pri implementaciji zakonodaje v prakso (5).

Posledice izpostavljenosti najpogostejšim prepovedanim drogam v nosečnosti

Kanabis

Kanabis je najpogosteje uporabljena prepovedana droga tako v splošni populaciji kot med nosečnostjo in dojenjem, po ocenah se prevalenca npr. v ZDA giblje med 10 in 43 % (2). Na voljo ni podatkov o razširjenosti rabe kanabisa med slovenskimi nosečnicami. Kajenje marihuane in tobaka predstavlja podobna tveganja za zdravje nosečnic (pogosto marihuani dodajo tobak in/ali so hkrati kadilci tobaka): respiratorne bolezni (npr. kronična obstruktivna bolezen pljuč), upad respiratornih funkcij, tveganje za raka pljuč (3). Kajenje marihuane se pogosto prične v mladostniškem obdobju in predstavlja tveganje za izbruh epizode psihotične motnje (npr. shizofrenije) (3). Večina nosečnic preneha z rabo v obdobju nosečnosti (2).

Raba kanabisa v nosečnosti je povezana z nižjo telesno težo in manjšo velikostjo ob rojstvu, predčasnim porodom, pogostejšim zdravljenjem v intenzivni enoti. Nekateri avtorji povezujejo rabo kanabisa v nosečnosti ter izpostavljenostjo kanabisu pred rojstvom z negativnimi vplivi na rast možganov pri plodu in mladostniku, slabšo pozornostjo, slabšim razvojem in izvajanjem funkcijskih sposobnosti in veščin, slabšimi akademskimi dosežki, pogostejšimi vedenjskimi motnjami (1, 2).

Stimulansi

Kokain

Po nekaterih ocenah je do 1 % nosečnic v ZDA kadarkoli v nosečnosti izpostavljenih kokainu, podatki o prevalenci niso na voljo (2). Raba kokaina v nosečnosti je povezana s tveganji za predčasn razpok jajčnih ovojev, odstop posteljice, prezgodnji porod, nizko porodno težo in premajhno velikost za gestacijsko starost ob rojstvu (1, 2). V primerjavi z drugimi prepovedanimi drogami je raba kokaina v nosečnosti povezana z več obravnavami v službah nujne medicinske pomoči zaradi miokardnega infarkta, motenj srčnega ritma, hipertenzije ter posledic na respiratornem in centralnem živčnem sistemu (3).

Glede dolgoročnih negativnih posledic, ki se odražajo kot težave v razvoju govora, motorike in kognitivnih sposobnosti, so ugotovitve inkonsistentne, kar nekateri avtorji razlagajo kot prisotnost sočasnih vplivov iz okolja, kot so npr. disfunkcionalno starševstvo, sočasna raba več PAS v nosečnosti, nestabilno in kaotično družinsko okolje (1).

Izpostavljenost kokainu v prvem trimesečju nosečnosti povezujejo z manjšim obsegom glave, slabšim kratkoročnim spominom pri otrocih, delinkventnim vedenjem pri otrocih in mladostnikih, zgodnejšo spolno aktivnostjo in zgodnejšim začetkom rabe PAS pri mladostnikih (1). Posledice izpostavljenosti kokainu v drugem in tretjem trimesečju nosečnosti so manj poznane, kar je verjetno povezano s podcenjenostjo problematike in slabšim poročanjem (1).

Metamfetamin

Raba metamfetamina (sintetični stimulans) v nosečnosti je povezana z izgubo ploda, intrauterino smrtjo ploda, s predčasnim porodom, nižjo telesno težo ob rojstvu in

manjšo velikostjo za gestacijsko starost, razvojnimi in vedenjskimi deficiti pri otroku, preeklampsijo in gestacijsko hipertenzijo pri nosečnici (1, 2).

Opioidi

Opioidi vključujejo heroin in sintetične opiate. Nemedicinska raba opioidov v nosečnosti je povezana z različnimi zdravstvenimi posledicami, kot so tveganja, povezana z intravenoznim vnosom opioidov (izmenjava igel in/ali drugega pribora za injiciranje, okužbe z virusom HIV, hepatitis C) in zastrupitev (angl. overdose) (3).

Izpostavljenost opioidom v nosečnosti je povezana s tveganji za nosečnico in plod/novorojenca/otroka: z nizko porodno težo, respiratornimi težavami, krvavitvami v zadnjem trimesečju, toksemijo, višjo umrljivostjo, neonatalnim abstinenčnim sindromom, sindromom nenadne smrti, mikrocefalijo in vedenjskimi motnjami (1). Tabela 1 prikazuje nekatere najpogostejše neželene izide nosečnosti in učinke na otroka po izbranih skupinah prepovedanih drog.

Tabela 1. Prenatalna raba prepovedanih drog in nekateri možni vplivi na nosečnost ter novorojenca/otroka.

	Kanabis	Stimulansi	Opiati
Izidi nosečnosti			
prezgodnji porod	da	da	da
nizka porodna teža	da	da	da
manjša velikost za gestacijsko starost	da	da	da
spontani splav		da	
odstop posteljice		da	
predčasni razpok jajčnih ovojev		da	
Učinki na novorojenca/otroka			
kognitivna prizadetost	da	da	da
neonatalna umrljivost/sindrom nenadne smrti			da
odtegnitveni sindrom/neonatalni abstinenčni sindrom			da
vedenjske motnje	da	da	da

Vir: povzeto po Forray in Foster, 2015 (1); McHugh et al. 2015 (3) in prirejeno.

Neonatalni abstinenčni sindrom

Neonatalni abstinenčni sindrom (NAS) ali odtegnitveni sindrom pri novorojenčku se pojavi ob rojstvu kot posledica nenadne odtegnitve, ko ni več izpostavljenosti psihoaktivnim (npr. heroin) ali psihotropnim snovem (npr. antidepresivom iz skupine selektivnih zaviralcev ponovnega privzema serotonina, SSRI), ki so iz materinega krvnega obtoka prehajale skozi placentarno bariero v času nosečnosti (6). Opioidi zlahka prehajajo skozi placentarno bariero in skozi žilno-možgansko bariero ženske in ploda. Plod pri dlje trajajoči izpostavljenosti heroinu sčasoma razvije toleranco in telesno odvisnost (6–8). Opioidi inhibirajo sproščanje noradrenalina iz nevronov v možganih. Z razvojem tolerance se krepi inhibicija sproščanja nordrenalina. V primeru hitre in popolne odtegnitve opioidov se sprosti velika količina nordrenalina in povzroča telesne znake odtegnitve. Odtegnitev opioidov pri nosečnici po predhodni dolgotrajni izpostavljenosti vodi v pojav odtegnitvene simptomatike pri materi in otroku, plod bo izpostavljen večjemu tveganju za stres in smrt (6–11).

NAS predstavlja kompleksen biološki fenomen in se odraža kot skupek simptomov in znakov zaradi prizadetosti več sistemov: centralni živčni sistem, gastrointestinalni, metabolični/respiratorni/avtonomno živčevje (6). Čeprav je NAS zaradi dolgotrajne izpostavljenosti ploda opioidom redko usoden, lahko predstavlja resno klinično stanje, pogosto je potrebna daljša hospitalizacija (6–9). NAS je v primerih zdravljenja nosečnic z metadonom in buprenorfinom pričakovano in obvladljivo stanje (10). NAS zaradi heroina se pojavi 24–48 ur po rojstvu, buprenorfina po 36–60 urah in metadona po 48–72 urah (do 5 dni), v primerih izpostavljenosti več PAS je NAS lahko bolj izražen (11). Priporoča se 4–7 dnevno hospitalno opazovanje novorojenca v primerih znane izpostavljenosti opioidom v nosečnosti (11).

Klinična slika NAS najpogosteje vključuje tremor, prekomerno razdražljivost, intenziven ali vztrajen cvileč jok in pogosto odvajanje tekočega blata. Redko so prisotne generalizirane konvulzije. Najprej se pokažejo znaki prizadetosti centralnega živčnega sistema, ki so pretiran cvileč jok, nemir, razdražljivost, tremor in izraziti refleksi. Razdražljivost lahko vodi v agitacijo, motnje spanja in neutolažljiv jok (6, 12). Prisotne so lahko tudi motnje v delovanju avtonomnega živčevja, ki se kažejo z nihanjem telesne temperature, potenjem, kihanjem, zehanjem in spremembo barve kože (13). Pridružijo se lahko tudi motnje dihanja in srčnega utripa, bruhanje, motnje hranjenja, mišična napetost, neurejeni gibi, hiperaktivnost (Morojev refleks), sesanje zapestij ipd. (14). Najpogosteje se za ocenjevanje NAS uporablja izvirno ali prirejeno Finneganovo lestvico (angl. Neonatal Abstinence Scoring System) (11, 13, 14), s katero se ocenjuje prisotnost in resnost NAS ter

spremlja stanje na vsake 3–4 ure (11, 13). Vsi novorojenčki, ki kažejo znake NAS, ne potrebujejo nujno zdravljenja z zdravili, potrebujejo pa podporno zdravstveno oskrbo (13). Novorojenček, ki je v treh zaporednih intervalih ocenjen z 8 točkami ali več, potrebuje zdravljenje z zdravili (6, 13). Poleg klinične ocene je potrebno izvesti toksikološko analizo na prisotnost drog in/ali metabolitov pri novorojencu (urin, mekonij) (6, 11).

Podporna zdravstvena oskrba (nefarmakološko zdravljenje) predstavlja prvi terapevtski pristop, v primeru, ko tak pristop ne zadostuje, ni izboljšanja ali se pojavi huda odtegnitev, je indicirano zdravljenje z zdravili (9, 11). Podporna zdravstvena oskrba se priporoča za vse novorojence s tveganjem za prenatalno izpostavljenost opioidom (15). Podporni ukrepi za oskrbo otrok z NAS so npr. zagotavljanje zatemnjenega in tihega prostora, omejevanje števila obiskovalcev, zavijanje novorojenčka v odejo, nežno zibanje v naročju, pogostejše hranjenje z manjšimi in bolj kaloričnimi obroki, neprehransko sesanje igralne dude (11, 13).

Farmakološko zdravljenje je potrebno v večini primerov NAS (11). Ameriška akademija pediatrov priporoča v primeru NAS zaradi opioidov kot terapijo prvega izbora zdravljenje z agonisti opioidov (15, 16). Za farmakološko zdravljenje NAS zaradi sindroma odvisnosti od heroina (SOH) pri porodnici je najbolj zaželena uporaba morfina s postopnim nižanjem odmerkov. Farmakološko zdravljenje NAS zaradi sindroma odvisnosti od opioidov (SOO) pri nosečnici se standardno izvaja z metadonom (opioidni agonist, leta 1964 se je začel uporabljati v ZDA za zdravljenje SOH), alternativno z buprenorfinom (delni opioidni agonist, začetek zdravljenja SOH v Evropi leta 1996 in v ZDA leta 2002) (6, 8–11, 15–17). Tretja alternativa zdravljenja SOH je zdravstveno vodena detoksikacija, ki jo Ameriško združenje porodničarjev in ginekologov odsvetuje, v kolikor so na voljo programi zdravljenja z agonisti opioidov (11).

Zdravljenje z antagonistami opioidov, kot je nalokson, je kontraindicirano, ker lahko sproži konvulzije (6). Zdravljenje, npr. s tinkturami opija, se ne izvaja več zaradi toksičnih sestavin in visoke vsebnosti alkohola (6).

Pri NAS zaradi zasvojenosti z ne-opioidi je zdravilo izbora fenobarbital, ki ga ob klonidinu kot zdravilo drugega izbora dodajajo tudi pri zdravljenju z metadonom in buprenorfinom (6, 11).

Pri materah, ki so stabilizirane in se zdravijo z agonisti opioidov, dojenje v primeru NAS spodbujamo (toksikološke analize negativne zadnjih 90 dni, ustrežna perinatalna oskrba, podpora svojcev) in ni kontraindicirano, razen če je mati okužena z

virusom HIV, virusom hepatitisa C, jemlje prepovedane droge in/ali sočasno več drog ali obstajajo drugi medicinski razlogi (18, 19, 20).

Dojenje ima lahko več prednosti in v takih primerih pripomore k zmanjšanju izraženosti in pojavnosti NAS (nižje vrednosti na Finneganovi lestvici), manj verjetna je potreba po farmakološkem zdravljenju pri novorojenčku, v primerih farmakološkega zdravljenja so odmerki v teh primerih nižji, zdravljenje je krajše, krajše je trajanje hospitalizacije, dojenje pripomore tudi k večji samozavesti matere ter krepitvi vezi med materjo in otrokom (dotik kože, pestovanje, večja skrb za otroka) (6, 8, 11, 20). Dojenje je edino orodje, s katerim pri novorojencu z NAS učinkovito zmanjšujemo potrebo po farmakološkem zdravljenju (2, 11).

Zgodnje prepoznavanje in obravnava nosečnic z duševnimi in vedenjskimi motnjami zaradi uživanja prepovedanih drog

Raba PAS v nosečnosti poleg zdravstvenih posledic za nosečnico in njen plod prinaša tudi visoke stroške. Dolgoročne posledice za mater in za otroka vključujejo zdravstvene, pravne, družinske in socialne posledice, ki so lahko doživljenjske ter predstavljajo visoko finančno breme (21). Sistematično univerzalno presejanje nosečnic za zgodnje odkrivanje problematike, kratke intervencije in napotitev na specialistično zdravljenje temeljijo na z dokazi podprtem pristopu ustrezne obravnave posledic rabe PAS (21). Presejanju sledi ocena stanja, terapevtski načrt in spremljanje (21, 22).

Univerzalno presejanje

Presejanje (angl. screening) je lahko kratka metoda (npr. kratek nabor validiranih vprašanj), ki zaznava morebitno tveganje za duševne in vedenjske motnje zaradi rabe PAS pri nosečnici in s katero lahko izboljšujemo varnost posameznika in populacije. Pristop in metode presejanj morajo imeti ustrezno napovedno vrednost (pozitivno in negativno) in biti ustrezno stratificirane v skladu s stratifikacijo tveganja (Tabela 2). Priporoča se za vse nosečnice ob prvem obisku pri zdravniku (družinski zdravnik, ginekolog, porodničar ...), v primeru pozitivnega rezultata presejanja (tveganja) se priporoča redno kontrolno spremljanje na vsake 3 mesece. Za pacientke, ki ne iščejo aktivno virov pomoči za zdravljenje SOH, presejanje lahko predstavlja vstopno točko za nadaljnje specialistično zdravljenje (21, 22, 25).

Tabela 2. Nekaj primerov najbolj znanih validiranih instrumentov za presejanje glede rabe PAS v nosečnosti.

Instrument/vprašalnik	PAS	Kaj presejamo
T-ACE (angl. Tolerance, Annoyance, Cut Down, Eye Opener)	alkohol	tvegano pitje alkohola
TWEAK (angl. Tolerance, Worried, Eyeopeners, Amnesia, Cut Down)	alkohol	tvegano pitje alkohola
4Ps, 4 Ps Plus	tobak, alkohol, prepovedane droge	vsak pozitiven odgovor pomeni pozitiven rezultat presejanja
angl. Substance use risk profile - pregnancy	alkohol, prepovedane droge	vsako pitje ali raba prepovedanih drog

Vir: povzeto po Wright et al. 2016 (21); Yonkers et al. 2010 (23), Chasnoff et al. 2005 (24), WHO 2014 (25) in prirejeno.

Sistematično presejanje podskupine nosečnic za zgodnje odkrivanje tvegane rabe PAS ter vedenjskih dejavnikov tveganja lahko poteka v sklopu izvajanja preventivnih in kontrolnih pregledov. Nosečnica, ki jo povabimo na presejalni pregled, naj bo jasno informirana, kaj ta postopek pomeni zanjo, kakšne so potencialne koristi in morebitne posledice (npr. svetovanje, diagnostika, napotitev na zdravljenje). Ob izvajanju presejalnega pregleda se ugotavljajo tudi vedenjski dejavniki tveganja za pojav duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja prepovedanih drog v nosečnosti. Ob ugotovitvah se načrtuje in izvaja ukrepe vedenjskih intervencij in motivacijskega svetovanja (individualno ali skupinsko) za promocijo zdravja, za spremembo življenjskega sloga in izboljšanje življenjskega sloga (21–25).

Ugotovitvam presejalnega pregleda sledi ukrepanje – kratke intervencije in usmeritev v diagnostiko in nadaljnje ukrepanje, če je to potrebno.

Kratke intervencije

Kratke intervencije so lahko (21–25):

- a) **kratka strukturirana svetovanja:** strukturirani kratki nasvet, manj intenzivna svetovanja. Večina kratkih intervencij vključuje 1 do 2 srečanja, ki lahko trajajo 10–20 minut. Cilj kratkega svetovanja je dvigniti raven ozaveščenosti o tveganjih, povezanih z rabo PAS in premik pri posamezniku na polje povezave med rabo PAS in tveganjem glede posledic, zaradi česar se kasneje obračajo po strokovno pomoč.

- b) **kratka obravnava:** vključuje bolj poglobljeno svetovanje, delo s klientom s tipičnimi kognitivno-vedenjskimi pristopi, ki ima za cilj, da klient prepozna tveganje in išče pomoč (motivacija za uvid v težave).

Napotitev na specialistično zdravljenje

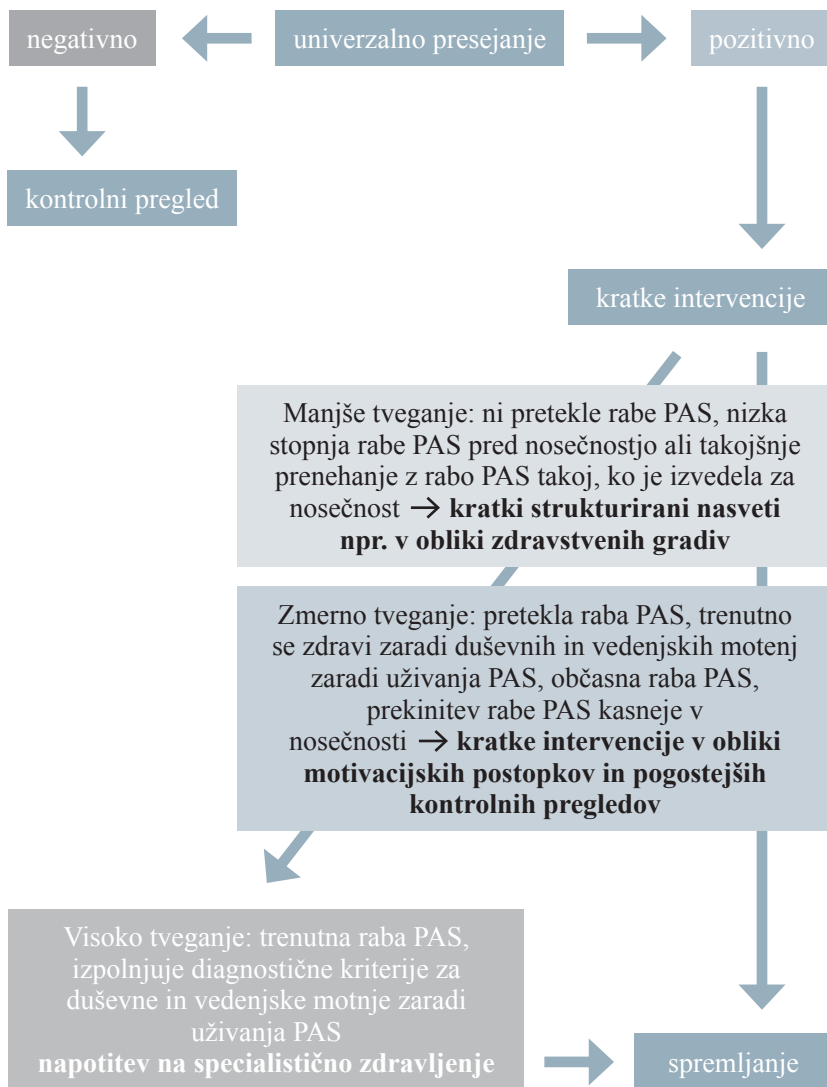
Je skupek postopkov, ki jih uporabljamo za pomoč bolnikom pri dostopanju in prejemanju ustreznega specialističnega zdravljenja (zdravljenje SOH) (21).

Sestavni postopki procesa zgodnjega prepoznavanja in obravnave duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja prepovedanih drog v nosečnosti so prikazani v Tabeli 3; Slika 1 prikazuje potek procesa v vsakdanji klinični praksi.

Tabela 3. Sestavni postopki presejanja, kratkih intervencij in napotitve na specialistično zdravljenje zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja PAS v nosečnosti.

Postopek	Cilj	Pristop
Presejanje	ocena rabe PAS ocena tveganja (resnost stanja)	Instrumenti za presejanje: <ul style="list-style-type: none"> izpolnjevanje validiranih vprašalnikov (izpolnjuje preiskovanka sama, intervju ...) biološki markerji: toksikološka analiza prisotnosti PAS, psihotropnih snovi in/ali metabolitov (testiranje urina, krvi, sline, las)
Kratke intervencije	zmanjšanje rabe PAS vzpostavitev abstinence	<ul style="list-style-type: none"> kratka strukturirana svetovanja (1–5 odvisno od okoliščin, do 15 min) uporaba motivacijskih postopkov
Napotitev na specialistično zdravljenje	vzpostavitev in vzdrževanje abstinence	Standardizirani, vami in dokazano učinkoviti specialistični programi zdravljenja v zdravstvenem sistemu, pri nadaljnji psihosocialni rehabilitaciji tudi skupnostne kapacitete, sodelovanje z drugimi izvajalci in sistemi obravnave (npr. telefonski dogovor med izvajalci zdravstvenih storitev)

Vir: povzeto po Wright et al., 2016 (21); Heather, 2011 (22) in prirejeno.



Slika 1. Presejanje, kratke intervencije in napotitve na specialistično zdravljenje zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja PAS v nosečnosti, v vsakdanji klinični praksi.

Vir: povzeto in prirejeno po Wright et al. 2016 (21); WHO 2014 (25) in prirejeno.

Zdravljenje

Univerzalno presejanje in zgodnje prepoznavanje nosečnic s težavami zaradi rabe prepovedanih drog sta ključnega pomena. Z dokazi podprti učinkoviti programi pomoči vključujejo kratke intervencije (kratko strukturirano svetovanje, intervencije, usmerjene v vedenjske spremembe), motivacijski intervju in postopki za vzpostavitev in vzdrževanje abstinence, kognitivno-vedenjsko terapijo in pozitivno pogojevanje z nagrado (angl. contingency management) (1).

Z dokazi podprto zdravljenje z zdravili poteka v skladu s smernicami za zdravljenje SOH (SOO); poglobljena cilja zdravljenja sta ustrezen odziv na zdravilo in doseganje remisije (25, 26). Agonisti opioidov so zdravila prvega izbora, saj so se v večini raziskav in metaanaliz izkazala za učinkovita zdravila (1, 2, 9, 10, 11, 20, 25). Zdravljenje nosečnic s SOH se standardno izvaja s stabilizacijskimi odmerki metadona, pogosto je tudi zdravljenje s stabilizacijskimi odmerki buprenorfina (1, 2, 9, 10, 11, 25, 26), medtem ko samo nefarmakološki pristopi, kot so psihosocialne intervencije (27) ali metoda obiskov na domu med nosečnostjo in po porodu pri nosečnicah z duševnimi in vedenjskimi motnjami zaradi uživanja alkohola in prepovedanih drog, ne vplivajo značilno na nadaljnjo rabo alkohola in prepovedanih drog pri nosečnicah (28).

Zdravljenje SOH z antagonistami opioidov v nosečnosti je absolutno kontraindicirano, saj bi lahko povzročilo spontani splav, prezgodnji porod ali rojstvo mrtvega ploda (29).

Za doseganje zelenih kliničnih izidov in načrtovanje zdravljenja z zdravili na področju zdravljenja nosečnic s SOH je potrebno sodelovanje širokega kroga strokovnjakov (25, 26).

Na voljo še ni z dokazi podprtega učinkovitega farmakološkega zdravljenja sindroma odvisnosti od kokaina ali metamfetaminov (1, 2).

Ženske s SOH imajo reproduktivne motnje, ki so lahko posledica vnetnih procesov jajcevodov, kar povzroči stenozo (40 % je neplodnih) in spremembe menstrualnega ciklusa (amenoreja, oligomenoreja in polimenoreja) (29). Tekom zdravljenja z agonisti opioidov prihaja do ponovne vzpostavitve menstrualnega ciklusa, kar lahko vodi v nezaželene nosečnosti, zato se svetuje kontracepcija (29). Vsaka nosečnost pri ženski s SOH je visoko tvegana zaradi neposrednih učinkov heroina na plod in zaradi posrednih učinkov življenjskega stila nosečnice (29).

Zaključek

Zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja prepovedanih drog poveča verjetnost vzpostavitve abstinence, zgodnejša abstinenca zmanjša tveganje za nosečnico in plod. Zato je ustrezno presejanje, zgodnje prepoznavanje izpostavljenosti PAS in napotitev na specialistično zdravljenje bistvenega pomena za večjo varnost in boljše zdravje teh ranljivih skupin (3). Pri presejanju na kronične bolezni, kot je sindrom odvisnosti od prepovedanih drog, je potrebno upoštevati etične principe in bolnikovo avtonomijo (3, 4, 5).

Zavedanje zdravstvenega tveganja za plod pri nosečnici predstavlja pomemben napovedni dejavnik glede rabe PAS, zdravstvena vzgoja in psihoedukacija glede tveganj v nosečnosti sta ključnega pomena (3). Nekatere nosečnice z duševnimi in vedenjskimi motnjami zaradi uživanja prepovedanih drog ne zmorejo same vzpostaviti abstinence (1–3). Zdravstvene posledice izpostavljenosti prepovedanim drogam v nosečnosti in perinatalnem obdobju lahko preprečujemo z ustrezno in pravočasno zdravstveno oskrbo in intervencijami, v primerih sindroma odvisnosti ali zdravstvenih posledic zaradi rabe drog je potrebno specialistično zdravljenje (1, 2). Dostopnost do preventivnega pregleda in do nadaljnjih ukrepov glede zdravljenja se financira iz sredstev osnovnega zdravstvenega zavarovanja, kar je ugodno.

Literatura

1. Forray A, Foster D. Substance Use in the Perinatal Period. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17(11): 91. doi: 10.1007/s11920-015-0626-5.
2. Forray A. Substance use during pregnancy. *F1000Research* 2016; 5: F1000 Faculty Rev-887. doi:10.12688/f1000research.7645.1.
3. McHugh RK, Wigderson S, Greenfield SF. Epidemiology of substance use in reproductive-age women. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2014; 41(2): 177–89. doi: 10.1016/j.ogc.2014.02.001.
4. Forray A, Merry B, Lin H, Ruger JP, Yonkers KA. Perinatal substance use: a prospective evaluation of abstinence and relapse. *Drug Alcohol Depend* 2015; 150: 147–55. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.02.027.
5. Abel EL, Kruger M. Physician attitudes concerning legal coercion of pregnant alcohol and drug abusers. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 768–72.
6. Kocherlakota P. Neonatal abstinence syndrome. *Pediatrics* 2014; 134(2): e547–61. doi: 10.1542/peds.2013-3524.
7. Witt CE, Rudd KE, Bhatraju P, Rivara FP, Hawes SE, Weiss NS. Neonatal abstinence syndrome and early childhood morbidity and mortality in Washington state: a retrospective cohort study. *J Perinatol* 2017; 37(10): 1124–9.
8. Cleary BJ, Donnelly J, Strawbridge J, Gallagher PJ, Fahey T, Clarke M et al. Methadone dose and neonatal abstinence syndrome-systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2010; 105(12): 2071–84. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03120.x.
9. Lemon LS, Caritis SN, Venkataramanan R, Platt RW, Bodnar LM. Methadone Versus Buprenorphine for Opioid Use Dependence and Risk of Neonatal Abstinence Syndrome. *Epidemiology* 2018; 29(2): 261–8.
10. Klamon SL, Isaacs K, Leopold A, Perpich J, Hayashi S, Vender J et al. Treating Women Who Are Pregnant and Parenting for Opioid Use Disorder and the Concurrent Care of Their Infants and Children: Literature Review to Support National Guidance. *J Addict Med* 2017; 11(3): 178–90. doi: 10.1097/ADM.0000000000000308.
11. Stover MW, Davis JM. Opioids in pregnancy and neonatal abstinence syndrome. *Semin Perinatol* 2015; 39(7): 561–5. doi: 10.1053/j.semperi.2015.08.013.
12. Sutter MB, Leeman L, Hsi A. Neonatal opioid withdrawal syndrome. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2014; 41(2): 317–34.
13. Lekan M. Novorojenček z odtegnitvenim sindromom. *Slov Pediatr* 2011; 18: 67–74.
14. Finnegan LP, Connaughton JF Jr, Kron RE, Emich JP. Neonatal Abstinence Syndrome: Assessment and Management. *Addictive Diseases*. 1975; 2(1): 141–58.
15. Grim K, Harrison TE, Wilder RT. Management of neonatal abstinence syndrome from opioids. *Clin Perinatol* 2013; 40(3): 509–24. doi: 10.1016/j.clp.2013.05.004.
16. Osborn DA, Jeffery HE, Cole MJ. Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (10): CD002059. doi: 10.1002/14651858.CD002059.pub3.
17. Minozzi S, Amato L, Bellisario C, Ferri M, Davoli M. Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (12): CD006318. doi: 10.1002/14651858.CD006318.pub3.

18. Sachs HC. Committee on Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. *Pediatrics* 2013; 132(3): e796.
19. Reese-Stremtan S. ABM Clinical Protocol #21: Guidelines for Breastfeeding and Substance Abuse or Substance Use Disorder, Revised 2015 *Breastfeeding Medicine* 2015; 10(3).
20. Tsai LC, Doan TJ. Breastfeeding among Mothers on Opioid Maintenance Treatment: A Literature Review. *J Hum Lact* 2016; 32(3): 521–9. doi: 10.1177/0890334416641909.
21. Wright TE, Terplan M, Ondersma SJ, Boyce C, Yonkers K, Chang G et al. The role of screening, brief intervention, and referral to treatment in the perinatal period. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215(5): 539–47. doi: 10.1016/j.ajog.2016.06.038.
22. Heather N. The case for extended brief interventios. *Zdrav Var* 2011; 50: 1–6.
23. Yonkers KA, Gotman N, Kershaw T, Forray A, Howell HB, Rounsaville BJ. Screening for Prenatal Substance Use: Development of the Substance Use Risk Profile-Pregnancy Scale. *Obstetrics and gynecology*. 2010; 116(4): 827–33. doi:10.1097/AOG.0b013e3181ed8290.
24. Chasnoff IJ, McGourty RF, Bailey GW, Hutchins E, Lightfoot SO, Pawson LL et al. The 4P's Plus screen for substance use in pregnancy: clinical application and outcomes. *J Perinatol*. 2005; 25(6): 368–74.
25. WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. WHO. Geneva; 2014.
26. Mozurkewich EL, Rayburn WF. Buprenorphine and methadone for opioid addiction during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2014; 41(2): 241–53.
27. Terplan M, Ramanadhan S, Locke A, Longinaker N, Lui S. Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4. Art. No.: CD006037. DOI: 10.1002/14651858.CD006037.pub3.
28. Turnbull C, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1. Art. No.: CD004456. DOI: 10.1002/14651858.CD004456.pub3.
29. Zolesi O, Maremmani I. Clinica e terapia dell'eroinomane in gravidanza. V: Maremmani I, Canoniero S, Pacini M. *Manuale di Neuropsicofarmacoterapia: Psichiatrica e dell'Abuso di Sostanze*. Pisa: Pacini editore. 2001, str. 427–36.

Varno predpisovanje psihofarmakov v času nosečnosti in dojenja

Danila Hriberšek

Uvod

Nosečnost na splošno dojemamo kot obdobje sreče. Za vsako nosečnico je to obdobje hormonskih nihanj in številnih sprememb na telesnem in čustvenem področju. Za nekatere je nosečnost čas prvega ali ponovnega srečanja z duševno boleznijo. Pravočasno prepoznavanje simptomov bolezni in ustrezno ukrepanje, tudi z uvedbo zdravil, je pomembno za obvladovanje duševne motnje v nosečnosti in obdobju po rojstvu otroka. Le tako lahko preprečimo negativne posledice bolezni in zagotovimo varnost matere in otroka. Na potek nosečnosti in razvoj otroka vpliva marsikaj, delno genetika, delno zunanji dejavniki. Danes se dobro zavedamo, da lahko izpostavljenost teratogenom vpliva na razvoj ploda, posebno v prvih tednih po oploditvi, v času organogeneze. Zgodba z zdravilom talidomid je zgodovinska prelomnica v razumevanju zdravil v vlogi teratogenov. Zdravilo, ki je bilo sprva v predkliničnih raziskavah na živalih spoznano za varno in so ga kot anksiolitik, hipnotik in antiemetik prejemale številne nosečnice v 50-ih letih prejšnjega stoletja, je povzročilo razvojne nepravilnosti pri otrocih. Zaradi te izkušnje danes načeloma velja, da se uporabi zdravil v obdobju pred zanositvijo, med nosečnostjo in obdobju dojenja izogibamo, če je le mogoče (1).

Za zdravila, ki so na tržišču že dlje časa, so na voljo opisi kliničnih primerov uporabe učinkovine v posebnih življenjskih obdobjih, med nosečnostjo in v obdobju dojenja. Za novejša zdravila je teh podatkov manj, zato jih težje uvrstimo med manj tvegana. Rezultati predkliničnih raziskav nam ne ponujajo popolnega odgovora na vprašanje o škodljivih učinkih zdravila v času nosečnosti, saj je preučevanje zdravil pri nosečnicah in doječih materah etično sporno in z zakonom prepovedano. Zanašati se moramo na rezultate epidemioloških raziskav in na posamezne klinične primere ali serije kliničnih primerov. Za veliko večino psihofarmakov danes vemo, da niso teratogeni in so relativno varna zdravila v obdobju nosečnosti, nekatera tudi v obdobju dojenja, kljub temu, da prehajajo skozi placento in se izločajo v materino mleko. Zavedati se moramo, da opuščanje utečenega farmakološkega zdravljenja mnogokrat predstavlja večje tveganje, predvsem tveganje za relaps bolezni.

Zdravila, s katerimi obvladujemo duševne motnje, so antidepresivi, stabilizatorji razpoloženja, anksiolitiki in antipsihotiki. Pred odločitvijo za predpis psihofarmaka v času nosečnosti ali laktacije je potrebno skrbno tehtanje med tveganjem in koristjo farmakološkega zdravljenja, prilagoditev terapije vsaki posameznici in dobro sodelovanje ženske pri zdravljenju.

Zdravila v nosečnosti

V preteklosti so menili, da nosečnost ščiti pred duševnimi motnjami, še posebno pred razvojem depresije (2). Danes vemo, da so ženske, ki so se že srečale z duševno

motnjo, bolj ranljive in je verjetnost, da se simptomi duševne motnje v času nosečnosti in v obdobju po porodu ponovno pojavijo, večja. Po zadnjih podatkih naj bi se kar 15 % nosečnic soočalo s simptomi duševne motnje in kar 10–13 % plodov naj bi bilo izpostavljenih psihofarmakom. Ženske, ki se zdravijo s psihofarmaki in jih zaradi zanositve opustijo, imajo kar 68 % verjetnost, da se jim simptomi v nosečnosti ponovijo (2). Visoka verjetnost za relaps je dokaz, da je za marsikatero žensko zdravljenje z zdravilom v nosečnosti potrebno kljub tveganju.

Različne razvrstitve zdravil v nosečnosti glede na varnost

Najbolj poznana in uporabljana razvrstitev pri nas je razvrstitev ameriške Uprave za hrano in zdravila (angl. Food and Drug Administration, FDA). Do nedavnega so razvrščali zdravila glede na varnost v nosečnosti kategorije od A do X (Tabela 1). V letu 2015, natančneje 30. junija 2015, je FDA spremenila pravila označevanja, oznake A–X ukinjajo. Od leta 2015 jih postopoma nadomeščajo opisi tveganj uporabe zdravil v določenem obdobju nosečnosti, ustreznost uporabe zdravil v obdobju dojenja pa je opisana posebej.

Tabela 1. Razvrstitev zdravil FDA glede varnosti uporabe v nosečnosti (1).

SKUPINA	OPREDELITEV
A	Kontrolirane raziskave pri nosečnicah niso dokazale, da bi snov škodovala plodu.
B	Raziskave na živalih niso dokazale škodljivosti, vendar kontroliranih raziskav na ljudeh niso opravili ali so raziskave na živalih pokazale škodljivosti, ki jih kontrolirane raziskave pri ljudeh niso potrdile.
C	Raziskave so pokazale škodljivost pri živalih, kontroliranih raziskav pri ljudeh ni ali ni raziskav niti pri ljudeh niti na živalih. Zdravilo lahko uporabljamo le, kadar korist odtehta potencialno tveganje.
D	Obstajajo dokazi o škodljivem vplivu zdravila na plod, vendar lahko korist v določenih primerih odtehta tveganje.
X	Raziskave so pokazale škodljiv vpliv zdravila tako na živali kakor na ljudi. Uporaba zdravila v nosečnosti ni dovoljena.

Razvrstitev B ne pomeni nujno večjega tveganja, le raziskav in podatkov o uporabi zdravila je manj.

Avstralski sistem kategorizacije varnosti zdravil je nastal pod okriljem Uprave za zdravila (angl. Therapeutic Goods Administration, TGA) na Ministrstvu za zdravje in se nekoliko razlikuje od ameriškega (Tabela 2). Razvili so ga kot pomoč pri predpisovanju zdravil v nosečnosti. Namenjen je izključno zdravstvenim delavcem, ki predpisujejo zdravila. Temeljni na obstoječih podatkih o tveganjih za škodljiv vpliv zdravil na razvoj ploda in otroka (razvojne nepravilnosti, neželeni vplivi zdravila ob porodu, dolgoročni vpliv zdravila na otroka). Preveliki odmerki zdravila, izpostavljenost zdravilu na delovnem mestu ali druge okoliščine, zaradi katerih je terapevtski odmerek presežen, v kategorizaciji niso zajeti. Nekatera zdravila imajo dvojno kategorizacijo (različne oblike aplikacije zdravila). Podskupine kategorije B temeljijo na raziskavah, opravljenih na živalih in ne pomenijo večje varnosti od kategorije C. Tudi zdravila s kategorizacijo D ne pomenijo absolutne kontraindikacije v nosečnosti (antiepileptiki). Pri zdravilih, ki vsebujejo več kakor eno učinkovino, velja kategorija učinkovine z največjim tveganjem (5, 6).

Tabela 2. Avstralska kategorizacija zdravil glede varnosti uporabe v nosečnosti TGA (5, 6).

SKUPINA	OPREDELITEV
A	Zdravilo, predpisovano velikemu številu nosečnic, ki ni povzročilo nobenih dokazanih razvojnih nepravilnosti oziroma ni kakorkoli škodovalo otrokovemu razvoju.
B1	Zdravilo, predpisovano manjšemu številu nosečnic, ki ni povzročilo razvojnih nepravilnosti ali kakorkoli škodovalo otrokovemu razvoju. Raziskave na živalih niso pokazale povečanega tveganja za pojav razvojnih nepravilnosti.
B2	Zdravilo, predpisovano manjšemu številu nosečnic, ki ni povzročilo razvojnih nepravilnosti ali kakorkoli škodovalo otrokovemu razvoju. Kontroliranih raziskav na živalih ni ali so nezadostne, vendar niso pokazale povečanega tveganja za pojav razvojnih nepravilnosti.
B3	Zdravilo, predpisovano manjšemu številu nosečnic, ki ni povzročilo razvojnih nepravilnosti ali kakorkoli škodovalo otrokovemu razvoju. Raziskave na živalih so pokazale povečano tveganje za pojav razvojnih nepravilnosti.
C	Zdravilo škoduje oziroma se domneva, da lahko škoduje otroku, vendar ne povzroča razvojnih nepravilnosti. Neželeni učinki so lahko reverzibilni. Svetuje se skrbno spremljanje.
D	Zdravilo je povzročilo, je domnevno povzročilo, oziroma bi lahko povzročilo povečano tveganje za pojav razvojnih nepravilnosti ali ireverzibilne neželene učinke. Svetuje se skrbno spremljanje.
X	Zdravilo je škodljivo za otrokov razvoj, zato se njegova uporaba v nosečnosti ali v času načrtovanja nosečnosti ne dovoljuje.

Priročnik Zdravila v nosečnosti in med dojenjem (orig. Drugs in Pregnancy and Lactation) avtorjev Briggsa, Freemana in Yaffeja (3) ponuja priporočila, na osnovi katerih lahko razvrstimo učinkovine glede na stopnjo tveganja za nepravilnosti v razvoju zarodka in ploda. Priporočila in pojasnila so zbrana v Tabeli 3.

Tabela 3. Priporočila in pojasnila o uporabi zdravil v nosečnosti (3).

PRIPOROČILO	POJASNILO
Kompatibilno.	Obstoječi podatki in izkušnje kažejo, da zdravilo ne predstavlja tveganja za pojav napak v razvoju zarodka in ploda. Reprodukcijske raziskave na živalih niso relevantne.
Ni (premalo) PZL¹. Najverjetneje kompatibilno.	Izkušenj z uporabo zdravila v nosečnosti je malo, vendar podatki o zdravilu kažejo, da ne predstavlja tveganja za pojav napak v razvoju zarodka in ploda. Reprodukcijske raziskave na živalih niso relevantne.
Kompatibilno. Materina korist je večja od tveganja za zarodek in plod.	Izkušenj z uporabo zdravila v nosečnosti je malo, potencialna korist za mater odtehta možna tveganja za pojav napak v razvoju zarodka in ploda. Reprodukcijske raziskave na živalih niso relevantne.
PZL kažejo nizko tveganje.	Izkušenj z uporabo zdravila v nosečnosti je malo, vendar podatki o zdravilu kažejo, da ne predstavlja pomembnega tveganja za pojav napak pri razvoju otroka v vseh fazah nosečnosti. Obstoječi podatki iz PZL odtehtajo raziskave na živalih.
Ni (premalo) PZL. Raziskave na živalih kažejo na nizko tveganje.	Ali ni izkušenj z uporabo zdravila v nosečnosti ali skope izkušnje niso pokazale negativnega vpliva zdravila na razvoj. Zdravilo ne povzroča razvojnih nepravilnosti pri živalih pri odmerkih nižjih od 10-kratnega odmerka odraslega človeka.
Ni (premalo) PZL. Raziskave na živalih kažejo zmerno tveganje.	Ali ni dovolj izkušenj z uporabo zdravila v nosečnosti ali skope izkušnje niso pokazale negativnega vpliva zdravila na razvoj. Zdravilo povzroča razvojne nepravilnosti pri eni živalski vrsti v odmerku manjšem od 10-kratnega odmerka odraslega človeka.
Ni (premalo) PZL. Raziskave na živalih kažejo tveganje.	Ali ni izkušenj z uporabo zdravila v nosečnosti ali skope izkušnje niso pokazale negativnega vpliva zdravila na razvoj. Zdravilo povzroča razvojne nepravilnosti pri dveh živalskih vrstah v odmerku manjšem od 10-kratnega odmerka odraslega človeka.
Ni (premalo) PZL. Raziskave na živalih kažejo veliko tveganje.	Ali ni izkušenj z uporabo zdravila v nosečnosti ali skope izkušnje niso pokazale negativnega vpliva zdravila na otrokov razvoj. Zdravilo povzroča razvojne nepravilnosti pri treh ali več živalskih vrstah v odmerku manjšem od 10-kratnega odmerka odraslega človeka.
Kontraindicirano v prvem trimesečju.	Izpostavljenost zdravilu oziroma zdravilu iz iste skupine v prvem trimesečju povzroča razvojne nepravilnosti, zato se v prvem trimesečju ne sme uporabljati.
Kontraindicirano v drugem in tretjem trimesečju.	Izpostavljenost zdravilu oziroma zdravilu iz iste skupine v drugem in tretjem trimesečju povzroča razvojne nepravilnosti, zato se v drugem in tretjem trimesečju ne sme uporabljati.

¹ PZL, podatki za ljudi.

PRIPOROČILO	POJASNILO
Kontraindicirano.	Izpostavljenost zdravilu oziroma zdravilu iz iste skupine povzroča razvojne nepravilnosti, zato se v nosečnosti ne sme uporabljati.
Ni (premalo) PZL. Ni primernih raziskav na živalih.	Ni nobenih podatkov o uporabi zdravila v nosečnosti in nobenih izkušenj z zdravilom, zato tveganja ne moremo določiti.
PZL kažejo tveganje v prvem in tretjem trimesečju.	Podatki kažejo, da povzroča zdravilo ali podobna zdravila razvojne napake v prvem in tretjem trimesečju nosečnosti, ne pa v drugem trimesečju. PZL odtehtajo katerekoli reprodukcijske raziskave na živalih.
PZL kažejo tveganje v drugem in tretjem trimesečju.	Podatki kažejo, da povzroča zdravilo ali podobna zdravila razvojne napake v drugem in tretjem trimesečju nosečnosti, ne pa v prvem trimesečju. PZL odtehtajo katerekoli reprodukcijske raziskave na živalih.
PZL kažejo tveganje v tretjem trimesečju.	Podatki kažejo, da povzroča zdravilo ali podobna zdravila razvojne napake v tretjem trimesečju nosečnosti oziroma v bližini roka poroda, ne pa v prvem in drugem trimesečju. PZL odtehtajo katerekoli reprodukcijske raziskave na živalih.
PZL in raziskave na živalih kažejo tveganje.	PZL o zdravilu ali o zdravilu iz iste skupine z istim mehanizmom delovanja in reprodukcijske raziskave na živalih kažejo, da obstaja tveganje za pojav razvojnih nepravilnosti. Izpostavljenosti zdravilu v nosečnosti se je smiselno izogniti, vendar je potrebno upoštevati tveganje, kadar je zdravljenje z zdravilom nujno potrebno.

Antidepresivi

Ženske, ki prekinajo učinkovito farmakoterapijo z antidepresivom zaradi zanositve, so v nevarnosti, da se simptomi bolezni ponovijo. Številne bolnice prenehajo jemati zdravila preden zanosijo ali v začetku nosečnosti, največkrat zaradi strahu pred nepravilnostmi v razvoju ploda in otroka. Podatki o vplivu zdravila na razvoj ploda, so si pogosto nasprotujoči. Rezultati ene od metaanaliz kažejo na povezavo med jemanjem antidepresivov v nosečnosti in pojavnostjo težav v delovanju srca. Rezultati druge pa na povezavo med jemanjem paroksetina in fluoksetina in težjimi razvojnimi napakami, medtem ko sta sertralin in escitalopram varnejša. Do največ razvojnih napak, povezanih z uporabo antidepresivov, naj bi prišlo v prvem trimesečju nosečnosti (11). Uporaba antidepresivov med nosečnostjo je povezana tudi z zapleti ob porodu in z nižjimi vrednostmi na Apgarjevi lestvici. Največkrat gre za blage težave, ki izzvenijo v nekaj dneh po porodu. Gre za jokavost in razdražljivost novorojenčka, težave pri sesanju in požiranju ter motnje dihanja. Tabela 4 prikazuje antidepresive, ki jih najpogosteje uporabljamo v Sloveniji in primerjavo podatkov o primernosti uporabe zdravil v nosečnosti med bazama podatkov o zdravilih Lexicomp online (ZDA) in Therapeutic guidelines (eTG, Avstralija) ter priložnikom Drugs in Pregnancy and Lactation (Briggs et al.).

Tabela 4. Primerjava podatkov o varnosti antidepresivov v nosečnosti v različnih virih (1).

Antidepresiv	Nosečnost		
	Lexicomp ¹ / SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴
agomelatin	Proizvajalec zaradi pomanjkanja podatkov odsvetuje uporabo zdravila v nosečnosti.	B1	Ni podatka.
amitriptilin	C	C	PZL ⁵ kažejo na nizko tveganje.
bupropion	C	B2	PZL kažejo na nizko tveganje.
citalopram	C	C	PZL kažejo na povečano tveganje v zadnjem trimesečju.
duloksetin	C	B3	PZL kažejo na povečano tveganje v zadnjem trimesečju.
escitalopram	C	C	PZL kažejo na povečano tveganje v zadnjem trimesečju.
fluoksetin	C	C	PZL kažejo na povečano tveganje v zadnjem trimesečju.
maprotilin	B	Ni podatka.	Malo PZL. Podatki za živali kažejo nizko tveganje.
mianserin	Ni podatka. / Raziskave na živalih in omejeni podatki o uporabi zdravila v nosečnosti ne kažejo škodljivih učinkov na plod ali na novorojenčka.	B2	Ni podatka.
mirtazapin	C	B3	Malo PZL. Podatki za živali kažejo zmerno tveganje.
moklobemid	Varnost še ni dokazana. Uporabo priporočajo kadar korist prevlada nad tveganjem.	B3	Ni podatka.
paroksetin	D//X (podatki med proizvajalci se razlikujejo).	D	PZL kažejo tveganje.
reboksetin	Učinkovina se lahko uporablja med nosečnostjo, kadar koristi zdravljenja matere odtehtajo možna tveganja za razvijajoči plod.	B1	Ni podatka.

Antidepresiv	Nosečnost		
	Lexicomp ¹ / SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴
sertralin	C	C	PZL kažejo na povečano tveganje v zadnjem trimesečju.
tianeptin	Ni podatka. / Proizvajalec zaradi pomanjkljivih podatkov ne priporoča za uporabe zdravila v nosečnosti.	Ni podatka.	Ni podatka.
trazodon	C	Ni podatka.	Malo PZL. Živalski podatki kažejo nizko tveganje.
venlafaksin	C	B2	PZL kažejo na povečano tveganje v zadnjem trimesečju.
vortiooksetin	Ni podatka.	B3	Ni podatka.

¹ Lexicomp online: zbirka podatkov o zdravilih na medmrežju, ZDA.

² SmPC, The summary of product Characteristics: povzetek glavnih značilnosti zdravila.

³ eTG, Therapeutic guidelines: smernice zdravljenja z zdravili na medmrežju, Avstralija.

⁴ Briggs G, Freeman R, Yaffe S. Drugs in Pregnancy and Lactation. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

⁵ PZL, podatki za ljudi.

Inhibitorji monoaminooksidaze (MAOI) sodijo, po podatkih iz literature, med zdravila, ki niso primerna za zdravljenje v nosečnosti. Raziskave na živalih kažejo določeno stopnjo teratogenosti. Triciklični in tetraciklični antidepresivi (TCA), ki so že dlje časa v uporabi za zdravljenje in obvladovanje depresij, sodijo med varnejša zdravila (11). Raziskave na živalih (za amitriptilin in maprotilin) niso pokazale povečanega tveganja za motnje v razvoju ploda v prvem trimesečju. Metaanalize raziskav škodljivih vplivov selektivnih zaviralcev ponovnega privzema serotonina (SSRI) ne kažejo večjega števila motenj v razvoju ploda v primerjavi s kontrolno skupino brez zdravila (12). Po podatkih iz smernic britanskega Nacionalnega inštituta za zdravje in klinično odličnost (angl. National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, CG45) je v nosečnosti sertralin še vedno zdravilo prvega izbora, tudi ko želi mati otroka dojit. Za njim je citalopram v najvišjem odmerku 40 mg. Uporabo paroksetina med nosečnostjo odsvetujejo zaradi dokazanih srčnih napak na plodu (11, 12, 23). TCA imajo po podatkih iz smernic najnižje tveganje za uporabo v nosečnosti, vendar je v primeru prevelikih odmerkov ali predoziranja več težav kakor pri uporabi SSRI (11). Tabela 5 podaja ocene tveganj uporabe antidepresivov v nosečnosti, potencialne zaplete ob uporabi in opombe ter priporočila.

Tabela 5. Antidepresivi v nosečnosti - ocena tveganja, potencialni zapleti, opombe in priporočila (1, 2).

ANTIDEPRESIV	Ocena tveganja	Potencialni zapleti	Opombe, priporočila
<ul style="list-style-type: none"> • moklobemid • paroksetin 	tveganje	<ul style="list-style-type: none"> • nekoliko je povečana verjetnost za spontani splav 	<ul style="list-style-type: none"> • SSRI so najpogosteje uporabljeni AD v nosečnosti
<ul style="list-style-type: none"> • agomelatin • venlafaksin • vortiooksetin 	zmerno tveganje	<ul style="list-style-type: none"> • nekoliko je povečana verjetnost za prezgodnji porod in nizko porodno težo 	<ul style="list-style-type: none"> • ob ukinitvi zdravlila v nosečnosti pogosto prihaja do relapsa
<ul style="list-style-type: none"> • amitriptilin • bupropion • citalopram • duloksetin • escitalopram • fluoksetin • maprotilin • mianserin • mirtazapin • reboksetin • sertralin • trazodon 	nizko tveganje	<ul style="list-style-type: none"> • nekoliko je povečana verjetnost za napake na srcu (paroksetin) • nasprotujoči si dokazi za nekoliko povečano verjetnost za perzistentno pulmonalno hipertenzijo 	<ul style="list-style-type: none"> • zdravilo z največ opisanimi neželenimi učinki je paroksetin • zdravilo, ki ima najnižji profil tveganja v nosečnosti in v času laktacije, je sertralin • TCA so med nosečnostjo manj predpisovana zdravila, ker je v primerjavi z SSRI smrtnost zaradi prekoračitve maksimalnega odmerka višja • venlafaksina ne povezujejo s pojavom razvojnih nepravilnosti, opisani pa so primeri neonatalnega odtegnitvenega sindroma • uporabe MAOI ni priporočljiva

Antipsihotiki

Zdravljenje shizofrenije in drugih psihotičnih motenj v nosečnosti je podobno kakor v drugih življenjskih obdobjih, le da moramo upoštevati vpliv zdravila na otrokov razvoj. Z dokazi podprtih raziskav, ki bi popolnoma ovrgle vpliv antipsihotika na otrokov razvoj ni, vendar načeloma velja, da antipsihotikov ne uvrščamo med teratogena zdravila. Za večino bolnic z diagnozo shizofrenije, ki se s psihofarmaki zdravijo pred zanositvijo, velja, naj terapije po zanositvi ne prekinjajo. V nosečnosti je zaželena uporaba enega antipsihotika (monoterapija), vendar je včasih nemogoče obvladovati simptome samo z eno učinkovino, takrat je nujna uporaba več kot enega (11). Če bolnica prejema atipični antipsihotik, ga lahko zaradi nevarnosti razvoja nosečniškega diabetesa zamenjamo z nizkimi odmerki haloperidola. Tudi klopazipin, ki je edini v skupini B po razvrstitvi FDA, lahko povzroča nosečniški diabetes. Rutinsko ga v nosečnosti ne uvajamo zaradi nevarnosti agranulocitoze, tako pri materi kot pri plodu. Med atipičnimi antipsihotiki sta med nosečnostjo najpogosteje predpisovana in imata objavljenih največ podatkov o uporabi v nosečnosti kvetiapin in olanzapin. Antipsihotikov v depo oblikah v nosečnosti zaradi težjega prilagajanja odmerkov ne uvajamo rutinsko. Priporočljivo je sočasno jemanje folne kisline (1).

V Tabeli 6 so navedeni antipsihotiki, ki jih najpogosteje uporabljamo v Sloveniji. Prikazana je primerjava razvrstitev glede ustreznosti uporabe v nosečnosti med bazama podatkov Lexicomp online in eTG ter priročnikom Drugs in Pregnancy and Lactation (Briggs et al.).

Tabela 6. Primernost uporabe antipsihotikov v nosečnosti (1).

Zdravilo	Nosečnost		
	Lexicomp ¹	eTG ²	Briggs et al. ³
amisulprid	Uporaba zdravila v zadnjem trimesečju nosečnosti lahko pri otroku povzroči ekstrapiramidne učinke in/ali odtegnitvene simptome ob porodu.	C	Ni podatka.
aripiprazol	C	C	Malo PZL ⁴ . Reprodukcijske raziskave na živalih kažejo tveganje.
asenapin	C	C	Malo PZL. Reprodukcijske raziskave na živalih kažejo tveganje.

Zdravilo	Nosečnost		
	Lexicomp ¹	eTG ²	Briggs et al. ³
flufenazin	Ob uporabi zdravila v tretjem trimesečju nosečnosti so opazili neželene učinke in odtegnitvene simptome pri novorojenčku ob porodu.	C	PZL kažejo tveganje v tretjem trimesečju.
flupentiksol	Ob uporabi zdravila v tretjem trimesečju nosečnosti so opazili neželene učinke in odtegnitvene simptome pri novorojenčku ob porodu.	C	Ni podatka.
haloperidol	C	C	Malo PZL. Potencialno toksično.
klozapin	B	C	Kompatibilno. Materina korist odtehta tveganje.
kvetiapin	C	C	Kompatibilno. Materina korist odtehta tveganje.
levomepromazin	Ob uporabi zdravila v tretjem trimesečju nosečnosti so opazili neželene učinke in odtegnitvene simptome pri novorojenčku ob porodu.	Ni podatka.	Ni podatka.
olanzapin	C	C	Kompatibilno. Materina korist odtehta tveganje.
paliperidon	C	C	Malo PZL. Reprodukcijske raziskave na živalih kažejo nizko tveganje.
risperidon	C	C	Kompatibilno. Materina korist odtehta tveganje.
sulpirid	Ob uporabi zdravila v tretjem trimesečju nosečnosti so opazili neželene učinke in odtegnitvene simptome pri novorojenčku ob porodu.	Ni podatka.	Ni podatka.
ziprazidon	C	C	Malo PZL. Reprodukcijske raziskave na živalih kažejo tveganje.

¹ Lexicomp online: zbirka podatkov o zdravilih na medmrežju, ZDA.

² eTG, Therapeutic guidelines: smernice zdravljenja z zdravili na medmrežju, Avstralija.

³ Briggs G, Freeman R, Yaffe S. Drugs in Pregnancy and Lactation. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

⁴ PZL, podatki za ljudi.

Oceno tveganj uporabe antipsihotikov v nosečnosti, potencialne zaplete in opombe ter priporočila glede uporabe antipsihotikov v nosečnosti podaja Tabela 7.

Tabela 7. Antipsihotiki v nosečnosti - ocena tveganja, potencialni zapleti, opombe, priporočila (1, 2).

ANTIPSIHOTIKI	Ocena tveganja	Potencialni zapleti	Opombe, priporočila
<ul style="list-style-type: none"> • amisulprid • aripiprazol • asenapin • flufenazin • flupentiksol • levomepromazin • sulpirid • ziprazidon • zuklopentiksol 	tveganje	<ul style="list-style-type: none"> • nekoliko je povečana verjetnost za spontani splav • nekoliko je povečana verjetnost za pojav odtegnitvenega sindroma pri novorojenčku (izpostavljenost v 3. trimesečju) • nekoliko je povečana verjetnost za pojav ekstrapiramidnega sindroma pri novorojenčku (izpostavljenost v 3. trimesečju) 	<ul style="list-style-type: none"> • iz podatkov, ki jih imamo na razpolago, ne moremo nobenega antipsihotika priporočiti kot varnejšega za zdravljenje v nosečnosti od katerega drugega • izbira ustreznega antipsihotika mora temeljiti na učinkovitosti obvladovanja simptomov iz predhodnega zdravljenja
<ul style="list-style-type: none"> • klozapin • kvetiapin • olanzapin • haloperidol • risperidon • paliperidon 	zmerno tveganje		<ul style="list-style-type: none"> • preklapljanje z enega antipsihotika na drugega v času nosečnosti lahko poveča tveganje za relaps bolezni in posledično poveča tveganje izpostavljanja fetusa dvema učinkovinama hkrati • podatkov o uporabi depo oblik antipsihotikov v nosečnosti je malo, zato uvažanja depo oblik v nosečnosti ne priporočamo

Stabilizatorji razpoloženja

Smernice NICE priporočajo nizke odmerke tipičnih ali atipičnih antipsihotikov kot zdravilo prvega izbora, ker so antipsihotiki manj teratogeni kakor stabilizatorji razpoloženja. Litij je zdravilo, ki sodi v prvo linijo obvladovanja bipolarnе motnje s stabilizatorjem. Kljub temu velja za tvegano zdravilo v nosečnosti, saj so opisani klinični primeri razvojnih napak na srcu (Ebsteinova anomalija), še posebno, če ga nosečnica jemlje v zgodnji nosečnosti. Glede uporabe litija v nosečnosti so si podatki iz literature nasprotujoči. Načeloma velja, da se ga je v nosečnosti bolje izogibati, še posebej v prvem trimesečju, v času organogeneze. Če bolnice, ki jemljejo litij, nepričakovano zanosijo, morajo opraviti dodatne preiskave razvoja ploda. Ostala zdravila so antiepileptiki, ki se uporabljajo kot stabilizatorji razpoloženja. Natrijev valproat, karbamazepin in lamotrigin sodijo v drugo linijo stabilizatorjev razpoloženja. Po podatkih je natrijev valproat povezan z najvišjo ravnijo pojavnosti razvojnih napak. Z jemanjem valproata v nosečnosti povezujejo tudi napake pri zapiranju nevralne cevi. Če je uporaba valproata v nosečnosti nujna, naj se uporablja v najnižjem še učinkovitem odmerku ob sočasnem jemanju 5 mg folne kisline dnevno. Enako pravilo velja za uporabo karbamazepina (5, 11). Med nosečnostjo se plazemske koncentracije lamotrigina spreminjajo, zato je potrebno odmerke prilagajati. Če nosečnica prejema lamotrigin, v smernicah priporočajo bolj pogoste in natančne ultrazvočne preglede, še posebno, kadar ga prejema več kot 200 mg dnevno. Tudi tukaj priporočajo sočasno jemanje 5 mg folne kisline na dan (11).

V Tabeli 8 so navedena zdravila, ki jih v Sloveniji najpogosteje uporabljamo kot stabilizatorje razpoloženja ter primerjava varnosti uporabe teh zdravil v nosečnosti med bazama podatkov Lexicomp online in avstralsko bazo eTG ter priročnikom *Drugs in Pregnancy and Lactation* (Briggs et al.). Tabela 9 podaja oceno tveganj uporabe zdravil v nosečnosti, potencialne zaplete uporabe, ter opombe in priporočila uporabe zdravil v nosečnosti.

Tabela 8. Primernost uporabe stabilizatorja razpoloženja v nosečnosti (1).

Zdravilo	Nosečnost		
	Lexicomp ¹	eTG ²	Briggs et al. ³
litij	D	D	PZL ⁴ kažejo tveganje.
natrijev valproat	X (preprečevanje migrenskih napadov) / D (ostale indikacije)	D	PZL kažejo tveganje.
lamotrigin	C	D	PZL kažejo tveganje.
karbamazepin	D	D	Kompatibilno. Materina korist je večja od tveganja za zarodek in plod.

¹ Lexicomp online: zbirka podatkov o zdravilih na medmrežju, ZDA.

² eTG, Therapeutic guidelines: smernice zdravljenja z zdravili na medmrežju, Avstralija.

³ Briggs G, Freeman R, Yaffe S. Drugs in Pregnancy and Lactation. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

⁴ PZL, podatki za ljudi.

Tabela 9. Stabilizatorji razpoloženja v nosečnosti - ocena tveganja, potencialni zapleti, opombe in priporočila (1, 2).

STABILIZATORJI	Ocena tveganja	Potencialni zapleti	Opombe, priporočila
natrijev valproat	tveganje	<ul style="list-style-type: none"> • 10 % verjetnost za napake pri zapiranju nevralne cevi, hipospadijo, zmanjšan volumen možganov, napake na srcu • avtizem 	<ul style="list-style-type: none"> • Natrijev valproat je teratogen, zato ga v nosečnosti odsvetujemo. • Če bolnica jemlje valproat in zanosi, ga postopoma ukinemo in zamenjamo z zdravilom, ki ima nižji profil tveganja.
karbamazepin	tveganje	<ul style="list-style-type: none"> • povečana verjetnost za napake pri zapiranju nevralne cevi, hipospadijo, hernijo diafragme • nekoliko povečana verjetnost za hemoragično bolezen novorojenčka 	<ul style="list-style-type: none"> • Karbamazepin je zdravilo, ki po podatkih iz literature povečuje tveganje za pojav razvojnih nepravilnosti, zato uporaba zdravila v nosečnosti ni priporočljiva. • V primeru, če bolnica zdravljenja z zdravilom (karbamazepin) ne želi prekiniti, priporočajo dodajanje folne kisline v odmerku 5 mg dnevno. Nekaj raziskav priporoča tudi dodajanje vitamina K per os, v odmerku 10–20 mg dnevno, od 36. tedna nosečnosti dalje, za preprečevanje koagulopatij pri novorojenčku.

STABILIZATORJI	Ocena tveganja	Potencialni zapleti	Opombe, priporočila
litij	tveganje	<ul style="list-style-type: none"> • nekoliko večja verjetnost za pojav Ebstei-nove anomalije (1/1000) 	<ul style="list-style-type: none"> • Litija v nosečnosti ne predpisujemo, razen kadar ostala zdravila niso učinkovita. V tem primeru pogosteje spremljamo plazemske koncentracije. • Kadar bolnica jemlje litij, nima simptomov in med zdravljenjem zanosi, priporočajo postopno zniževanje odmerka v obdobju 4 tednov in ukinitvev zdravila. Če obstaja velika verjetnost poslabšanja bolezni in druga zdravila niso dovolj učinkovita, priporočajo ponovno uvedbo litija v drugem trimesečju. • Če je litij edino zdravilo, ki obvladuje simptome in bolnica zdravljenja z litijem ne želi prekiniti, preverjamo plazemske koncentracije vsaj vsake 4 tedne, po dopolnjenem 36. tednu nosečnosti pa enkrat tedensko. Odmerek skrbno prilagajamo, da ostanejo plazemske koncentracije znotraj predpisanih meja. Očistek litija v nosečnosti narašča, takoj po porodu pa hitro pade, zato je potrebno skrbno spremljanje in prilagajanje odmerkov.
lamotrigin	zmerno tveganje	<ul style="list-style-type: none"> • nekoliko povečana verjetnost zajčje ustnice (omenjeno v eni raziskavi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lamotrigin (v monoterapiji) ne povečuje verjetnosti pojava razvojnih nepravilnosti. Priporočajo dodajanje folne kisline in skrbno prilagajanje odmerkov v nosečnosti, zaradi povečanega očistka učinkovine (v pozni nosečnosti tudi do 50%). Po porodu se očistek hitro zniža, zato je potrebno odmerke ponovno prilagoditi.

Anksiolitiki in hipnotiki

Pri zdravljenju anksioznosti v nosečnosti so zdravila izbora po mednarodnih smernicah antidepresivi (triciklični antidepresivi, selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina). Priporoča se uporaba le ene učinkovine, če je mogoče in v čim nižjem še učinkovitem odmerku. Benzodiazepini v redni terapiji med nosečnostjo niso priporočljivi. Dovoljena je le kratkotrajna uporaba za obvladovanje hude anksioznosti in nemira (5, 11). Uporaba benzodiazepinov v prvem trimesečju lahko poveča nevarnost za zajčjo ustnico, prezgodnji porod in prenizko porodno težo novorojenčka. Če nosečnica prejema benzodiazepine v zadnjem trimesečju, obstaja nevarnost odtegnitvenega sindroma, hipotonije in motenj požiranja pri novorojenčku (11, 12, 13). Pri zdravljenju motenj spanja v nosečnosti in v času dojenja se je potrebno benzodiazepinom izogibati. Britanski Teratology Information Service priporoča uporabo sedirajočega antihistaminika ali nizkega odmerka benzodiazepina za čim krajši čas (1).

V Tabeli 10 so zbrani najpogosteje uporabljeni anksiolitiki in hipnotiki v Sloveniji in primerjava primernosti uporabe teh zdravil. Primerjamo podatke iz zbirk Lexicomp online in eTG ter priročnika Drugs in Pregnancy and Lactation (Briggs et al.). Tabela 11 podaja tveganja uporabe anksiolitikov in hipnotikov v nosečnosti, potencialne zaplete zaradi uporabe zdravil ter opombe in priporočila pri zdravljenju z zdravili.

Tabela 10. Varnost uporabe anksiolitikov in hipnotikov v nosečnosti (1).

Zdravilo	Nosečnost		
	Lexicomp ¹ / SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴
alprazolam	D	C	PZL ⁵ in raziskave na živalih kažejo tveganje.
bromazepam	Opazili so povečano število razvojnih napak pri plodu ob uporabi zdravila v prvem trimesečju.	C	PZL in raziskave na živalih kažejo tveganje.
diazepam	D	C	PZL kažejo tveganje v prvem in tretjem trimesečju.
flurazepam	Benzodiazepini prehajajo posteljico. Opazili so povečano število razvojnih napak pri plodu ob uporabi zdravila.	Ni podatka.	Ni (premalo) PZL. Raziskave na živalih kažejo nizko tveganje.
klobazam	Če se nosečnica zdravi z zdravilom zaradi epilepsije, naj prejema najnižji še učinkovit odmerek.	C	Ni podatka.

Zdravilo	Nosečnost		
	Lexicomp ¹ / SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴
klometiazol	Ni podatkov. / (Ni zadostnih podatkov o uporabi klometiazola pri nosečnicah. Na voljo ni raziskav na živalih za oceno vpliva na nosečnost, razvoj zarodka/ploda, porod ali postnatalni razvoj. Možno tveganje za ljudi ni znano. Klometiazola ne smete uporabljati med nosečnostjo, razen če je nujno potrebno.)	Ni podatka.	Ni podatka.
lorazepam	D	C	PZL kažejo tveganje v prvem in tretjem trimesečju.
medazepam	Ni podatka./ Uporabljamo v nujnih primerih, kadar je korist večja od tveganja.	Ni podatka.	Ni podatka.
nitrazepam	Opazili so povečano število razvojnih napak pri plodu ob uporabi zdravila v prvem trimesečju.	C	Ni podatka.
oksazepam	Opazili so povečano število razvojnih napak pri plodu ob uporabi zdravila v prvem trimesečju.	C	PZL kažejo tveganje v prvem in tretjem trimesečju.
midazolam	D	C	Ni (premalo) PZL. Raziskave na živalih kažejo nizko tveganje.

¹ Lexicomp online: zbirka podatkov o zdravilih na medmrežju, ZDA.

² SmPC, The summary of product Characteristics: povzetek glavnih značilnosti zdravila.

³ eTG, Therapeutic guidelines: smernice zdravljenja z zdravili na medmrežju, Avstralija.

⁴ Briggs G, Freeman R, Yaffe S. Drugs in Pregnancy and Lactation. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

⁵ PZL, podatki za ljudi.

Tabela 11. Anksiolitiki, hipnotiki v nosečnosti - ocena tveganja, potencialni zapleti, opombe in priporočila (1, 2).

ANKSIOLITIK, HIPNOTIK	Ocena tveganja	Potencialni zapleti	Opombe, priporočila
alprazolam bromazepam diazepam flurazepam klobazam klometiazol medazepam oksazepam midazolam	tveganje	<ul style="list-style-type: none"> • zajčja ustnica • apnea, nizke vrednosti na Apgarjevi lestvici, hipotonija, slabši sesalni refleks 	Benzodiazepinov ne predpisujemo v nosečnosti, razen kadar je nujno potrebno za kratkotrajno zdravljenje anksioznosti in nemira.
lorazepam zolpidem	zmerno tveganje nizko tveganje (ob kratkotrajni uporabi in nizkih odmerkih)	<ul style="list-style-type: none"> • apnea, nizke vrednosti na Apgarjevi lestvici, hipotonija, slabši sesalni refleksi • večja verjetnost prezgodnjega poroda in nizke porodne teže 	

Zdravila v obdobju dojenja

Dojenje je proces hranjenja otroka in navezovanja stika med materjo in otrokom. Laktacija je postopek nastajanja mleka v mlečnih žlezah. Zaradi uporabe zdravil v času laktacije se matere pogosto odločajo za prekinitve dojenja. Vzrok je največkrat v priporočilu, da je dojenje varneje prekiniti kot izpostavljati otroka zdravilu. Kliničnih raziskav, ki bi potrjevale varnost zdravila med dojenjem ali ovrgle njegovo toksičnost, ni oziroma so narejene na živalskih modelih. Izkušnje in objavljeni klinični primeri pa kažejo na to, da je v marsikaterem primeru dojenje kljub farmakoterapiji mogoče (7, 8, 10). Večina zdravil prehaja v mleko. Kot splošno pravilo velja, da se v mleko izloči 1–2 % materinega odmerka zdravila. Prisotnost učinkovine v mleku je odvisna od številnih dejavnikov, med drugim farmakokinetike učinkovine (7, 8, 9). Načini prehajanja ali izločanja učinkovine v mleko so različni. Snovi, ki prehajajo v mleko, morajo preko določenega števila celičnih in drugih lipoproteinskih membran. Prehajanje učinkovine je odvisno tudi od trajanja laktacije. V zgodnjem obdobju (v prvih dneh) lahko zdravila

prehajajo v mleko tudi med alveolnimi celicami. V tem času lahko prehajajo v mleko tudi večje molekule. Kasneje mlečne žleze pod vplivom prolaktina nabreknejo, prehajanje snovi na takšen način pa je manjše. Prehajanje je ovirano za večje molekule, za vodotopne in bolj ionizirane molekule. Majhne molekule prehajajo v mleko s pasivno difuzijo. Večje molekule, kot npr. imunoglobulini, prehajajo v materino mleko s transcelularno difuzijo. Nekatere snovi se v mleko lahko izločijo z aktivnim transportom in se v njem koncentrirajo (1). Mleko ima nižji pH od plazme, zato se učinkovine z višjo pH vrednostjo lahko koncentrirajo v njem. Molekule, ki so bolj vodotopne, manj prehajajo v materino mleko od lipidotopnih (8). Izpostavljenost otroka učinkovini preko materinega mleka je odvisna od koncentracije učinkovine v mleku in količine zaužitega mleka. Farmakokinetična parametra, ki odločata o varnosti uporabe zdravila v času laktacije, sta volumen porazdelitve (V_d) in delež vezave učinkovine na plazemske beljakovine matere (8, 9). V mleko se izloča nevezana in neionizirana učinkovina. Koncentracija učinkovine v mleku je odvisna od njene plazemske koncentracije. Pri učinkovinah, ki imajo večji V_d , je materina plazemska koncentracija nižja, otrok pa je izpostavljen nižjemu odmerku učinkovine (10). Primer zdravila z večjim V_d je sertralin. Tudi zdravilo, ki se v višjem deležu veže na plazemske beljakovine, bo manj prehajalo v mleko. Zdravila, vezana na plazemske beljakovine v 90 % in več, so z dojenjem načeloma kompatibilna. Višja koncentracija učinkovine v plazmi se navadno kaže kot visoka koncentracija v materinem mleku. Materi se dojenje v času najvišje plazemske koncentracije učinkovine odsvetuje. Tudi zdravila s krajšim razpolovnim časom so z dojenjem kompatibilnejša. Mati zmanjša možnost izpostavljanja otroka zdravilu, če zdravilo vzame takoj po podoju ali tik pred daljšim obdobjem spanja. Takšen primer je zdravilo zolpidem. Porazdeljevanje učinkovine med plazmo in mlekom nam pove razmerje med mlekom in plazmo (M/P). M/P je razmerje med koncentracijo zdravila v mleku in v plazmi ob istem času. Kadar je razmerje M/P učinkovine in metabolitov nižje od 1, lahko trdimo, da je zdravilo kompatibilno z dojenjem. Relativni odmerek zdravila ali odstotek materinega odmerka, ki ga prejme otrok z mlekom (RID), računamo kot razmerje med količino zdravila, ki ga otrok prejme z mlekom na telesno maso otroka (absolutni odmerek) in količino zdravila na materino telesno maso. Zdravila, ki dosegajo RID 1 % ali manj, veljajo za varna v času laktacije. Litij ima RID okoli 80 %, zato ni kompatibilen z dojenjem (8).

Razvrstitve zdravil glede na varnost uporabe v času laktacije

Obširen ameriški priručnik *Drugs in Pregnancy and Lactation* (3) vsebuje priporočila, na osnovi katerih lahko določimo stopnjo tveganja za pojav neželenih učinkov pri dojenem otroku za posamezno učinkovino. Priporočila in pojasnila so zbrana v Tabeli 12.

Tabela 12. Priporočila in pojasnila o uporabi zdravil med dojenjem po Briggs et al. (1).

PRIPOROČILO	DEFINICIJA
Kompatibilno.	Zdravilo se ne izloča v klinično pomembnih količinah v mleko oziroma ni ali se predvideva, da ni nevarno za dojenčka.
Začasna zaustavitev dojenja.	Materino zdravljenje z zdravilom je pomembno, zato se priporoča zaustavitev dojenja, dokler se zdravilo ne eliminiira iz materinega telesa.
Ni (premalo) PZL ¹ . Najverjetneje kompatibilno.	Raziskav ni ali jih je premalo. Iz obstoječih podatkov je razvidno, da zdravilo ne predstavlja tveganja za dojenega otroka.
Ni (premalo) PZL. Potencialno toksično.	Raziskav ni ali jih je premalo. Iz obstoječih podatkov je razvidno, da lahko zdravilo predstavlja potencialno tveganje za dojenega otroka. Dojenje ni priporočljivo.
Ni (premalo) PZL. Potencialno toksično – mati.	Raziskav ni ali jih je premalo. Dojenje lahko za mati pomeni pomembno tveganje – izgubo esencialnih vitaminov ali hranil, zato dojenje ni priporočljivo.
Kontraindicirano.	Iz obstoječih raziskav in podatkov je razvidno, da lahko zdravilo otroku škodi, zato je dojenje kontraindicirano.

¹ PZL, podatki za ljudi.

Tudi avstralske smernice za zdravljenje z zdravili TGA podaja priporočila za uporabo zdravil med dojenjem (Tabela 13).

Tabela 13. Priporočila avstralskih smernic TGA za uporabo zdravil med dojenjem (5).

PRIPOROČILO	DEFINICIJA
Kompatibilno.	Na voljo je dovolj podatkov, ki dokazujejo, da je relativni odmerek zdravila, ki ga otrok prejme z mlekom dovolj nizek, da le malo ali sploh ne vpliva na otroka.
Previdnost.	Zaradi skopih podatkov o zdravilu ne moremo zagotoviti, da je odmerek, ki ga otrok prejme preko mleka dovolj nizek, da ne vpliva na otroka.
Premalo podatkov. Izogibanje.	Ni zadovoljivih podatkov o prehajanju zdravila v mleko.
Izogibanje.	Plazemske koncentracije zdravila pri otrocih, izpostavljenih zdravilu, so previsoke, zato dojenje ni priporočljivo.

Antidepresivi

Najpogosteje predpisani antidepresivi po porodu so antidepresivi iz skupine selektivnih zaviralcev ponovnega privzema serotonina (SSRI). Vsi antidepresivi deloma prehajajo v materino mleko. V kolikor je mati med nosečnostjo jemala antidepresiv(e) je tudi v puerperiju s terapijo smiselno nadaljevati (18). Citalopram, escitalopram in fluoksetin

prehajajo v materino mleko v višjih koncentracijah kot sertralín in paroksetín (12, 27).

Primerjavo primernosti uporabe antidepresiva v času laktacije med bazama podatkov o zdravilih Lexicomp online, smernicami zdravljenja eTg in priložnikom Drugs in Pregnancy and Lactation (Briggs et al.) podaja Tabela 14. V njej so navedeni tudi časi doseganja najvišje plazemske koncentracije učinkovine po zaužitju odmerka ter odstotki vezave učinkovine na plazemske beljakovine. Tabela 15 podaja oceno tveganj uporabe antidepresiva v nosečnosti in priporočila o uporabi.

Tabela 14. Primernost uporabe antidepresivov v času laktacije, čas doseganja najvišje plazemske koncentracije in vezava na plazemske beljakovine (1, 13).

Zdravilo	Dojenje				
	Lexicomp ¹ / SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴	T _{max} ⁵ (h)	VPB ⁶ (%)
agomelatin	Proizvajalec zaradi pomanjkanja podatkov odsvetuje uporabo zdravila med dojenjem.	Premalo podatkov.	Ni podatka.	1–2	95
amitriptilin	Učinkovina prehaja v mleko, dojenje odsvetujejo.	Kompatibilno.	Premalo PZL ⁷ . Potencialno toksično.	2–5	> 90
bupropion	Učinkovina in metaboliti prehajajo v mleko, mnenja proizvajalcev so različna.	Kompatibilno.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	XR oblika: na tešče 5 s hrano 12	84
citalopram	Učinkovina in metaboliti prehajajo v mleko. Dojenje lahko povzroči pri otroku neželene učinke. Dolgoročnih učinkov zdravila na razvoj in obnašanje otroka niso preučevali.	Kompatibilno.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	1–6	80
duloksetin	Učinkovina prehaja v mleko in je bila dokazana v serumu dojenega otroka. Proizvajalec dojenje odsvetuje.	Kompatibilno.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	Na tešče 6 S hrano 10	> 90
escitalopram	Učinkovina in metaboliti prehajajo v mleko. Proizvajalec opozarja, da se lahko pri dojenem otroku pojavijo neželeni učinki zaradi uporabe zdravila.	Kompatibilno.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	5	56

Zdravilo	Dojenje				
	Lexicomp ¹ / SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴	T _{max} ⁵ (h)	VPB ⁶ (%)
fluoksetin	Učinkovina in metaboliti prehajajo v mleko. Serumske koncentracije pri dojenem otroku so višje, kakor pri ostalih SSRI, zato lahko pride do pojava neželenih učinkov. Proizvajalec dojenje odsvetuje.	Kompatibilno; drugi SSRI primernejši.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	6–8	95
maprotilin	Učinkovina prehaja v mleko, proizvajalec priporoča previdnost.	Ni podatka.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	8–24	88
mianserin	Proizvajalec ne priporoča dojenja. / (Učinkovina se v mleko izloča v majhnih količinah, uporaba med dojenjem je dovoljena, kadar koristi zdravljenja odtehtajo tveganje.)	Previdnost. Premalo podatkov.	Ni podatka.	3	95
mirtazapin	Učinkovina in metaboliti prehajajo v mleko. Proizvajalec svetuje previdnost.	Kompatibilno.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	2	85
moklobemid	Prehaja v mleko. Dojenje odsvetujejo.	Kompatibilno.	Ni podatka.	0,5–3,5	50
paroksetin	Učinkovina prehaja v mleko, svetujejo previdnost (skrbno spremljanje razvoja otroka).	Kompatibilno.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	5–8	93–95
reboksetin	Prehaja v mleko. Obstaja premalo podatkov, da bi lahko izključili tveganje za otroka.	Kompatibilno.	Ni podatka.	2	97
sertralin	Učinkovina in metaboliti prehajata v mleko. Pri večini dojenčkov učinkovine v serumu niso zaznali. Doječim materam, ki jemljejo sertralin, priporočajo, naj zavrzijo prvo mleko po zaužitju odmerka, ker vsebuje najvišjo koncentracijo zdravila.	Kompatibilno.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	4,5 – 8,4	98

Zdravilo	Dojenje				
	Lexicomp ¹ / SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴	T _{max} ⁵ (h)	VPB ⁶ (%)
tianeptin	Ni podatka. / Zdravilo se izloča v mleko. Proizvajalec dojenja ne priporoča.	Ni podatka.	Ni podatka.	Ni podatka.	94
trazodon	Učinkovina prehaja v mleko. Potrebna je previdnost in spremljanje neželenih učinkov pri dojenem otroku.	Ni podatka.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	Oblika s podaljšanim sproščanjem: 9	85–95
venlafaksin	Učinkovina prehaja v mleko. Potrebna je previdnost in spremljanje neželenih učinkov zdravila pri otroku, če se mati odloči za dojenje. Proizvajalec dojenja ne priporoča.	Kompatibilno.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	Oblika s podaljšanim sproščanjem: 6–8	27–40
vortiooksetin	Proizvajalec navaja: Razpoložljivi podatki pri živalih kažejo na izločanje vortiooksetina/njegovih presnovkov v mleko. Pričakovati je, da se bo vortiooksetin izločal v materino mleko. Tveganje za dojenega novorojenca/otroka ne moremo izključiti. Odločiti se je treba med prenehanjem dojenja in prenehanjem/prekinitvijo zdravljenja z vortiooksetinom, pri čemer je treba pretehtati prednosti dojenja za otroka in prednosti zdravljenja za mater.	Ni podatka.	Ni podatka.	7–11	98

¹ Lexicomp online: zbirka podatkov o zdravilih na medmrežju, ZDA (13).

² SmPC, The summary of product Characteristics: povzetek glavnih značilnosti zdravila.

³ eTG, Therapeutic guidelines: smernice za zdravljenje z zdravili na medmrežju, Avstralija.

⁴ Briggs G, Freeman R, Yaffe S. Drugs in Pregnancy and Lactation. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

⁵ Tmax, Čas od zaužitja do najvišje plazemske koncentracije, vir: Lexicomp online.

⁶ VPB, odstotek vezave učinkovine na plazemske beljakovine, vir: Lexicomp online.

⁷ PZL, podatki za ljudi.

Tabela 15. Ocena tveganj uporabe antidepresivov v času laktacije in priporočila (1, 2).

ANTIDEPRESIVI IN DOJENJE	Ocena tveganja	Priporočila
agomelatin maprotilin mianserin tianeptin	nekompatibilno ali premalo podatkov	<ul style="list-style-type: none"> • bolnici pojasnimo možna tveganja in koristi dojenja ob sočasnem farmakološkem zdravljenju
amitriptilin bupropion citalopram escitalopram duloksetin fluoksetin mirtazapin moklobemid reboksetin trazodon venlafaksin	zmerno tveganje	<ul style="list-style-type: none"> • dojenje odsvetujemo, kadar bolnica jemlje več zdravil hkrati • sertralin in paroksetin sta učinkovini z nizkim tveganjem, saj se v visokem deležu vežeta na plazemske beljakovine in le v nizkem deležu prehajata v mleko
sertralin paroksetin	nizko tveganje	

Antipsihotiki in dojenje

Relativno veliko število žensk se spopada s poporodnimi psihozami in posledično potrebujejo zdravljenje z zdravili. Nemogoče je zatrditi, da je katerokoli zdravilo popolnoma varno za uporabo v času laktacije. V letu 2012 je bila opravljena raziskava na osnovi podatkov iz podatkovnih zbirk Medline, LactMed (oba U.S. National Library of Medicine) in Reprotox (Reproductive Toxicology Center). Ob pregledu podatkov za 21 antipsihotikov v klinični uporabi so potrdili, da sta kvetiapin in olanzapin sprejemljiva za uporabo med dojenjem. V kolikor je potrebno, se v tem času lahko uporabljajo tudi haloperidol, risperidon in zuklopentiksol. Odsvetovali pa so uporabo aripiprazola, asenapina, klozapina, flufenazina, flupentiksola, iloperidona, lurazidona, paliperidona, perfenazina, pimozida, ziprazidona in trifluperazina (19). V pregledu varnosti druge generacije antipsihotikov v času dojenja, objavljenem junija 2016 v reviji Journal of

Clinical Pharmacology, ugotavljajo, da je ta skupina zdravil relativno varna za uporabo v času dojenja. Olanzapin, kvetiapin in ziprazidon so zdravila z nizkimi vrednostmi RID (relativni odmerek – odstotek materinega odmerka, ki ga prejme otrok z mlekom), risperidon/paliperidon in aripiprazol s srednjimi vrednostmi in amisulprid z visokimi vrednostmi RID (20).

V Tabeli 16 primerjamo podatke iz različnih virov o ustreznosti uporabe posameznega antipsihotika med laktacijo: iz povzetka glavnih značilnosti zdravil (angl. The summary of product Characteristics, SmPC), avstralskih smernic medikamentoznega zdravljenja eTG in priročnika Drugs in Pregnancy and Lactation (Briggs et al.). Navedeni so tudi časi (T_{max}) doseganja najvišje plazemske koncentracije (C_{max}) učinkovine po zaužitju odmerka in odstotki vezave na plazemske beljakovine. V Tabeli 17 so predstavljena tveganja uporabe antipsihotikov v času dojenja in dodatna priporočila.

Tabela 16. Varnost uporabe antipsihotikov v času laktacije, čas doseganja najvišje plazemske koncentracije in odstotek vezave na plazemske beljakovine (1, 13).

Zdravilo	Dojenje				
	SmPC ¹	eTG ²	Briggs et al. ³	T _{max} ⁴ (h)	VPB ⁵ (%)
amisulprid	Učinkovina prehaja v mleko. Dojenje se odsvetuje.	Previdnost. Premalo podatkov.	Ni podatka.	1. C _{max} ⁶ 1 2. C _{max} 3–4	16
aripiprazol	Učinkovina prehaja v mleko. Proizvajalec svetuje skrbno spremljanje pojava neželenih učinkov pri otroku, če se mati odloči za dojenje.	Previdnost. Premalo podatkov.	Malo PZL ⁷ . Potencialno toksično.	Tableta: 3–5	≥ 99
asenapin	Zaradi pomanjkljivih podatkov o prehajanju učinkovine v mleko proizvajalec dojenje odsvetuje.	Izogibanje.	Malo PZL. Potencialno toksično.	0,5-1,5	95
flufenazin	Fenotiazini prehajajo v mleko. Dojenje odsvetujejo.	Previdnost. Premalo podatkov.	Malo PZL. Potencialno toksično.	Ni podatka.	Ni podatka.

Zdravilo	Dojenje				
	SmPC ¹	eTG ²	Briggs et al. ³	T _{max} ⁴ (h)	VPB ⁵ (%)
flupentiksol	Pri jemanju terapevtskih odmerkov zdravila prehaja učinkovina v mleko v nizkih koncentracijah. Svetuje se previdnost, če se mati odloči za dojenje.	Previdnost. Premalo podatkov.	Ni podatka.	Tableta: 4	95
haloperidol	Učinkovina prehaja v mleko. Proizvajalec dojenje odsvetuje.	Previdnost. Premalo podatkov.	Malo PZL. Potencialno toksično.	Tableta: 2–6	88–92
klozapin	Proizvajalec dojenje odsvetuje.	Izogibanje.	Malo PZL. Potencialno toksično.	1–6	97
kvetiapin	Učinkovina prehaja v mleko. Proizvajalec dojenje odsvetuje.	Kompatibilno.	Malo PZL. Potencialno toksično.	1,5	83
levomepromazin	Proizvajalec dojenje odsvetuje zaradi pomanjkanja podatkov.	Ni podatka.	Ni podatka.	1–3	Ni podatka.
olanzapin	Učinkovina prehaja v mleko. Dojenje odsvetujejo.	Kompatibilno.	Malo PZL. Potencialno toksično.	Tableta: 6	93
paliperidon	Učinkovina prehaja v mleko. Dojenje odsvetujejo.	Previdnost. Premalo podatkov.	Malo PZL. Potencialno toksično.	Tableta: 24	74
risperidon	Učinkovina prehaja v mleko. Dojenje odsvetujejo.	Previdnost. Premalo podatkov.	Malo PZL. Potencialno toksično.	Hitri metabolizatorji: 1–3 Počasni metabolizatorji: 17	70–94
sulpirid	Učinkovina prehaja v mleko. Dojenje odsvetujejo.	Ni podatka.	Ni podatka.	3–6	40
ziprazidon	Učinkovina prehaja v mleko. Proizvajalec dojenje odsvetuje.	Previdnost. Premalo podatkov.	Malo PZL. Potencialno toksično.	Tableta: 6–8	> 99

Zdravilo	Dojenje				
	SmPC ¹	eTG ²	Briggs et al. ³	T _{max} ⁴ (h)	VPB ⁵ (%)
zuklopentiksol	Učinkovina prehaja v mleko. Dojenje odsvetujejo.	Previdnost. Premalo podatkov.	Ni podatka.	Tableta: 4–8	98

¹ SmPC, The summary of product Characteristics: povzetek glavnih značilnosti zdravila.

² eTG, Therapeutic guidelines: smernice zdravljenja z zdravili na medmrežju, Avstralija.

³ Briggs G, Freeman R, Yaffe S. Drugs in Pregnancy and Lactation. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

⁴ Tmax, čas od zaužitja do najvišje plazemske koncentracije, vir: Lexicomp online.

⁵ VPB, odstotek vezave učinkovine na plazemske beljakovine, vir: Lexicomp online.

⁶ Cmax, najvišja plazemska koncentracija učinkovine.

⁷ PZL, podatki za ljudi.

Tabela 17. Antipsihotiki in dojenje - ocena tveganja in priporočila (1).

ANTIPSIHOTIK	Ocena tveganja	Priporočila
asenapin klozapin levomepromazin sulpirid ziprazidon	nekompatibilno ali premalo podatkov	<ul style="list-style-type: none"> dojenje odsvetujemo, če bolnica jemlje klozapin, več zdravil hkrati ali visoke odmerke zdravila bolnici pojasnimo možna tveganja in koristi dojenja ob sočasnem farmakološkem zdravljenju
amisulprid aripiprazol flufenazin flupentuksol haloperidol kvetiapin olanzapin paliperidon risperidon zuklopentiksol	zmerno tveganje	

Stabilizatorji razpoloženja in dojenje

Za ženske z diagnosticirano bipolarno motnjo je čas po porodu mnogokrat povezan s ponovnim zagonom bolezni, s pojavom manije, poporodne psihoze in depresije. Profilaksa s stabilizatorjem razpoloženja zmanjša verjetnost pojava simptomov. Odločitev glede dojenja ob stabilizatorju razpoloženja potrebuje kritično presojo med tveganjem in koristjo ter dobro analizo dostopnih podatkov o zdravlilih. Dostopni podatki so omejeni na nekontrolirane klinične raziskave in na opise posameznih kliničnih primerov. Pregled podatkovnih zbirk Medline za leta od 1966 do 1998 in Lithium Database na Madisonskem inštitutu za medicino (angl. Madison Institute of Medicine) za članke o litiju, karbamazepinu, valproatu in lamotriginu ugotavlja, da sta karbamazepin in lamotrigin relativno varni zdravili v času dojenja (21).

Primerjavo med podatki o primernosti uporabe stabilizatorja razpoloženja v času dojenja med podatkovno bazo o zdravlilih Lexicomp online, smernicami eTG in podatki iz priročnika Drugs in Pregnancy and Lactation podaja Tabela 18. V njej so podani tudi časi, v katerih učinkovina doseže najvišjo koncentracijo v plazmi in odstotek vezave učinkovine na plazemske beljakovine. Oceno tveganj uporabe zdravil v času laktacije in priporočila povzema Tabela 19.

Tabela 18. Primernost uporabe stabilizatorja razpoloženja v času laktacije, čas od zaužitja do najvišje plazemske koncentracije in odstotek vezave na plazemske beljakovine (1, 13).

Zdravilo	Dojenje				
	Lexicomp ¹	eTG ²	Briggs et al. ³	T _{max} ⁴ (h)	VPB ⁵ (%)
litij	Učinkovina prehaja v mleko. Dojenja ne priporočajo. Svetujejo previdnost.	Previdnost. Potrebno je spremljanje plazemskih koncentracij učinkovine pri otroku.	Ni (premallo) PZL ⁶ . Potencialno toksično.	0,5–3 Oblika s podaljšanim sproščanjem: 2–6	0
natrijev valproat	Učinkovina prehaja v mleko. Svetujejo previdnost.	Kompatibilno.	Ni (premallo) PZL. Potencialno toksično.	Oblika Chrono: 4–17 kapljice: 2–4	80–90

Zdravilo	Dojenje				
	Lexicomp ¹	eTG ²	Briggs et al. ³	T _{max} ⁴ (h)	VPB ⁵ (%)
lamotrigin	Učinkovina prehaja v mleko. Svetujejo previdnost.	Kompatibilno. Svetujejo spremljanje plazemskih koncentracij učinkovine pri otroku.	Ni (premalo) PZL. Potencialno toksično.	1–5	55
karbamazepin	Učinkovina prehaja v mleko. Dojenje odsvetujejo.	Kompatibilno.	Kompatibilno.	Težko predvidljivo. tablete: 4–8 Oblika s podaljšanim sproščanjem: 3–12	75–90

¹ Lexicomp online: zbirka podatkov o zdravilih na medmrežju, ZDA (13).

² eTG, Therapeutic guidelines: smernice zdravljenja z zdravili na medmrežju, Avstralija.

³ Briggs G, Freeman R, Yaffe S. Drugs in Pregnancy and Lactation. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

⁴ T_{max}, čas od zaužitja do najvišje plazemske koncentracije, vir: Lexicomp online.

⁵ VPB, odstotek vezave učinkovine na plazemske beljakovine, vir: Lexicomp online.

⁶ PZL, podatki za ljudi.

Tabela 19. Stabilizatorji razpoloženja in dojenje - ocena tveganja in priporočila (1)

STABILIZATOR RAZPOLOŽENJA	Ocena tveganja	Priporočila
litij natrijev valproat	tveganje	Dojenje odsvetujemo.
lamotrigin karbamazepin	zmerno tveganje	Dojenje odsvetujemo, če bolnica jemlje več zdravil hkrati ali visoke odmerke zdravil.

Anksiolitiki, hipnotiki in dojenje

Anksioznost in nespečnost se pojavljata pri marsikateri materi po rojstvu otroka. Vsa zdravila, ki jih uvrščamo v skupino anksiolitikov in hipnotikov, deloma prehajajo v mleko. Kadar je zdravljenje nespečnosti ali občutkov strahu z zdravili potrebno, se odločimo za učinkovino, ki v čim manjšem odmerku prehaja v mleko, zdravljenje pa časovno omejimo. Na splošno velja, da so izmed benzodiazepinov varnejši tisti s kratko razpolovno dobo (21).

V Tabeli 20 so navedeni anksiolitiki in hipnotiki, ki jih najpogosteje uporabljamo v Sloveniji in primerjave podatkov iz različnih podatkovnih baz o njihovi primernosti za uporabo v času laktacije: Lexicomp online oziroma povzetka glavnih značilnosti zdravil (SmPC), smernic eTG ter priročnikom Drugs in Pregnancy and Lactation (Briggs et al.). Za vsako učinkovino je dodan še podatek o času (T_{max}), v katerem doseže najvišjo plazemsko koncentracijo (C_{max}) po aplikaciji zdravila in odstotek vezave na plazemske beljakovine. Tabela 21 podaja oceno tveganj in priporočila glede zdravljenja.

Tabela 20. Primernost uporabe anksiolitikov in hipnotikov v času laktacije, čas doseganja najvišje plazemske koncentracije in vezava na plazemske beljakovine (1, 13).

Zdravilo	Dojenje				
	Lexicomp ¹ ali SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴	T_{max} ⁵ (h)	VPB ⁶ (%)
alprazolam	Zaradi prehajanja v mlekodojenje odsvetujejo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Potrebno je spremljanje otrokove hidracije.	Premalo PZL ⁷ . Potencialno toksično.	1–2	80
bromazepam	Dojenja ne priporočajo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Potrebno je spremljanje otrokove hidracije.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	< 2	70
diazepam	Zaradi prehajanja v mlekodojenje odsvetujejo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Potrebno je spremljanje otrokove hidracije.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	0,25–2,5	98

Zdravilo	Dojenje				
	Lexicomp ¹ ali SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴	T _{max} ⁵ (h)	VPB ⁶ (%)
flurazepam	Ni podatkov o prehajanju učinkovine v mleko.	Ni podatka.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	flurazepam: 0,5–1 metabolit: 10	97
klobazam	Dojenje zaradi prehajanja v mleko odsvetujejo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Potrebno je spremljanje otrokove hidracije.	Ni podatka.	0,5–4	80–90
klozetiazol	Ni podatkov. / Doječe matere lahko jemljejo klozetiazol samo, če lečečizdravnik presodi, da je koristnost jemanja večja od tveganja za dojenčka.	Ni podatka.	Ni podatka.	0,25–1,5	65
lorazepam	Zaradi prehajanja v mlekodojenje odsvetujejo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Potrebno je spremljanje otrokove hidracije.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	1–2	91
medazepam	Ni podatka. / Zaradi prehajanja učinkovine v mlekodojenje odsvetujejo.	Ni podatka.	Ni podatka.	1–2	≥ 99
nitrazepam	Zaradi prehajanja učinkovine v mleko dojenja ne priporočajo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Potrebno je spremljanje otrokove hidracije.	Ni podatka.	3	87

Zdravilo	Dojenje				
	Lexicomp ¹ ali SmPC ²	eTG ³	Briggs et al. ⁴	T _{max} ⁵ (h)	VPB ⁶ (%)
oksazepam	Zaradi prehajanja učinkovine v mleko dojenja ne priporočajo.	Kompatibilno. Previdnost pri daljši uporabi. Potrebno je spremljanje otrokove hidracije.	Premalo PZL. Potencialno toksično.	3	96–98
midazolam	Učinkovina prehaja v mleko. Ob sočasnem dojenju je potrebna previdnost.	Kompatibilno, v enkratnem odmerku.	Ni (premalo) PZL. Potencialno toksično.	0,25–2,65	97
zolpidem	Učinkovina prehaja v mleko. Ob sočasnem dojenju je potrebna previdnost.	Kompatibilno.	Ni (premalo) PZL. Najverjetneje kompatibilno.	1,6–2,2	93

¹ Lexicomp online: zbirka podatkov o zdravilih na medmrežju, ZDA (13).

² SmPC, The summary of product Characteristics: povzetek glavnih značilnosti zdravila.

³ eTG, Therapeutic guidelines: smernice za zdravljenje z zdravili na medmrežju, Avstralija.

⁴ Briggs G, Freeman R, Yaffe S. Drugs in Pregnancy and Lactation. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

⁵ Tmax, Čas od zaužitja do najvišje plazemske koncentracije, vir: Lexicomp online.

⁶ VPB, odstotek vezave učinkovine na plazemske beljakovine, vir: Lexicomp online.

⁷ PZL, podatki za ljudi.

Tabela 21. Anksiolitiki in hipnotiki - ocena tveganj in priporočila (1)

ANKSIOLITIK, HIPNOTIK	Ocena tveganja	Priporočila
alprazolam bromazepam diazepam flurazepam klobazam klometiazol medazepam oksazepam midazolam	nekompatibilno ali premalo podatkov	Bolnici pojasnimo možna tveganja in koristi dojenja ob sočasnem farmakološkem zdravljenju.
lorazepam zolpidem (izjemoma, če gre za kratkotrajno zdravljenje)	zmerno tveganje	

Zaključek

Obvladovanje duševnih motenj z uporabo zdravil med nosečnostjo in v času dojenja predstavlja izziv stroki, hkrati pa je velika odgovornost. Kadar zdravnik predpiše nosečnici z duševno motnjo zdravilo, tehta med tveganjem in koristjo zdravljenja. Obstaja tveganje, da bo zdravilo vplivalo na razvoj ploda in otroka, tveganje, da bo zdravilo vplivalo na potek nosečnosti ter tveganje za mater in otroka zaradi nezdravljene duševne motnje. Med nosečnostjo prihaja v telesu do številnih fizioloških sprememb. Zdravilo, ki je uspešno obvladovalo duševno motnjo do nosečnosti, lahko naenkrat postane škodljivo za plod ali neučinkovito za nosečnico. Izbiranje učinkovitega in varnega psihofarmaka je proces, ki zahteva znanje, spretnost in umetnost. Cilj je dosežen, če uspemo obvladati duševno motnjo skozi celotno nosečnost brez ali s čim manj škodljivimi kratko- in dolgoročnimi učinki na razvijajoči se plod. Rezultat dobrega dela sta zdrav otrok in mati, ki kljub bolezni zmore napore materinstva. Slednje seveda ni odvisno le od prave izbire zdravil. Za doseg cilja potrebujemo celotno ekipo strokovnjakov, ki skrbi za optimalno zdravljenje osnovne bolezni v nosečnosti in v poporodnem obdobju. V procesu zdravljenja so v veliko pomoč svojci in bližnji, ki bolnici in bodoči materi stojijo ob strani in ji nudijo brezpogojno oporo. Nobeno zdravilo, ki ga uporabljamo v psihofarmakoterapiji, ni popolnoma varno za uporabo v nosečnosti. Kljub temu številne ženske, ki svojo nosečnost preživijo v psihiatrični bolnišnici, rodijo zdravega otroka. Dojenje se v veliki večini primerov ob jemanju psihofarmakov odsvetuje. Če pa se bolnica za dojenje odloči, velja priporočilo, da naj bo njena bolezen obvladovana le z eno učinkovino, v najnižjem še učinkovitem odmerku. Pri določanju učinkovite in čim bolj varne farmakoterapije, ki predstavlja čim manjše tveganje, so nam v pomoč tako veljavne smernice, kakor uradne elektronske baze podatkov o zdravilih. Opredelitev psihofarmakov glede na tveganja v času nosečnosti in dojenja so le del doseženega cilja, drugi del predstavlja dobro sodelovanje psihiatra, kliničnega farmacevta, osebnega zdravnika, ginekologa in pediatra, kar se lahko pokaže v učinkoviti in varni psihofarmakoterapiji nosečnice in doječe matere z duševno motnjo.

Literatura

1. Hriberšek D. Uvajanje psihofarmakoterapije pri nosečnicah in doječih materah na sprejemnem oddelku Psihiatrične bolnišnice Vojnik. Specialistična naloga. LZS, 2016.
2. Chisolm MS, Payn JL. Management of psychotropic drugs during pregnancy. *BMJ* 2015; 351: h5918.
3. Briggs G, Freeman R, Yaffe S. *Drugs in Pregnancy and Lactation*. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
4. Dawes M, Chowienzyk PJ. Pharmacokinetics in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 2001; 15 (6): 819–26.
5. Australian Government, Department of Health. Prescribing medicines in pregnancy database. Dostopno 20. 3. 2018 na: <https://www.tga.gov.au/prescribing-medicines-pregnancy-database>.
6. eTG complete. Dostopno 20. 3. 2018 na: <https://www.tg.org.au/>.
7. Nice FJ, Luo AC. Medication and breastfeeding: Current concepts. *JaPhA* 2012; 52: 1.
8. Barbarić M, Zubović V. Lijekovi u laktaciji. *FG* 2013; 69: 525–38.
9. Geršak K, Bratanič B. Zdravila v nosečnosti in med dojenjem. *Pliva* 2005; 11–47.
10. Nagelj Kovačič N, Mrhar A. Zdravila med dojenjem. *Farm Vestn* 2008; 59 (4): 223–8.
11. National Collaborating Centre of Mental Health. Antenatal and Postnatal Mental Health. The NICE Guideline. Dostopno 25. 1. 2018 na: <http://www.nice.org.uk/guidance>.
12. Reprotox online. Dostopno 23. 3. 2018 na: <http://www.reprotox.org/login>.
13. Lexicomp online. Dostopno 23. 3. 2018 na: <https://online.lexi.com/crlsql/servlet/crlonline>.
14. Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy. *BCM J* 2005; 47 (2): 96–9.
15. Epstein R, Moore KM et al. Treatment of bipolar disorder during pregnancy: maternal and fetal safety and challenges. *Drug Healthc Patient Saf*, 2015; 7: 7–29.
16. Kohen D. Psychotropic medication in pregnancy. *BJPsych Advances* 2004; 10: 59–66.
17. NIJZ. Poporodna psihoza. Dostopno 27. 3. 2018 na: <http://www.nijz.si/sl/poporodna-psihoza>.
18. Kohen D. Psychotropic medication and breast-feeding. *BJPsych Advances* 2005; 11: 371–9.
19. Klinger G, Stahl B et al. Antipsychotic drugs and breastfeeding. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2013; Mar–Apr; 10 (3): 308–17.
20. Uguz F. Second-Generation Antipsychotics During the Lactation Period: A Comparative Systematic Review on Infant Safety. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2016; 36 (3): 244–52.
21. Lactmed online. Dostopno 28. 3. 2018 na: <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>.
22. Gentile S. Drug Treatment for Mood Disorders in Pregnancy. *Curr Opin Psychiatry*, 2011; 24 (1): 34–40.
23. Berard A et al. The risk of major cardiac malformations associated with paroxetine use during the first trimester of pregnancy: a systematic review and meta – analysis. *Br J Clin Pharmacology* 2015; 81 (4): 589–604.
24. Muzik M. Psychiatric illness during pregnancy. *Current Psychiatry* 2012; 11 (2): 23–32.

25. Payne JL. Yes or No: Prescribing Antidepressants to Pregnant Patients. *Psychiatric News*. Dostopno junija 2016 na: <http://psychnews.psychiatryonline.org/doi/ful>. Dostop junij 2016.
26. Cohen LS, Wang B et al. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatr Clin North Am*, 2010; 33 (2): 273–93.
27. Hale TW. Pharmacology Review: Drug Therapy and Breastfeeding: Antidepressants, Antipsychotics, Antimanics, and Sedatives. *NeoReviews* 2004; 5: 451.
28. Lopez-Vesga O, Blanco C et al. Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 2008; 65 (7): 805–15.
29. Ličina M. Duševne motnje v nosečnosti, puerperiju in laktaciji. Psihiatrična bolnišnica Begunje. Dostopno 15. 3. 2018 na: <http://www.pb-begunje.si/>.
30. CBZ. Dostopno 15. 3. 2018 na: <http://www.cbz.si/>.

Vpliv navezanosti na razvoj in zdravje otroka in matere

Nina Curk Fišer, Maja Drobnič Radobuljac

Uvod

Navezanost med otrokom in prvo pomembno odraslo osebo, ki je najpogosteje mati, se razvija od rojstva pa vse do smrti. Prva leta življenja, ko se možgani najintenzivneje razvijajo, so najbolj kritično obdobje za oblikovanje mehanizmov čustvenega odzivanja, regulacije neprijetnih čustev in strategij spopadanja s stresom. Izkazalo se je, da se oblika navezanosti, ki so jo ugotovili pri majhnih otrocih, razvije v trajen vzorec navezovanja odnosov z drugimi v odrasli dobi. Način vzpostavljanja intimnega odnosa v odrasli dobi pa v mnogočem spominja na način, kako je posamezniku kot otroku uspelo poiskati in ohraniti stik s prvo navezovalno osebo. Raziskave kažejo, da se huda čustvena deprivacija v zgodnjem otroštvu odraža v primanjkljajih na prav vseh področjih razvoja (čustvenem, kognitivnem in telesnem) ter da primanjkljajev pozneje v življenju ni več mogoče v celoti nadomestiti (1).

Pomen navezanosti otroka na mater je prvi opisal John Bowlby. Navezanost je opredelil kot sistem vedenja, ki motivira dojenčka, da išče bližino in vzpostavi komunikacijo s starši ali drugimi primarnimi skrbniki. Navezanost dojenčka na mater ima več funkcij, temeljna funkcija navezanosti pa je zaščita dojenčka pred različnimi nevarnostmi, saj predstavlja navezovalna oseba varno izhodišče, od koder otrok raziskuje zunanji svet, in varno zatočišče, kamor se vrača (2).

Otroci mater, obolelih za duševno motnjo, so izpostavljeni velikemu tveganju za razvoj negotovega navezovalnega odnosa v zgodnjem življenjskem obdobju. Glavna naloga psihiatrične obravnave žensk v perinatalnem obdobju je zgodnje prepoznavanje ter ustrezno in pravočasno zdravljenje duševne motnje pri materi. Uspešno zdravljena in ozdravljena duševna motnja v perinatalnem obdobju žensk pa ne zagotavlja nujno tudi izboljšanja navezovalnega odnosa med materjo in otrokom ali boljšega kognitivnega in socialno-emocionalnega razvoja otroka. Zato je izrednega pomena zagotoviti, tako ženskam v perinatalnem obdobju kot tudi materam, obolelim za duševno motnjo in njihovim otrokom, dostopnost do ustreznih in učinkovitih načinov obravnave, ki bodo izboljšali odnos med materjo in otrokom v otrokovem zgodnjem življenjskem obdobju.

Razširjenost pojava in prepoznavanje oblike navezanosti

Raziskovanje navezanosti se je začelo v drugi polovici prejšnjega stoletja z zgodovinskimi opazovanji Mary D. Salter Ainsworth, ki je razvila tudi prvo laboratorijsko metodo za raziskovanje navezanosti. Ugotavljala je, da je od oblike in stalnosti skrbi za otroka odvisno, kako se bo otrok vedel do navezovalne osebe v zanj stresnih situacijah – kakšno »obliko navezanosti« bo razvil do te osebe.

Opisala je tri oblike organizirane navezanosti (kategorije): varno navezanost, ki jo najdemo pri okrog 60 % ljudi v splošni populaciji, negotovo anksiozno ambivalentno (preokupirano) navezanost, ki jo najdemo pri okrog 15 %, in negotovo anksiozno izogibajočo navezanost, ki jo najdemo pri okrog 25 % (3).

Pozneje sta Mary Main in Judith Solomon dodali še dezorganizirano navezanost, ki je po različnih podatkih prisotna pri 15–25 %, drugi pa še obliko »ni mogoče uvrstiti« (angl. non classifiable) (4, 5). Pri otrocih, ki so v svojem odnosu s starši izpostavljeni nepredvidljivosti in kaotičnosti, zanemarjanju in slabemu ravnanju ali celo nasilju, ugotavljajo prisotnost dezorganizirane navezanosti pri 35–80 % (6). Danes različni raziskovalci navezanosti ugotavljajo razlike med kategoričnim in dimenzionalnim opisovanjem navezanosti.

Test tuje situacije (angl. Strange Situation Procedure, TTS) je prva laboratorijska metoda, namenjena ocenjevanju oz. prepoznavanju oblike navezanosti (3). To je 21 minut dolg postopek, v katerem sodelujejo starš, majhen otrok (star 9–18 mesecev) in raziskovalec. Navezanost pri otroku ugotavljajo na podlagi reakcij otroka ob odhodu starša ter ob njenem ponovnem snidenju. Med postopkom, ki se snema z videokamero, posnamejo dve krajši ločitvi otroka in starša ter dve njuni ponovni združitvi. Na začetku sta v laboratoriju otrok in starš, ki se večinoma igrata s prej pripravljenimi igračkami. Vstopi raziskovalec (tujec), ki se sprva pogovarja z obema, nato (1.) starš odide, tujec in otrok ostaneta sama, (2.) po nekaj minutah pa se starš vrne in tujec odide. Nato (3.) starš spet odide, otrok za kratek čas ostane sam in za tem vstopi tujec, (4.) nekaj minut za njim pa vstopi še starš.

Mary Ainsworth je pri svojih opazovanjih poleg oblik navezanosti otroka določila tudi nekaj glavnih ustrežajočih načinov vedenja mater do otrok doma, ki so si bili med seboj predvidljivo podobni. Glavne oblike vedenja otrok ob ločitvah in združitvah ter vedenja mater do otrok doma so predstavljene v Tabeli 1.

Pozneje so drugi strokovnjaki v raziskovalne in klinične namene razvili tudi druga orodja za raziskovanje navezanosti starejših otrok, mladostnikov (npr. intervju navezanosti otroka, angl. Child Attachment Interview) (7) in odraslih (npr. intervju navezanosti odraslih, angl. Adult Attachment Interview) (8).

Tabela 1. Vedenje otrok pri testu tuje situacije glede na obliko navezanosti otroka in prevladujoče vedenje matere do otroka med opazovanjem na domu (prirejeno po 9).

	Vedenje otroka	Vedenje matere
Varna	Kaže znake nelagodja ob prvi ločitvi, joče vsaj ob drugi ločitvi, hitro pride k materi ob vrnitvi, ob njej se pomiri in vrne k igri – varno okolje, varno zatočišče.	Materino vedenje doma je bilo nežno, skrbno, objemanje in crkljanje, z občutkom za otrokove izkazane potrebe in vzajemno interakcijo, nevsiljivo.
Izogibajoča	Otrokova pozornost je usmerjena v igrače, ne joče ob ločitvah, ne pokaže zanimanja za mamo ob njeni vrnitvi, se ji umakne ali se nagne stran, ko ga pobere.	Matere teh otrok so odklanjale navezovalno vedenje in bile posebej odklonilne do dotikov.
Preokupirana/ ambivalentna	Otrok deluje vseskozi preokupiran z materjo, je opazno jezen ali opazno pasiven, vedenje niha med iskanjem materine bližine in odklanjanjem, se ne umiri po materini vrnitvi in se ne vrne k igri, temveč se še naprej ukvarja z materjo in joče.	Matere teh otrok so jih doma negovale nerodno, nedosledno, neodvisno od neposredne interakcije z otrokom, nevzajemno in nepredvidljivo, vendar ne odklonilno.
Dezorganizirana	Otrok se v prisotnosti matere vede dezorientirano ali dezorganizirano, npr. zmrzne, se ziblje na rokah in nogah, dviga roke v zrak in jih spusti, ko mati vstopi.	Vedenje mater do teh otrok je bilo večinoma zlorablajoče.

Nevrobiologija

V zadnjih desetletjih je teorija navezanosti z množico novih raziskav na področju nevropsihologije in nevrobiologije dobila dovolj potrditev in dokazov, da ustrezno razlaga tako otrokov razvoj kot razvoj odrasle osebnosti. Nevrobiološka teorija Allana Schora daje pomen varni navezanosti, ki se začne že v prvih urah in tednih po rojstvu in vpliva na zgodnji razvoj možganov, saj izkušnje v medsebojni interakciji otroka in starša, prek hormonov in živčnih prenašalcev, ki se v tej interakciji sproščajo, vplivajo na izražanje genov, pomembnih za razvoj centralnega živčevja, še posebej v zgodaj razvijajoči se desni možganski hemisferi.

Od petindvajsetega tedna nosečnosti do poldruega leta otrokove starosti je v ospredju intenzivna rast desne možganske hemisfere, ki ima prek povezav z limbičnim sistemom

bistveno vlogo pri prepoznavanju in zadovoljevanju temeljnih potreb tako otroka kot tudi matere, pri samoregulaciji čustev in razpoloženja, spopadanju s stresnimi situacijami, nadzorovanju izvršilne funkcije, doživljanju sebe v medosebnih odnosih, učenju, spominu, izločanju endorfinov in uravnavanju avtonomnih – vegetativnih, endokrinoloških, imunoloških in kardiovaskularnih funkcij (10). Limbični sistem v možganih sestavljata amigdaloidno jedro in hipokampus. Amigdaloidno jedro procesira neprijetne čustvene spomine in je zrelo že ob rojstvu, kar daje dojenčkom zmožnost čutiti paletu intenzivnih čustev, četudi ne razumejo, kaj čustva sporočajo in v kakšni povezavi z zunanjim svetom so se pojavila. Čustveni del spomina iz zgodnjega otroškega obdobja se ves ta čas hrani v amigdaloidnem jedru kot implicitnem delu spomina. Hipokampus, ki se razvije med drugim in četrtem letom, je vključen v regulacijo močnih čustev in spomina.

V najzgodnejšem obdobju življenja otrok izraža svoje potrebe prek senzornih dražljajev (voh, dotik, okus in sluh); v začetku vidi samo razlike med svetlobo in temo, med kontrasti, že prej, najkasneje pa pri starosti dveh mesecev otroci vzpostavijo tudi očesni stik in spontano sodelujejo v komunikaciji z obrazno mimiko in gestikulacijami. Zaznavanje otrokovih potreb in ljubeč odziv nanje vzbuja v otroku občutke zadovoljstva in ugodja. To spodbudi v možganih povišanje koncentracije živčnega prenašalca dopamina, v telesu nastalih opioidov, endorfinov in oksitocina ter vpliva na izražanje genov, kar v otroških možganih spodbuja rast predvsem desne prefrontalne skorje. Negotova navezanost pomeni za otroka dolgotrajen in ponavljajoč stres, na katerega se odziva na dva načina. V zgodnjih življenjskih obdobjih se otrok z negotovo navezanostjo odziva s stanjem vzbujenja simpatičnega avtonomnega živčevja in povečano aktivnostjo stresne osi. Posledica teh aktivnosti so trajno visoke vrednosti glukokortikoidov, ki povzročajo slabše delovanje, lahko pa tudi okvaro limbičnega sistema. V poznejših življenjskih obdobjih se nevrobiološki odgovor na travmatične izkušnje v zgodnjem življenjskem obdobju kaže z vedenji, kot so umik, odcepitev ali disociacija. Stanje disociacije, za katero sta značilni visoka aktivnost parasimpatičnega avtonomnega živčnega sistema ter proizvodnja kortikosteroidov in endogenih opiatov v telesu, omogoča psihološki umik od bolečih in neprijetnih čustev ter doživetij v situacijah, iz katerih se ni mogoče fizično odmakniti.

Dejavniki tveganja

Preživetje otrok v zgodnji otroški dobi je popolnoma odvisno od negovalca oz. skrbnika. Ob izpolnjenih fizioloških potrebah v ospredje prihajajo potrebe po sprejetosti, ljubezni in podpori. V procesu navezovanja imata pomembno vlogo tako otrokov temperament in njegovo zdravstveno stanje (avtizem, duševna manjrazvitost, telesne bolezni in okvare) kot tudi prisotni neugodni družinski psihosocialni dejavniki, ki vplivajo na manjšo

uglašenosť staršev z otrokovimi potrebami (duševna bolezen staršev, zloraba alkohola ali drog pri starših, šibka socialna varnost družine). Predvsem matere kot najpogostejši primarni skrbniki otrok in njihova čustvena razpoložljivost, dovzetnost in angažiranost v odnosu do otroka, na katero v veliki meri lahko vpliva materino duševno stanje, imajo pomembno vlogo kot zunanji regulatorji razvoja otroških možganov in otroškega čustvovanja (11).

Negotova navezanost in izpostavljenost ponavljajočemu in hudemu stresu v zgodnjem razvojnem obdobju ima škodljiv vpliv in moteče vpliva na zgodnji razvoj otroških možganov in razvoj posameznika kot celote.

Dejavniki tveganja za negotovo navezanost vključujejo dolgotrajne in nepredvidljive odzive matere na otrokove potrebe in stiske, ki so pri ženskah z duševnimi motnjami v perinatalnem obdobju pogostejše prisotni. Mati, ki se na otrokove potrebe iz različnih razlogov ne zmore odzivati, otroka zlorablja, čustveno ali fizično, se na otroški jok odziva nepomirjujoče in burno, je razdražljiva in v odnosu do otroka vsiljiva ali sovražna, v okolje razvijajočega otroka vnaša dolgotrajno stresne razmere. Otroci, katerih matere izražajo manj nežnosti in medosebne topline ali pa so z njimi povezane na način, ki ni skladen s potrebami ali signali otroka, in otroci, katerih matere so manj vključene v nego otroka ali pa je njihova nega ravnodušna in odklonilna, so prav tako izpostavljeni ponavljajočemu stresu. Stresne razmere za otroka ustvarja starš, ki otroka ne zaščiti pred zunanjimi negativnimi vplivi ali svojimi travmatičnimi izkušnjami, ki težje ohranja vsakodnevno rutino otrokovega bioritma preko dne in ki otroka zanemarja, pušča doma brez varstva ali otroka telesno kaznuje (12).

Zaščitni dejavniki

Izkušnja, da mu je prva pomembna oseba (najpogostejše mati) pripravljena zagotavljati oporo, fizično bližino, naklonjenost, tolažbo in pomoč, otroka ne glede na njegove biološke in temperamentne značilnosti spodbudi k raziskovanju zunanjega sveta. Poleg varnega izhodišča za otrokovo (samo)raziskovanje mu varna navezanost omogoča tudi razvijanje lastne avtonomije in občutka samozaupanja, da lahko izziv ali nalogo uspešno reši (1). Otrok prek izkušenj, ki jih dobiva z opazovanjem, kako ravnata starša drug z drugim in z zunanjim svetom ter predvsem prek medosebne interakcije najprej z materjo, nato pa z obema staršema (oz. z ljudmi, ki zanj skrbijo kot starši), razvija notranje predstave o sebi in drugih ter predstave o interakciji s pomembnimi drugimi. »Oblika navezanosti« je okvir, ki določa, kako se bo posameznik čustveno odzival in reguliral neprijetna čustva, kakšne strategije spopadanja s stresom bo razvil in kako bo posameznik deloval v večini odnosov, ki jih bo v življenju ustvarjal (13).

Skrbna nega, toplina v medosebnih odnosih do otroka in partnerja, sposobnost zaznavanja čustvenih in telesnih potreb otroka, sprejemanje otroka in spodbujanje k raziskovanju, predvidljivost in stalnost vedenja v starševski vlogi, doslednost pri postavljanju meja otroku brez telesnega kaznovanja in kakovostno preživeti čas z otrokom predstavljajo zaščitne dejavnike za varno navezanost otroka. Pozitiven vpliv na otrokove govorne zmožnosti in navezanost imajo pogovori z otrokom, branje knjig in ljubeče okolje. Ljubeča skrb za otroke, skrb za telesno zdravje in primerno prehrano so za razvoj možganov izredno pomembni, kar so pokazali z raziskavami pri dojenih otrocih in otrocih, ki niso bili optimalno prehranjeni oz. so utrpeli pomanjkanje hrane. Longitudinalne raziskave, ki so vključevale tudi dvojčke, so pokazale, da je ljubeče ukvarjanje staršev z otroki pri dveh letih vplivalo na bralne sposobnosti otrok dve leti pozneje. S primerjavo genetsko identičnih dvojčkov in sorojencev pa so ugotovili celo, da je bil delež vpliva genetike povsem enak deležu vpliva vzgoje (14).

Posledice za zdravje

Dolgotrajno nezadoščene čustvene potrebe otroka so osnova za razvoj negotove navezanosti, ki jo otrok ponotrani, in za posledično manj kot optimalno delovanje desne možganske hemisfere, predvsem orbitofrontalne skorje in limbičnega sistema, za manjšo plastičnost možganov in nagnjenost k razvoju psihopatologije, še posebej somatizacijskih motenj pozneje v življenju (15). Pri otrocih, ki so bili v zgodnji otroški dobi izpostavljeni stresnim dogodkom in so posledično razvili negotovo navezanost, ugotavljajo dolgotrajne negativne izide na številnih področjih otrokovega razvoja: telesnem in duševnem zdravju, vključenosti v socialno okolje, medosebnih odnosih znotraj družine in področju šolanja ter zaposlovanja. Ugotovljeno je, da imajo otroci z izkušnjo negotove navezanosti slabši kognitivni razvoj, medosebnim stikom se izogibajo, njihove prilagoditvene sposobnosti na spremembe v okolju pa so slabše razvite (16).

Raziskave kažejo, da imajo otroci mater z depresijo v primerjavi z otroki mater brez depresije več negativnih vedenjskih vzorcev, v interakciji z materjo izražajo več negativnih čustev, manj pozitivnih čustev, opaziti je tudi manj besednega poimenovanja svojega čustvovanja in doživljanja, v osnovni šoli pa pri njih opažajo več psihopatologije kot pri njihovih vrstnikih. V zadnjih letih opravljene metaanalize kažejo, da imajo otroci mater s poporodno depresijo večje tveganje za razvoj težav ponotrانjenja, kot so različne oblike anksioznosti in depresije, in tudi težav pozunanjenja, kot so različne oblike agresivnega ali opozicionalnega vedenja in neposlušnosti (17). Obstaja povezava med poporodno depresijo matere in otrokovim zaostankom v telesni rasti v prvem letu življenja, četudi so imeli ti otroci normalno porodno težo. V literaturi so opisane tudi druge nevrobiološke posledice otrok mater s poporodno depresijo: zaostanek v razvoju govora, nižji inteligenčni kvocient, nižje dnevne vrednosti kortizola in spremenjena odzivnost stresne osi (18).

Zdravljenje

Uspešno zdravljena in ozdravljena duševna motnja pri materi ali stabilizirano psihično stanje matere ob razrešitvi duševnih težav ne zagotavlja tudi izboljšanja navezovalnega odnosa med materjo in otrokom ali boljšega kognitivnega in socialno-emocionalnega razvoja otroka. Zgodnje intervence, namenjene podpori starševske vloge v prvih dveh letih otrokovega življenja, ki najbolj zaznamuje dolgoročno čustveno in vedenjsko funkcioniranje otroka, imajo bistveno vlogo pri zmanjševanju poznejših socialnih in zdravstvenih neenakosti.

Programi za starše so ciljno usmerjene kratkotrajne intervence, namenjene izboljšanju odnosa med starši in njihovim otrokom in preprečevanju ali zdravljenju široke palete čustvenih težav otroka. Izkazalo se je, da imajo različne intervencije ugoden vpliv tako na preprečevanje pojavnosti in ponovitev blagih oz. zmernih duševnih motenj pri ženskah v perinatalnem obdobju, izboljšajo psihosocialno funkcioniranje mater ter imajo pozitiven vpliv na materino samopodobo kot tudi njihovih negativnih posledic na nevrobiološki razvoj otroka (19). Učinek najuspešnejših intervenc je opaziti pri dveh tretjinah vključenih otrok, še posebej če so ti iz skupin otrok z večjim tveganjem, in je v tesni povezavi z genetskimi predispozicijami, temperamentom in fiziološkimi značilnostmi otroka (20). Večina do sedaj opravljenih raziskav se je usmerila v raziskovanje učinkovitosti programov za starše otrok med tretjim in osmim letom. Dokazano je, da zmanjšujejo vedenjsko in čustveno simptomatiko otrok, njihova učinkovitost pa je časovno omejena, najverjetneje zaradi hitrih sprememb v razvoju otrok v zgodnji otroški dobi (21).

Programi za starše so podprti s številnimi teoretičnimi pristopi (vedenjski pristop, teorija navezanosti, psihodinamski model), zasnovani so kot individualne ali skupinske terapije in vključujejo številne različne tehnike: razprave, igre vlog, ogled videoposnetkov in izvajanje domačih nalog (22). Uporabo programov za starše pri otrocih, ki imajo vedenjske težave med tretjim in desetim letom, podpirajo tudi smernice National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (23).

Med zgodnje indicirane intervence, ki podpirajo in spodbujajo navezovalni odnos med materjo z duševno motnjo in otrokom, uvrščamo individualno psihoterapijo, namenjeno materam in psihoterapevtske intervence, v katere so vključene matere skupaj z otroki. Med nosečnicami in otročnicami so vse bolj raziskovani vplivi čuječnosti. Dojenčki mater, ki so med nosečnostjo izvajale vaje čuječnosti, so izražali manj težav na področju samoregulacije čustev. Pri materah s poporodno depresijo, ki so izvajale vaje čuječnosti, so bili depresivni simptomi manj izraženi kot v kontrolni skupini (24). Raziskave, ki bi potrdile ugoden vpliv čuječnosti na povezovalni odnos med materjo in otrokom, še niso bile opravljene. Pomembno mesto pri zdravljenju mater s poporodno depresijo ima tudi kognitivno-vedenjsko terapija. Študije so potrdile pozitiven vpliv kognitivno-vedenjske terapije na kognitivni in social-

no-emocionalni razvoj otroka mater s poporodno depresijo. Številne študije so proučevale vpliv masaže dojenčka na njegov nevrobiološki razvoj. Študije zaenkrat niso potrdile, da ima masaža dojenčka med šestim in osmim mesecem (taktilna stimulacija) kakršenkoli vpliv na navezovalni odnos med materjo in otrokom ali na nevrobiološki razvoj otroka (25).

V Kaliforniji je oddelek za socialne službe razvil Kalifornijsko klirinško orodje za dobro počutje otrok, ki temelji na dokazih (angl. California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare, CECB). Orodje je namenjeno kritičnemu iskanju, izbiri in vpeljavi z dokazi podprtih in učinkovitih programov, ki izboljšujejo varnost otrok, stabilnost in povezanost družine ter promovirajo dobro počutje otroka in njegove družine. Pregled literature in ovrednotenje za CECB sta najvišje na lestvici programov, ki krepijo vez med otrokom in starši in posledično vzpodbujajo otrokov kognitivni, socialni in čustveni razvoj ter vplivajo na duševno zdravje otrok, uvrstila tri programe: Navezanost in biološko-vedenjsko ujemanje (angl. The Attachment and Biobehavioral Catch-up, ABC), Neverjetna leta (angl. Incredible Years, IY) in Krog varnosti (angl. Circle of Security, COS) (26). Zadnja omenjena programa potekata tudi v Sloveniji. Za otroke, starejše od treh let, je program IY eden izmed programov z največ dokazi o učinkovitosti v preprečevanju vedenjskih motenj pri otrocih (27). Program IY izvaja trening starševstva v devetih organizacijah po Sloveniji. Do starosti treh let je trenutno največ dokazov o učinkovitosti samo za programa ABC in COS. Program COS, ki dokazano izboljšuje varno navezanost otrok, stabilnost in povezanost družine ter učinkovito vpliva na zmanjšanje depresivnih simptomov pri materah, izvajajo kot samoplačniško storitev le v Ljubljani (28). Programa ABC zaenkrat v Sloveniji še nimamo. Program ABC z obiski na njihovem domu pomaga starše vzpodbuditi k skrbnemu negovalnemu odnosu do otrok, ki zaradi preteklih neugodnih izkušenj starševsko nego odklanjajo. Starše vzpodbuja tudi k doslednemu vedenju ter zmanjšanju njihovega nepredvidljivega in do otroka zastrašujočega vedenja. Študije so potrdile, da ima ABC intervencija ugoden in pozitiven vpliv na oblikovanje vamejše in bolj stabilne navezanosti med otrokom in staršem, v primerih kjer je bila navezanost predhodno negotova ali dezorganizirana (29). Pri otrocih ki so bili vključeni v intervencijo ABC programa, ugotavljajo normalno krivuljo nihanja kortizola preko celega dne in ob izpostavitvi stresu (30).

Zaključek

Kakovost navezovalnega odnosa med starši in otrokom je ključna za zdrav čustveni, kognitivni in socialni razvoj otroka. Varno navezani otroci razvijajo večjo sposobnost empatije, imajo bolj zadovoljujoče odnose z vrstniki in starši, so samozavestnejši in lažje obvladujejo svoja čustva kot otroci, ki niso odraščali v varni navezanosti s starši. Ženske z duševnimi motnjami v perinatalnem obdobju so v svoji materinski vlogi lahko negotove in neznajdene, njihovi otroci so izpostavljeni velikemu tveganju za razvoj negotovega navezovalnega odnosa v zgodnjem življenjskem obdobju. Zato je izrednega pomena ženskam v perinatalnem obdobju, poleg zgodnjega prepoznavanja in ustreznega zdravljenja duševnih motenj, omogočiti tudi dostopnost do učinkovitih intervenc, ki imajo dokazano pozitiven vpliv na navezovalni odnos med materjo in otrokom v njegovem zgodnjem življenjskem obdobju in lahko preprečijo ali omilijo številne težave malčkov, predšolskih otrok, mladostnikov in odraslih.

V Sloveniji je področje zgodnjih intervencij, namenjenih podpori starševske vloge v prvih dveh letih otrokovega življenja, trenutno zapostavljeno kljub oceni, da se duševne motnje pojavljajo pri petini žensk v perinatalnem obdobju in opažanju, da so razdiralno vedenje in duševne motnje med otroki in mladostniki v porastu. Razlogi za slednje so mnogoteri, sama kakovost navezovalnega odnosa je eden izmed njih, je pa istočasno tudi eden izmed dejavnikov tveganja, na katere je mogoče vplivati. In prav zato je v Sloveniji nujno potrebno izdelati priporočila glede vpeljave preventivnih programov na področju duševnega zdravlja otrok v najzgodnejšem obdobju, ki bi vključevala pomoč pri zdravem razvoju odnosa med otrokom in njegovimi skrbniki.

Literatura

1. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. London: PIMLICO; 1969.
2. Bowlby J. A Secure Base. London and New York: Routledge Classics; 2010.
3. Ainsworth MD. Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bull N Y Acad Med* 1985; 61: 771–91.
4. Main M. Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *J Consult Clin Psychol*. 1996 ed. 1996 Apr; 64(2): 237–43.
5. Hesse E, Main M. Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *J Am Psychoanal Assoc* 2000; 48: 1097.
6. Barlow J, Schrader-McMillan A, Axford N, Wrigley Z et al. Review: Attachment and attachment-related outcomes in preschool children- a review of recent evidence. *Child Adolesc Ment Health* 2016; 21: 11–20.
7. Shmueli-Goetz Y, Target M, Fonagy P, Datta A. The Child Attachment Interview: a psychometric study of reliability and discriminant validity. *Dev Psychol* 2008; 44(4): 939–56.
8. Crowell JA, Waters E, Treboux D, O'Connor E et al. Discriminant validity of the adult attachment interview. *Child Development* 1996; 67(5): 2584–99.
9. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. V: Greenberg MT, Cichetti D, Cummings EM, uredniki. Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention. Chicago: University of Chicago Press, 1990: 121–60.
10. Schore AN. Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. New York: Nahwah; 1994.
11. Regalado M, Halfon N, Fund C. Primary care services: Promoting optimal child development from birth to 3 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;115(12): 1311–22.
12. Stein A, Person R, Goodman S et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384: 1800–19.
13. Thompson RA. Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. V: Cassidy J, Shaver PR, uredniki. Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2008: 348–65.
14. Garner AS, Shonkoff JP, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF. Early childhood adversity, toxic stress and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics* 2012; 129: 224–31.
15. Schore AN. Attachment, affect regulation and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in review* 2005; 62(6): 204–17.
16. Drury SS, Scaramella L, Zeanah CH. The neurobiological impact of postpartum maternal depression: prevention and intervention approaches. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2016; 25: 179–200.
17. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Lapsley A. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic Study. *Child Dev* 2010; 81: 435–56.

18. Feldman R, Granat a, Pariente C et al. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation and stress reactivity. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 919–27.
19. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V et al. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Review* 2014, Issue 5. doi:10.1002/14651858.CD002020.
20. Barry W, Edginton E. Evidence-based parenting interventions to promote secure attachment. *Glob Padiatr Health* 2016; 3: 1–14.
21. Aaa Dretzke J, Davenport C, Frew E, Barlow J et al. The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2009; 3. doi:10.1186/1753-2000-3-7.
22. Barlow J, Schrader- McMillan A, Axford N, Wrigley Z et al. Review: Attachment and attachment-related outcomes in preschool children- a review of recent evidence. *Child Adolesc Ment Health* 2016; 21: 11–20.
23. National Institute for Health and Clinical Excellence. Parent training/ Education Programmes in the Management of Children with Conduct Disorders. London: NICE 2006.
24. Ahmadpanah M et al. Influence of adjuvant detached mindfulness and stress management training compared to pharmacologic treatment in primiparae with postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2017; 1. doi: 10.1007/s00737-017-0753-6.
25. Bennet C, Underdown A, Barlow J. Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six moths. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013. doi: 10.1002/14651858.Cd005038.pub3.
26. The California Evidence-Based Clearinghaus. Information and Resources for Child Welfare Professionals. Dostopno dne 17. 10. 2017 na: <http://www.cebc4cw.org/leadership/overview/>.
27. Menting ATA, Orobio de Castro B, Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 901–13.
28. Hoffman KT, Marvin RS, Cooper G, Powell B. Changing toddlers and preschoolers attachment classifications: The circle of security intervention. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 1017–53.
29. Bernard K, Dozier M, Bick J et al. Enhancing attachment organization among maltreated children: results randomized clinical trial. *Child Dev* 2012; 83: 623–36.
30. Dozier M, Lindhiem O, Lewis E et al. Effects of a foster parent training program on young children's attachment behaviors: preliminary evidence from randomized clinical trial. *Child Adolesc Soc work J* 2009; 26: 321–32.

Avtorice

Nina Curk Fišer, dr. med.,
specialistka psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Liljana Dreu, univ. dipl. soc. del.,
Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

dr. **Zalka Drglin**,
doktorica ženskih študij in feministične teorije

Doc. dr. **Maja Drobnič Radobuljac**, dr. med.,
specialistka otroške in mladostniške psihiatrije,
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Doc. dr. **Vislava Globevnik Velikonja**, univ. dipl. psih.,
specialistka klinične psihologije, Ginekološka klinika,
Univerzitetni klinični center Ljubljana

Danila Hriberšek, mag. farm.,
specialistka klinične farmacije, Psihiatrična bolnišnica Vojnik

Petra Jelenko Roth, dr. med.,
specialistka psihiatrije

Triša Lipovšek, dr. med.,
specialistka psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Prim. as. dr. **Barbara Lovrečič**, dr. med.,
specialistka javnega zdravja in socialne medicine, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Prim. doc. dr. **Mercedes Lovrečič**, dr. med.,
specialistka psihiatrije, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Barbara Mihevc Ponikvar, dr. med.,
specialistka javnega zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Izr. prof. dr. **Maja Rus Makovec**, dr. med.,
specialistka psihiatrije, svetnica, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Karin Sernec, dr. med.,
specialistka psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

As. dr. **Tea Terzić**, dr. med.,
specialistka psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Sonja Tomšič, dr. med.,
specialistka javnega zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Marijana Vidmar Šimic, dr. med.,
specialistka ginekologije in porodništva, Ginekološka klinika,
Univerzitetni klinični center Ljubljana

Stvarno kazalo

anksioznost / anksiozne motnje 13, 24, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 43, 52, 53, 56, 84, 88-103, 105, 108, 110, 113, 117, 118, 119, 120, 127, 130, 156, 157, 166, 181, 212, 214, 226, 236, 240

antidepresivi 40, 42, 95, 96, 97, 98, 109, 110, 120, 130, 136, 185, 197, 201, 202, 203, 204, 212, 216, 217, 220

bipolarna motnja 13, 34, 126-139, 145, 147, 148, 149, 155, 156, 157, 159, 160, 208, 224

dejavniki tveganja 13, 20, 21, 35, 36, 54, 90, 92, 94, 110, 128, 156, 182, 188, 238, 239

diagnosticiranje / diagnostika 11, 30-47, 92, 98, 105, 106, 107, 108

disociacija 67, 69, 238

dojenček 13, 41, 71, 92, 112, 117, 132, 138, 147, 148, 149, 150, 155, 156, 157, 159, 160, 166, 216, 218, 227, 235, 238, 241, 242

dojenje 12, 13, 23, 24, 32, 40, 53, 69, 70, 71, 98, 116, 117, 120, 130, 138, 157, 159, 160, 165, 169, 182, 186, 187, 196-232

družina 9-14, 19, 20, 25, 26, 31, 34, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 69, 73, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 93, 109, 110, 113, 118, 128, 138, 139, 146, 148, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 170, 183, 187, 238, 239, 240, 242

duševne motnje 12, 13, 14, 24, 25, 31, 33, 34, 35, 39, 43, 77, 82, 84, 94, 97, 98, 127, 145, 148, 155, 157, 197, 198, 230, 235, 241, 243

Edinburški vprašalnik / EPDS 25, 33, 38, 39

fetalni alkoholni sindrom 168, 170

fobija 34, 89, 90, 93, 94

hospitalizacija 113, 116, 128, 146, 185, 187

incidenca 34, 43, 113, 149

intervencija 37, 56, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 241, 243

javno zdravje 14, 19

kajenje 12, 21, 22, 52, 54, 91, 147, 149, 150, 164-178, 182

kognitivno vedenjska terapija 40, 41, 97, 138

kortizol 37, 90, 91, 113, 240, 242

laktacija 35, 70, 98, 169, 197, 204, 214, 215, 217, 220, 221, 224, 226

materinska knjižica 25, 39, 77, 80

materinstvo 12, 13, 19, 35, 42, 60-74, 83, 230

maternalna smrt / maternalna umrljivost 11, 23, 24, 52

motivacijski intervju 41, 95, 167, 172, 173, 191

motnje hranjenja 13, 35, 52, 61, 62, 73, 104-124, 160, 185

nasilje

nad ženskami 12, 48-58

psihično 20, 50, 51, 55, 65

spolno 20, 50, 51, 52, 53, 54, 61, 73, 83

s strani intimnega partnerja / partnersko nasilje 20, 49, 50, 54, 55, 56

telesno / fizično 12, 20, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 65, 83, 166

v domačem okolju / družini 49, 83

navezanost 127, 129, 234-245

neenakosti 19, 26, 78, 241

nefarmakološko zdravljenje 30-47, 138, 186, 191

neonatalna umrljivost (gl. umrljivost novorojenčkov) 23, 147, 150, 184

neonatalni abstinenčni sindrom 184, 185

neplodnost 19, 21, 145, 146

novorojenček 13, 23, 69, 70, 71, 79, 83, 84, 89, 93, 94, 97, 115, 116, 129, 133, 135, 138, 139, 147, 149, 150, 156, 165, 169, 181, 184, 185, 186, 187, 206, 210, 212

obsesivno kompulzivna motnja 33, 34, 88-103, 105, 110, 157

oče / očetovstvo 21, 42, 82

odvisnost od alkohola 22, 39, 168, 169, 174

otročvo 19, 35, 51, 52, 53, 54, 61, 64, 65, 69, 72, 77, 89, 91, 148, 235

partnerstvo / partnerski odnos / partnersko razmerje / partnerska zveza 19, 25, 36, 50, 55, 61, 78, 84, 90, 145

partnerski terapevt / partnerska terapija 42, 118, 120

perinatalna smrt / perinatalna umrljivost 23, 53, 115, 116
perinatalni izid 37, 40
perinatalni informacijski sistem / NPIS / PIS 20-23, 39, 170
plodnost 127, 131, 145
poporodna psihoza 6, 13, 24, 31-34, 97, 128, 154-163, 220, 224
posvojitev 78, 81, 82, 84, 85
prehrana 62, 91, 104-124, 146, 240
presejanje za nasilje 12, 39, 54, 55, 166
prevalenca

- anksioznih motenj** 13, 89, 90, 92, 93
- bipolarne motnje** 127
- motenj hranjenja** 105-108, 113, 115, 117
- nasilja v družini** 50
- obsesivno kompulzivnih motenj** 13, 96
- PAS** 181-183
- perinatalne depresije** 11, 32, 117
- perinatalnih psihoz** 13, 34, 155
- postravmatske stresne motnje** 94
- shizofrenije** 145

preventiva 12, 21, 24-26, 37, 42, 54-56, 84, 109, 111, 147, 170, 174, 188, 192, 243
prikrajšanost 19, 23, 79
priprava na porod in starševstvo 21, 64, 71
prognoza 10, 160
psihofarmaki 40, 130, 131, 196-232
psihosocialni dejavniki / spremenljivke / spremembe / stresorji / funkcioniranje 31, 37, 89, 94, 111, 138, 148, 156, 238, 241
psihosocialna obravnava 12, 37, 40, 81, 82, 167, 189, 191
psihoterapija / psihoterapevtska pomoč / psihoterapevtska obravnava / psihoterapevtske intervence / psihoterapevtske tehnike 14, 31, 40-43, 62, 95, 98, 109, 110, 119, 138, 241

ranljivost, ranljiva skupina 14, 24, 26, 28, 41, 61, 67, 68, 71, 73, 78, 79, 85, 93, 113, 175, 181, 198
razvojno obdobje 43, 53, 239
relaps 13, 90, 92, 93, 96, 105, 109, 110, 113, 114, 119, 127, 128-131, 136

reproduktivno obdobje 12, 55, 127, 145, 170, 174

reproduktivno zdravje 22, 24, 49, 52, 56, 77

rodna doba 13, 20, 23, 105

samomor, samomorilne misli, samomorilnost, samomorilna ogroženost, 11, 24, 31, 43, 52, 53, 127, 129, 130, 147, 156, 158, 181

shizofrenija 13, 34, 144-150, 156, 182, 205

socialna mreža 82, 139

socialna stiska 8, 79-84, 148

socialne determinante 78

socialno ekonomski status 19, 35, 36, 50, 77-79, 82, 94, 148-149

socialno varstvo 76-86

spolna zloraba 12, 24, 35, 36, 53, 60-74, 89, 94, 118

spolno nasilje 20, 49, 50-56, 61, 73

spontani splav 19, 20, 22, 52, 53, 83, 84, 89, 91, 96, 115, 149, 184, 191, 204, 207

starševstvo 9, 21, 31, 43, 51, 65, 71, 78, 80, 85, 86, 148, 150, 181, 183, 240-243

stigma, stigmatizacija, stigmatiziranost 14, 25, 40, 56, 95, 120, 145, 148, 174, 175

telesna teža 53, 105

umrljivost novorojenčkov (gl. tudi neonatalna umrljivost) 23, 147, 150, 184

uživanje alkohola 41, 64, 83, 91, 95, 111, 147, 164-175, 181, 182, 191

odvisnost od alkohola 22, 39

tvegano pitje alkohola 187

zloraba alkohola 35, 52-54, 62, 127, 238

zapleti

metabolni 146

neonatalni zaradi duševnih motenj 132, 134, 145, 147, 149, 150

potencialni pri terapiji 201, 204-214

pri motnjah hranjenja 106, 108, 109

v nosečnosti, po porodu 21, 22, 24, 49, 52, 53, 90, 94, 147

zdravstveno varstvo 11, 12, 19, 20, 22, 23, 61, 78, 84

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

Telefon: + 386 1 2441 400

E-pošta: info@nijz.si

Gradivo je dostopno na: www.nijz.si

NIJZ Nacionalni inštitut
za javno zdravje



EVROPSKA UNIJA
EVROPSKI
SOCIALNI SKLAD
NALOŽBA V VAŠO PRIHODNOST



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

